

Van de redactiecommissie

Aandacht voor vraagtekens

Recent brachten *Colling en medewerkers* verslag uit over een uitvoerige vervolgstudie – Teesside coronary survey – van de lotgevallen van 1938 mensen met een hartinfarct. De resultaten van dit onderzoek vragen speciale aandacht omdat zij een heel ander licht op de betekenis van de huisartsgeneeskunde/eerstelijns geneeskunde werpen dan doorgaans het geval is bij de bestudering van medisch-technische zaken zoals de behandeling van patiënten met een myocardinfarct in de acute fase. Is doorgaans de tendens van dergelijke onderzoeken om meer techniek, om meer verfijnd, gespecialiseerder optreden, het hier besproken onderzoek roept juist grote vraagtekens op bij deze tendens.

Gedurende een jaar werden alle patiënten met een myocardinfarct, die in de Teesside regio voorkwamen, gemeld en gevolgd. Bovendien werden autopsiegegevens van alle gevallen van plotselinge dood gedurende die tijd verzameld. Aangenomen mag worden dat nagenoeg alle gevallen van myocardinfarct in die tijd werden achterhaald. Op een populatie van 396000 bleken dit er 1938 te zijn (incidentie van 4,89). Voordat behandeling was ingesteld bleek de mortaliteit van deze groep 42,8 procent te zijn. Sterfte tijdens het transport is als „dood vóór behandeling” gerekend.

De resterenden (n=1109) vormen het eigenlijke onderwerp van deze studie. Voor een deel werden deze mensen thuis (374) en voor een deel in het ziekenhuis (721) behandeld. Wat deze laatste betreft, 324 op een hartbewakingsafdeling en 397 op een gewone interne afdeling. Van veertien mensen, die allen hun infarct overleefden, bleek de plaats van verpleging onbekend. Tussen de thuis- en de in het ziekenhuis behandelenden is ten aanzien van hun mortaliteit een vergelijking gemaakt. Voordien was vastgesteld dat er overigens ten aanzien van factoren die invloed op de mortaliteit zouden kunnen hebben, geen verschil in samenstelling van de twee groepen bestond. Ook bleek geen verschil in ernst van het infarct te bestaan tussen de thuis – en de klinisch behandelde groep. Bij de in het ziekenhuis behandelde groep arriveerde de huisarts zoveel eerder na het optreden van het infarct, dat deze groep op hetzelfde moment in het ziekenhuis onder behandeling kwam als de thuis behandelde groep.

De aandacht wordt er op gevestigd dat de samenstelling van de twee groepen ongecontroleerd geschiedde; zo worden er dan ook geen criteria genoemd op grond waarvan de huisarts al dan niet tot ziekenhuisopname besloot. Alle gegevens zijn retrospectief, na het optreden van het infarct en na het onder behandeling komen – thuis of in het ziekenhuis – verzameld. De patiënten zijn tot 28 dagen na het optreden van het infarct gevolgd. De mortaliteit ná onder behandeling komen bleek bij thuisbehandeling 1,3 procent te zijn, bij ziekenhuisopname 1,9 procent bij degenen, die op een hartbewakingsafdeling waren opgenomen en 2,5 procent bij degenen, die op een interne afdeling werden verpleegd.

Opname in een ziekenhuis leverde in de Teesside-situatie dus een hogere sterfte op. Voor zover er verschillen in samenstelling tussen de twee groepen bestonden, hebben deze de ho-

gere sterfte bij de in het ziekenhuis verpleegde patiënten eerder verdoezeld dan gechargeerd. De schrijvers concluderen dan ook flegmatiek dat de rol van de hartbewakingsafdelingen herzien dient te worden. In welke zin laten zij buiten beschouwing.

Commentaar

De uitkomsten van dit onderzoek verschaffen belangrijke informatie. Er liggen hier betreffende de behandeling van patiënten met een myocardinfarct feiten op tafel waar wij niet omheen kunnen. Uiteraard roept het onderzoek van *Colling en anderen* de nodige vragen op. De samenstelling van de twee groepen geschiedde ongecontroleerd. Voorts is er een opmerkelijk verschil tussen de twee groepen: de thuisbehandelde groep bleek de huisarts later ná het begin van de klachten te hebben geroepen, waarna de huisarts tweemaal zoveel tijd nodig had om bij de patiënten uit deze groep te arriveren dan bij de patiënten uit de groep, die later bleken te zijn opgenomen. Hierdoor kwamen beide groepen patiënten ongeveer gelijktijdig onder behandeling, dat wil zeggen dat de voor de opgenomen groep patiënten benodigde extra tijd om de ambulance te laten komen en het transport naar het ziekenhuis te verzorgen, geneutraliseerd bleek. Blijkbaar wordt daarbij „onder behandeling komen” opgevat als het moment van aankomst in het ziekenhuis en blijft hetgeen de huisarts voorafgaande aan het transport aan therapie had ingesteld buiten beschouwing. Ten slotte dient te worden opgemerkt, dat de omstandigheden waaronder dit onderzoek heeft plaatsgevonden niet behoef te betekenen dat de conclusies zonder meer op de nederlandse situatie van toepassing zijn.

Veronderstellen wij ter gedachtenbepaling de volgende simplificatie, waarbij twee typen hartinfarct bestaan, één doorgaans kort na het ontstaan van het infarct met de dood eindigend en één „benigne” verlopend. Theoretisch is denkbaar dat door vroegtijdig in het natuurlijke verloop van het infarct ingrijpen van de huisarts een relatief groot aantal mensen het ziekenhuis levend bereikt en onder behandeling komt voor wie het infarct niettemin dodelijk zal zijn. Deze factor, nog steeds in theorie, veroorzaakt het verschil in mortaliteit.

Bij een onderzoek waarbij de myocardinfarct-patiënten at random thuis en in het ziekenhuis werden behandeld, bleek eveneens de mortaliteit van de thuisbehandelde groep lager te zijn dan die van de groep die in het ziekenhuis werd opgenomen (*Mather en anderen*), zij het dat deze verschillen echter statistisch niet significant bleken te zijn.

Een ander punt vormt de stress, veroorzaakt door het ambulancetransport en het in een ziekenhuis worden opgenomen. Kan hiermee de hogere sterfte worden verklaard?

Het lijkt zinvol in nader onderzoek na te gaan welke betekenis aan deze verschillende aspecten moet worden toegekend en tevens te onderzoeken of de hier gevonden verschillen ook in de nederlandse situatie blijken te bestaan. Mogelijk dat daarvoor de rol van hartbewakingsafdelingen bij het behandelen van myocardinfarct-patiënten dient te worden herzien.

De rol welke de eerste lijn op dit moment bij de behandeling van het acute myocardinfarct speelt, is tamelijk marginaal. Aanwijzingen dat er ook bij een zo ernstige ziekte als het acute myocardinfarct een belangrijke taak voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en anderen in het eerste echelon ligt, vormen een belangrijk gegeven. Een gegeven te belangrijk om niet-onderzocht te blijven.

Chris van Weel

Colling, A., W. Dellipiani, R. J. Donaldson & P. McCormac. (1976) Brit. med. J. II, 1169-1172.

Mather, H. G., D. C. Morgan, N. G. Pearson a.o. (1976) Brit. med. J. I, 925.