

Anneke de Bruin komt met haar moeder op uw spreekuur

Anneke is een intelligent en vlot meisje van zeven jaar. Haar moeder denkt dat zij een „kou op de blaas” heeft. Zij heeft een plasje meegebracht. Er zit een spoortje eiwit in de urine en de reductie is negatief. Het sediment bevat per gezichtsveld 10-15 leukocyten en veelhoekige epitheelcellen.

Eerste vraag

Schrijft u een recept?

Welk medicament, in welke dosis?

U vraagt de moeder dezelfde dag een verse plas te brengen. U geeft haar een steriel flesje en u instrueert haar over de opvang van een gewassen middenplas. Deze plas wordt later op de morgen gebracht en wordt door uw assistente onderzocht. Twee dagen later krijgt u 's morgens de uitslag:

reactie: zuur,
 eiwit: negatief,
 reductie: negatief,
 sediment: enkele leukocyten, verder geen bijzonderheden,
 dipslide: bacteriurie, maar minder dan 10^5 micro-organismen. Diezelfde morgen vraagt Mevrouw de Bruin een visite aan voor Anneke. Zij ontvangt u met de opmerking: „het is weer voor Anneke, ik denk niet dat het blaasontsteking is, want zij zit vol rode vlekken. Misschien is het mazelen?” Anneke maakt geen ziekte indruk maar haar gezicht en haar romp vertonen rode vlekken. Zij heeft géén koorts.

Tweede vraag:

Hoe gaat u nu verder?

Twee weken later komt mevrouw de Bruin opnieuw op uw spreekuur. Zij heeft Anneke meegebracht. Het kind staat er een

over meer of minder uitgebreide achtergrondinformatie. Telkens als de patiënt zich met een nieuwe klacht tot zijn huisarts wendt, kan deze teruggrijpen op hem bekende achtergrondgegevens. De medische gegevens over een bepaalde ziekteperiode zijn dikwijls niet belangrijk genoeg om als „achtergrondinformatie” te worden vastgelegd. Alleen (voor later) mogelijk relevante punten worden in de achtergrondinformatie opgenomen. Voor het overige komen alle gegevens in chronologische volgorde in de rubriek notities over voortgang onderzoek en behandeling. Het contrast tussen deze twee verschillende wijzen van informatieverwerking vormt de verklaring voor de verschillen in opzet tussen de patiëntenkaart in de huisartspraktijk en de ziekenhuisstatus van de specialist.

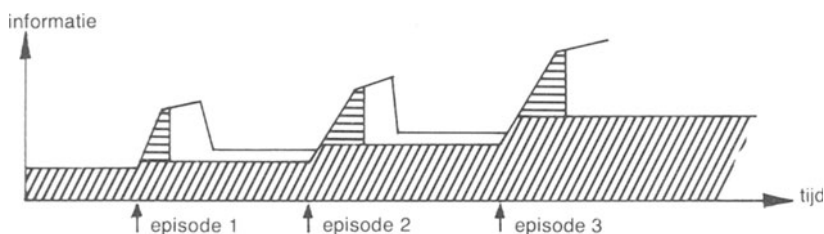
De klinische verschijnselen waarmee de patiënt zich aan de specialist presenteert worden opgenomen in de basisinformatie. In de huisartspraktijk worden deze gegevens chronologisch genoteerd bij de notities over voortgang onderzoek en behandeling betreffende deze ziekteperiode.

Het is van het grootste belang dat nauwkeurig kan worden aangegeven welke basisgegevens nu werkelijk relevant zijn voor de continue hulpverlening door de

huisarts. Analyse van het werk van de huisarts kan verduidelijken welke achtergrondinformatie van betekenis is voor de hulpverlening in de huisartspraktijk. Behalve aan genoemde achtergrondgegevens is hierbij te denken aan fysieke parameters zoals lengte, gewicht, bloeddruk en wellicht bepaalde laboratoriumgegevens. Het probleem is dat naarmate meer gegevens van belang worden geacht, het geheel minder overzichtelijk wordt.

Een methodiek om te ontdekken welke gegevens nu werkelijk relevant zijn, moet nog worden ontwikkeld. In afwachting van resultaten van dergelijk onderzoek, lijkt het te rechtvaardigen met een simpele, zelfs enigszins arbitraire combinatie van achtergrondgegevens te werken. Het alternatief is „niets doen” en het is niet te verwachten dat daardoor vorderingen zullen worden gemaakt.

In praktijken waar men reeds met probleemgeoriënteerde patiëntenkaarten werkt, heeft men goede ervaringen opgedaan met verschillende methoden om de achtergrondinformatie op peil te houden. Sommige huisartsen benutten hiertoe korte vragenlijsten, anderen laten de gegevens periodiek controleren en aanvullen door de assistente.



Figuur 2. Basisinformatie en actuele informatie in huisartspraktijk.

Samenvatting (DEEL I) De probleemgeoriënteerde patiëntenkaart omvat drie componenten:

- achtergrondinformatie van de patiënt
- notities over voortgang onderzoek en behandeling
- problemenlijst

De term probleemgeoriënteerd betreft een opzet, waarbij alle gegevens over de patiënt op een dusdanige wijze worden vastgelegd, dat deze informatie gemakkelijk is terug te vinden en op een effectieve wijze is te benutten voor een integrale hulpverlening aan de patiënt.

beetje verlegen bij. Haar moeder vertelt dat zij nog zo vaak in bed plast. Het dochtertje van haar burens leed aan hetzelfde euvel. Deze kreeg van de huisarts tabletjes en nu is het over. Misschien kan zij voor Anneke dezelfde tabletjes krijgen?

Derde vraag

*Hoe staat u tegenover dit verzoek?
Schrijft u medicamenten voor? Welke en in welke dosis?
Welke vragen wilt u de moeder over Anneke stellen om enig inzicht te krijgen in de klacht?
Welke richtlijnen hanteert u in geval van enuresis?*

Antwoorden

Eerste vraag

U heeft waarschijnlijk gedacht aan een acute urineweginfectie. Een bevestiging van deze veronderstelling is niet altijd mogelijk door onderzoek van een meegebracht plasje. Zo'n plasje is meestal verontreinigd door een niet goed schoongespoeld flesje of door besmetting bij het opvangen van de urine. Bovendien verloopt er in de regel teveel tijd tussen het verzamelen van de urine en het laboratorium-onderzoek. Eventueel aanwezige bacteriën hebben zich dan intussen sterk vermenigvuldigd. Daarom is het aangewezen de moeder te instrueren omtrent de wijze van opvang van urine. Vele huisartsen maken hierbij gebruik van een instructieformulier dat de assistente nader kan toelichten. Het verdient aanbeveling voor het urine-onderzoek steriele flesjes aan de patiënt ter beschikking te stellen. Het monster urine dient binnen twee uur te worden onderzocht. Gekoeld tot ongeveer 4° Celcius kan het onderzoek tot 48 uur na afname worden uitgesteld. Bij Anneke deed het klinische beeld een acute urineweginfectie vermoeden. Uit de gegevens blijkt niet dat het kind een zieke indruk maakte, zodat een behandeling met medicamenten had kunnen worden uitgesteld totdat een verse portie gewassen middenplas zou zijn onderzocht op aanwezigheid van bacteriën.

Mocht de huisarts, om een of andere reden, toch direct met een medicamenteuze behandeling willen beginnen dan kan men er van uitgaan dat in de huisartspraktijk 80 procent der acute urineweginfecties ongecompliceerd is en wordt veroorzaakt door *Escherichia coli*. De urine reageert

meestal zuur. De meest geschikte therapie (*tabel*) levert een keuze uit: sulfamethizol (Lucosil) nitrofurantoin (Furadantine) Een goedkoop en toch werkzaam medicament is sulfamethizol in de dosering: viermaal 0,5 tot 1 gram daags, gedurende zeven tot tien dagen. Blijkt uit de voorgeschiedenis dat de patiënt overgevoelig is voor dit middel, dan komt een van de andere preparaten in aanmerking. Hetzelfde geldt in geval van ongevoeligheid van de oorzakelijke micro-organismen voor sulfamethizol. Men kan de urine eventueel in het streeklaboratorium laten kweken en de gevoeligheid voor de verschillende antibiotica laten bepalen.

Tweede vraag

Het is onwaarschijnlijk dat Anneke mazelen heeft. Op de leeftijd van zeven jaar hebben de meeste kinderen, als zij niet gevaccineerd zijn tegen mazelen, een natuurlijke immuniteit verworven. Bovendien blijkt uit de gegevens niets van een prodromaal stadium van mazelen. Bij onze patiënte zou het veeleer een overgevoelheidsreactie kunnen zijn als bijvoorbeeld ampicilline werd voorgeschreven. In geval van overgevoeligheid dient het desbetreffende geneesmiddel nimmer meer te worden toegepast. Enige tijd na het stoppen zullen de vlekken verdwijnen. Als in de urine intussen geen afwijkingen meer worden gevonden, is verdere medicamenteuze therapie niet meer nodig.

Derde vraag

Enuresis nocturna is op een leeftijd van zeven jaar niet zo ongewoon. Op die leeftijd plast 5-10 procent van de kinderen min of meer regelmatig in bed. In de regel betreft het een functionele stoornis als gevolg van een zich wat langzaam ontwikkelende blaascontrole. In vele gevallen is de stoornis terug te voeren op emotionele problemen. In een kleine minderheid van de gevallen kan enuresis optreden als gevolg van chronische of recidiverende urineweginfectie. Bij kinderen met enuresis, die een urineweginfectie doormaakten, dient de mogelijkheid van een onderliggende persisterende urineweginfectie te worden overwogen.

Bij een verdenking op een onderliggende ziekte of afwijking zijn enkele aanvullende onderzoeken noodzakelijk: afwijkingen aan de buikorganen, de urinewegen en het centraal zenuwstelsel dienen te worden uitgesloten; herhaald urine-onderzoek is noodzakelijk om een eventuele infectie niet te missen; een intraveneus pyelogram kan noodza-

kelijk zijn om eventuele congenitale of andere afwijkingen aan nieren, ureteren of blaas uit te sluiten.

Het is van belang de moeder te vragen hoe lang de enuresis reeds bestaat. Om te kunnen differentiëren tussen primaire oftewel „functionele” enuresis enerzijds en secundaire enuresis anderzijds moet men geïnformeerd zijn over het moment waarop ('s nachts alléén of óók overdag), de frequentie waarmede en de omstandigheden waaronder enuresis optreedt. Bij gezond uitziende kinderen is de kans verreweg het grootste dat het een primaire stoornis betreft. Uiteraard dient men op een achterliggende organische afwijking bedacht te blijven. Bij een chronische urineweginfectie treedt het verschijnsel ook overdag op. De urine ruikt dan meestal onaangenaam.

Een vertraagde ontwikkeling van de blaascontrole, de meest voorkomende en onschuldige oorzaak, is dikwijls familiair. Emotionele spanningen bij het kind of in het gezin vormen een van de mogelijke oorzaken van primaire oftewel functionele enuresis. Het is echter niet altijd eenvoudig om terzake van die spanningen te onderscheiden tussen oorzaak en gevolg. Ook in dit geval is het belangrijk te weten hoe Anneke en haar moeder over het bedplassen denken: accepteren zij het met een zekere berusting of roept het wrijving en spanning op?

Behalve het onderzoek naar mogelijke, min of meer ernstige en dikwijls te verhelpen organische oorzaken is een goede samenwerking tussen de huisarts, het kind en de ouders noodzakelijk. Enuresis nocturna is in de regel een „self limiting” en spontaan verdwijnende stoornis. Goede advisering, verklaring en bemoeiding door de arts zijn van positieve betekenis. In het algemeen kunnen maatregelen als minder drinken gedurende de avonduren, wekken voor een plasje later op de avond en enig prikken bij droog blijven, sommige kinderen tot steun zijn. Het is genoegzaam bekend dat met straffen daarentegen niets is te bereiken. Men kan het kind zelf een kaartje laten bijhouden waarop droge en natte nachten worden opgetekend. Door regelmatige bespreking met het kind worden soms goede resultaten bereikt.

Om nog onbekende redenen gelukt het in vele gevallen enuresis nocturna tot verdwijnen te brengen met medicamenten als imipramine (Tofranil) of amitriptyline (Tryptizol). In het geval van Anneke is een dosis van 25 mg 's avonds te overwegen. In sommige gevallen treedt succes op na enige geleidelijke ophoging van deze dagelijkse dosis tot maximaal 50 mg voor 6-10-jarigen, respectievelijk 75 mg voor

ouderen (*De Jonge*, 1972). Indien dit na acht tot tien weken geen resultaat heeft, moet men deze therapie stoppen. Sommige onderzoekers melden een goed resultaat bij circa driekwart van de gevallen met behulp van de wekkermethode. Elke methode heeft overigens haar nadelen. Bij de wekker wordt niet alleen het kind doch dikwijls ook de rest van het gezin wakker gemaakt.

Beschouwing

In alle gevallen van enuresis dient de overigens minder frequente oorzaak van een urineweginfectie te worden overwogen. Bij onderzoek is gebleken dat in ongeveer 10 procent van de gevallen van enuresis een urineweginfectie is op te sporen. Bij controle-personen blijkt in ongeveer 2,5 procent van de gevallen een latente urineweginfectie aanwezig te zijn. De categorie met enuresis is dus duidelijk meer „at risk”. Men schat het aantal kinderen met klinisch manifeste acute urineweginfectie op ongeveer 1 procent per jaar. In een doorsnee huisartspraktijk zullen zich vijf tot tien gevallen per jaar voordoen. Op de zuigelingenleeftijd zijn het wat vaker jongetjes dan meisjes; op de oudere leeftijd zijn het vaker meisjes. In de literatuur worden wisselende percentages opgegeven wat betreft het vóórkomen van urologische oorzaken van enuresis (congenitale afwijkingen, chronisch persisterende urineweginfecties, enzovoort). De gegevens van deze onderzoeken zijn moeilijk te interpreteren, daar de onderzoekspopulaties veelal niet aselect zijn samengesteld. Hoe dan ook, men

dient de risico's van urologisch onderzoek af te wegen tegen de kans dat men daardoor inderdaad belangrijke en behandelbare afwijkingen op het spoor komt (*De Jonge*, 1969).

Bij screenings-onderzoek blijkt 3 procent van de meisjes en 0,1 procent van de jongens een asymptomatische bacteriurie ($> 10^5$ micro-organismen per ml) te hebben. Dit komt neer op zes tot twaalf kinderen per huisartspraktijk. De grote vraag is, welke betekenis aan deze bevindingen moet worden toegekend met betrekking tot de toekomstige gezondheid van deze kinderen. Sommige kinderen zullen behandelbare congenitale urologische afwijkingen hebben, maar mogelijk worden deze, zij het wat later, toch wel ontdekt. Anderzijds is het dan misschien te laat om blijvende schade aan de nieren te voorkomen. Hoe het ook zij, een bevredigende oplossing voor dit probleem is nog niet gevonden. Verder onderzoek is nodig om de vraag te beantwoorden of massaal screenings-onderzoek op bacteriurie de moeite loont, en in kosten en ten aanzien van te voorkomen leed.

Acute urineweginfectie gaat vaak gepaard met specifieke klachten en symptomen. Bij kleine kinderen kan de diagnose echter worden gemist, omdat niet-specifieke verschijnselen op de voorgrond staan: algemene malaise, recidiverende buikpijnen, braken, lusteloosheid en veranderingen in het gedrag van het kind. Het onderzoek van de urine is derhalve eigenlijk altijd een routinezaak. Het opvangen van voor onderzoek bruikbare urine is bij kleine kinderen geen eenvoudige zaak. Er bestaat grote kans op verontreiniging met

micro-organismen die afkomstig zijn van de ano-genitaalstreek. Men dient hiermede rekening te houden bij de interpretatie van het urine-onderzoek. Blaaspunctie biedt hier uitkomst. Het is een betrekkelijk eenvoudige en onschuldige ingreep, die nagenoeg pijnloos is. Bij herhaalde urineweginfecties dient uitgebreider onderzoek, waaronder een intraveneus pyelogram of een cystogram, te worden overwogen. Wij beschikken thans over een ruime scala van effectieve medicamenten. Kinderen met urineweginfecties dienen te worden behandeld totdat de infectie is verdwenen. Voorts is het van minstens even groot belang deze kinderen periodiek, bijvoorbeeld om de drie tot zes maanden, te controleren op recidief.

Op driejarige leeftijd is 20 procent van de kinderen 's nachts nog niet zindelijk. Op vijfjarige leeftijd 10 procent, op zevenjarige leeftijd 8 procent, terwijl op twaalfjarige leeftijd nog ongeveer 2 procent van de kinderen 's nachts wel eens nat is.

Het ('s nachts) zindelijk worden is een natuurlijk proces met vlugge en langzame uitersten. De spontane tendens tot verbetering dient een leidraad te zijn bij de behandeling van enuresis nocturna. Een relatief trage ontwikkeling van de autonome blaascontrole is de meest voorkomende oorzaak van enuresis nocturna. Andere oorzaken zijn: „traagheid van het kind” en emotionele stress. Urologische abnormiteiten zijn veel zeldzamer.

Enuresis, zeker bij wat oudere kinderen, verwekt de nodige spanningen bij moeder en kind. Inzicht in de onderliggende, eerder fysiologische dan pathologische oorzaak is een voorwaarde voor een goede begeleiding van het kind door de moeder. Sommige onderzoekers melden verbetering in 15-20 procent van de gevallen als gevolg van uitleg en geruststelling door de huisarts. Behandeling met medicamenten als imipramine of met behulp van een conditionerende methode (wekker) heeft bij een groot aantal kinderen snel succes. De allereenvoudigste aanpak berust evenwel op een goede uitleg en een bemoedigende begeleiding van de moeder door de arts.

Nederlandse literatuur:

- Does, E. van der, H. J. Haag en M. J. van Trommel (1974) huisarts en wetenschap 17, 186-189 en 231.
 Jonge, G. A. de. Kinderen met enuresis, een epidemiologisch en klinisch onderzoek, Van Gorcum, 1969, Assen.
 Jonge, G. A. de (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 1380-1385.
 Formularium Commissie Nijmegen. Formularium Nijmegen, Nijmeegse Apothekersvereniging, 1975.
 Zwaard, J. van der en M. Vos (1975) huisarts en wetenschap 18, 252-254.

Tabel. Medicamenten bij urineweginfecties (ontleend aan Formularium Commissie Nijmegen).

Naam	Vorm en sterkte	Dosering	Opmerkingen
Sulfamethizol (Lucosil)	Tablet, 500 mg Tablet, 100 mg voor kinderen	Viermaal per dag $\frac{1}{2}$ tablet 500 mg	Hoge concentraties in de urine, niet in de weefsels. Weinig drinken. Specialités Lucosil (500 mg) en Urolucosil (100 mg) zijn duurder.
Sulfaleen (Kelfizina)	Tablet, 200 mg	Eerste dag vier tabletten ineens; verder 1 tablet voor de nacht.	Contra-indicatie: laatste drie maanden van de zwangerschap (gevaar voor kernicterus). Hoge weefselconcentraties, relatief weinig aan eiwit gebonden.
Nitrofurantoin (Furadantine MC)	Capsule, 50 mg Capsule, 100 mg	Viermaal daags 1 capsule van 100 mg na de maaltijd; onderhoudsdosering 1 capsule 100 mg voor de nacht.	Bij infecties veroorzaakt door kokken of eventueel bij niet op de andere middelen reagerende infecties.

Psychosomatische aspecten hartinfarct

Kanttekeningen bij een symposium

W. A. VAN VEEN EN N. VAN DER HELM

De auteurs, respectievelijk huisarts te Amsterdam, lid van de NHI werkgroep chronische patiënten, en psycholoog, verbonden aan de afdeling Sociaal Psychologische Zaken van de directie personeel van de Koninklijke Landmacht nemen deel aan een in oktober 1976 te Leuven gehouden symposium „psychosomatische aspecten van het hartinfarct”. Tijdens dit symposium, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychosomatisch Onderzoek, werden vier lezingen gehouden over psychosociaal wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van het hartinfarct. Bij de forumdiscussie kwam de vraag aan de orde wat de betekenis van dit soort onderzoek is voor de praktijk. Mede aan de hand van enkele literatuurgegevens worden kanttekeningen bij dit symposium gemaakt.

Klassieke risico-indicatoren

De factoren die statistisch samenhangen met de vroegtijdige ontwikkeling van coronaire hartziekten – en veelal ook met andere hart- en vaatziekten – worden risico-indicatoren genoemd. Het ligt voor de hand dat de medische discipline als eerste het onderzoek ter hand nam naar de achtergronden van deze ziekten en dat het meeste bekend is over de biochemische en fysiologische aspecten. De belangrijkste risico-indicatoren die uit medisch onderzoek naar voren komen zijn het roken (van sigaretten), de bloeddruk en in mindere mate het serumcholesterolgehalte (*Werkö*). Zij zijn in principe te beïnvloeden. De mate waarin beïnvloeding effect heeft is minder duidelijk. Voor het roken is het effect van de beïnvloeding in een onderzoek duidelijk aangetoond. Voor de bloeddruk eveneens, zij het minder duidelijk. Dat de verlaging van het cholesterolgehalte in het bloed ook daadwerkelijk leidt tot afname van coronaire hartziekten is nog niet duidelijk bewezen (*Arntzenius*). Op basis van epidemiologisch onderzoek is te schatten dat ongeveer 25 procent van de incidentie van coronaire hartziekten theoretisch verklaarbaar is door de „medische” risico-indicatoren, inclusief roken (*French en Caplan; Meade en Chakrabarti*). Dit zou betekenen dat in 75 procent van de gevallen andere dan de medische risico-indicatoren (inclusief roken) een rol spelen bij het ontstaan van coronaire hartziekten. In dit licht gezien is het van belang dat in de afgelopen decennia is gezocht naar aanvullende factoren die het krijgen van een hartinfarct mede kunnen verklaren.

Andere factoren

Er zijn diverse indicaties dat ook andere dan de klassieke risico-indicatoren een rol spelen. Zo zijn belangrijke verschillen gevonden in de incidentie van coronaire hartziekten in verschillende landen met een equivalente verdeling van de „medische” risico-indicatoren. Verder is aangetoond dat deze risico-indicatoren in verschillende culturen uiteenlopen in voorspellende waarde. Bovengenoemde observaties maken het aannemelijk dat een deel van de verklaring voor het ontstaan van coronaire hartziekten buiten het biologisch substraat moet worden gezocht. Daarbij komt dat psychosociale variabelen de „medische” risico-indicatoren beïnvloeden.

Eetgewoonten worden op vroege leeftijd gevormd en bestendigd door de omgeving waarin men verkeert. Overgewicht wordt als mooi ervaren en als statussymbool gezien in bepaalde culturen, terwijl in andere het tegengestelde geldt. Bepaalde raciale en sociale groeperingen verschillen in serumcholesterolgehalte onafhankelijk van de eetgewoonten. Het bloeddrukniveau hangt samen met culturele en geografische kenmerken. Roken komt als gewoonte alleen voor in een bepaalde sociale context (*Jenkins*, 1976).

Afgezien van de plaats naast en de interactie met de medische risico-indicatoren is het ook mogelijk dat bepaalde psychosociale factoren fundamenteeler zijn en dichter bij de oorzaken van coronaire hartziekten liggen dan de medische risico-indicatoren.

Psychosociale factoren

De afgelopen twintig jaar is veelvuldig gezocht naar verbanden tussen coronaire hartziekten en een reeks psychosociale variabelen. Door *Jenkins* zijn in 1971 en 1976 overzichtsartikelen omtrent dit soort onderzoek gepubliceerd. In het laatste artikel geeft hij een overzicht van de ontwikkelingen gedurende de afgelopen vijf jaar. Van een aantal sociologische en psychologische factoren is ook in prospectief onderzoek aangetoond dat zij verband houden met coronaire hartziekten. Van sommige van deze variabelen zijn de resultaten evenwel inconsistent zoals burgerlijke staat, sociaaleconomische status en sociale mobiliteit. Andere kenmerken als angst en depressie worden als veelbelovend gezien maar het bewijs van hun samenhang met hart- en vaatziekten is nog niet definitief geleverd. Voorts kan van enkele factoren worden gezegd dat zij waarschijnlijk wel met angina pectoris samenhangen maar niet met het hartinfarct (bijvoorbeeld neuroticisme). Volgens *Jenkins* is er met één psychosociale variabele meer onderzoek verricht dan met elk der overige psychosociale factoren. Bovendien bleken de resultaten meer consistent. Het gaat hier om het door de cardiologen *Friedman* en *Rosenman* genoemde type A-gedrag patroon.

Type A-gedrag patroon

Friedman en *Rosenman* meenden dat veel van hun patiënten zich in hun gedrag op een bepaalde wijze kenmerkten, waarop zij de A/B-typologie ontwikkelden. De ruim 20 jaar geleden opgedane ervaringen van een stoffeerder hebben hieraan eveneens bijgedragen. Het was hem opgevallen dat in de wachtkamer van de cardiologen alleen de voorste punt van de zittingen van de stoelen aan vernieuwing toe was. In andere wachtkamers waren doorgaans zowel de ruggen als de zittingen van de stoelen versleten (*Friedman* en *Rosenman*).

Voor het meten van het type A-gedrag patroon hanteerden *Friedman* en *Rosenman* een interview, waarmee zij vaststelden in welke mate gedragingen aanwezig zijn die zij kenmerkend achtten voor de coronaire persoonlijkheid. Het type A-gedrag patroon zou worden gekarakteriseerd door één of meer van de volgende kenmerken: ambitie, competitie, ongeduld, tijdnood, agressiviteit en werkgerichtheid. Degenen bij wie deze kenmerken vrijwel geheel ontbraken noemden zij type B.

JAS

Uit efficiëntie overwegingen is nadien een vragenlijst ontworpen, waarmee hetzelfde wordt beoogd als met het interview. De vragenlijst, die door de betrokkenen zelf wordt ingevuld en automatisch kan worden verwerkt en gescoord, heet *Jenkins*

Activity Survey (JAS) (*Jenkins en medewerkers*). De JAS is inmiddels in diverse landen bewerkt en vertaald onder andere recent in het Nederlands door Appels.

Onafhankelijk verband

In een aantal prospectieve onderzoeken is aangetoond dat type A samenhangt met coronaire hartziekten. Bovendien is aangetoond dat toevoeging van type A als variabele de predictieve waarde verhoogt (*Brand en anderen*). Dat wil zeggen onafhankelijk van de bekende medische risico-indicatoren heeft het type A-gedragspatroon predictieve waarde. Bij type A is de kans op het krijgen van een hartinfarct ongeveer tweemaal zo groot als bij type B wanneer alle overige risico-indicatoren als roken, bloeddruk en cholesterolgehalte gelijk zijn. Vast lijkt te staan dat het type A-gedragspatroon coronaire hartziekten voorspelt onafhankelijk van de overige risico-indicatoren. Minder vast staat dat type A-gedrag op eenvoudige wijze is te veranderen in type B-gedrag.

Gezien het voorgaande kan men zeggen dat er veel onderzoek met betrekking tot psychosociale factoren is verricht, dat er duidelijke verbanden zijn aangetoond met coronaire hartziekten en dat het type A-gedragspatroon op dit moment wat betreft onderzoeksresultaten de kroon spant. Veel is echter nog onduidelijk zoals de relatie tussen type A en andere psychosociale variabelen (bijvoorbeeld angst en depressie) en de mate waarin het type A-gedrag in de praktijk beïnvloedbaar is.

Symposium

Een recent gehouden symposium waarop volgens de aankondiging zowel de stand van zaken met betrekking tot onderzoek als een oriëntatie voor de praktijk zou worden gegeven, leek daarom het bezoeken waard. Het symposium werd georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychosomatisch Onderzoek en had als thema „psychosomatische aspecten van het hartinfarct”. Het symposium vond op 15 oktober 1976 in Leuven plaats in samenwerking met de afdeling psychiatrie van de katholieke universiteit Leuven. In een viertal lezingen werd verslag gedaan van verricht psychosociaal onderzoek, waarna in een forumdiscussie de feitelijke betekenis voor de praktijk aan de orde kwam. In het hierna volgende zullen enige indrukken van het symposium worden gegeven.

A-B typologie

In de eerste lezing werd door de Nederlandse psycholoog Appels een overzicht gegeven van het psychosociaal onderzoek naar de oorzaken van het hartinfarct. In vogelvlucht kwam een groot aantal risico-indicatoren aan de orde. Volgens

Appels wordt het onderzoek gekenmerkt door tal van methodologische problemen, maar wordt het beeld langzamerhand wel duidelijk.

Met betrekking tot de A-B typologie vermeldde hij dat naast een Nederlandse vertaling van de JAS nu ook een Belgische en Litauwe versie bestaat. Deze laatste is gehanteerd in de Kaunas Rotterdam Intervention Study (KRIS). Er is geen relatie gevonden tussen type A enerzijds en bloeddruk en cholesterol anderzijds. Wel is een verband aangetoond tussen type A enerzijds en angina pectoris en het onder behandeling zijn van een cardioloog anderzijds.

Het antwoord op de vraag waarom steeds meer mensen doodgaan aan hun hart zoekt Appels in de sociologie van de tijd. De opvatting dat het hartinfarct kan worden gezien als een gevolg van een sociaal-economisch ethos (tijd is geld) wordt volgens hem ondersteund door een aantal onderzoeken onder meer van hem zelf (*Appels*).

BUL

Een andere Nederlandse psycholoog, Van Dijk, ging (nog) wat nader in op achtergronden en resultaten van de A-B typologie. Voorts sprak hij over de „Beoordelen van Uitspraken Lijst (BUL)” die door hemzelf werd ontwikkeld met het oog op het toetsen van de hypothese over psychosomatische specificiteit (*Van Dijk*). Deze BUL werd op het symposium gepresenteerd als een eenvoudige methode om een grote groep mannen in type A of B te kunnen indelen. Deze uitspraak lijkt weinig hout te snijden gezien het bestaan van een Nederlandse vertaling van de JAS.

Stress

Van Belgische zijde betoogde mevrouw Liesse (Leuven) dat normale proefpersonen en hartpatiënten op een aantal fysiologische variabelen, zoals hartslagfrequentie en bloeddruk, verschillen. Onder invloed van stress echter benaderen de waarden van de proefpersonen die van de hartpatiënten. Voorts wezen de uitkomsten van psychologische tests er op dat er bij hartpatiënten sprake is van een samenhang van kenmerken die door de inleidster als pathogene angstregulatie werden geduid. Volgens haar is angst van groot belang bij de coronaire hartziekten. De vraag die vervolgens rijst is of angst ook van belang is voor het ontstaan ervan of alleen maar een gevolg is van de kwaal.

Angst en depressie

Volgens mevrouw Segers (Leuven) zijn angst en depressie voor het ontstaan van coronaire hartziekten belangrijke variabelen. Angst heeft biologische componenten die risico-indicatoren zijn voor coronaire hartziekten. Depressie hangt samen met

plotselinge dood. (Eerder was door Appels als methodologisch probleem naar voren gebracht dat antidepressiva wellicht een farmacologische risico-indicator vormen. Antidepressiva kunnen namelijk hartritme stoornissen veroorzaken, terwijl zij bovendien het hypotensief effect van antihypertensiva kunnen verzwakken.)

In België is in 1969 een prospectief onderzoek begonnen naar de betekenis van angst en depressie bij het ontstaan van coronaire hartziekten. Het onderzoek vindt plaats bij een steekproef van een kleine drieduizend mannen bij de Belgische posterijen. Morbiditeits- en mortaliteitsgegevens zijn nog niet voorhanden. Uit de resultaten tot nu toe is reeds een aantal conclusies te trekken. Er zijn relaties gevonden tussen angst, depressie en biologische risicofactoren maar de relaties zijn niet altijd lineair. Zowel veel als weinig angst is in dit onderzoek gekoppeld aan een verhoogd biologisch risico. Dit onderzoek lijkt alleen al daarom van belang omdat er nog betrekkelijk weinig prospectief onderzoek is gepubliceerd over de invloed van angst en depressie op het ontstaan van coronaire hartziekten.

Forumdiscussie

In het „paneelgesprek” werd de praktische betekenis van de psychosociale variabelen ter discussie gesteld. Uit hetgeen er werd gezegd, was slechts één conclusie te trekken namelijk dat men er op dit moment niets aan heeft, althans voor preventieve doeleinden. Bij de meest valide psychosociale predictor te weten het type A-gedragspatroon, werd een aantal kritische kanttekeningen geplaatst. In slechts één onderzoek, namelijk de Western Collaborative Group Study zou de onafhankelijke rol van psychosociale variabelen zijn aangetoond (*Brand en anderen*). Uiteraard is een psychosociale variabele niet alleen van belang als hij onafhankelijk van de bekende risicofactoren werkt. Als bloeddruk of cholesterol omlaag zijn te brengen door bijvoorbeeld stress reducerende technieken lijkt ook dat van belang. Voorts werd de vraag gesteld of het type A-gedragspatroon niet een ongezond gedragspatroon in algemene zin is. De specificiteit met betrekking tot coronaire hartziekten zou niet zijn aangetoond. Bovendien werd geopperd dat er naast type A wel andere risicopatronen denkbaar zijn. Of het type A-gedrag zo eenvoudig is te modificeren als Friedman en Rosenman in hun boek *Type A behavior and your heart* suggereren, werd betwijfeld. Hierbij kan worden aangetekend dat er weinig aanleiding is te veronderstellen dat het type A-gedragspatroon via bijvoorbeeld gedragstherapeutische methoden (zie bijvoorbeeld Suinn) niet adequaat is te beïnvloeden. Een belangrijker punt lijkt de vraag of deze mensen zelf zijn gemotiveerd hun gedrag te veranderen voordat zij hartpatiënt zijn. Overigens kan men deze vraag waarschijnlijk evengoed stel-

len ten aanzien van de klassieke risico-indicatoren.

Van verder belang in verband met eventuele beïnvloeding, is uiteraard de mate waarin het gedrag voorkomt. Volgens Kornitzer, één van de forumleden, komt het type A-gedragspatroon in België veel minder voor dan in de Verenigde Staten. In België vindt momenteel interventie-onderzoek plaats bij dertig bedrijven. Men hanteert daarin onder meer een verkorte vertaling van de JAS. Er zijn geen relaties gevonden tussen deze type A-bepaling en de drie klassieke risico-indicatoren: roken, bloeddruk en cholesterol.

Slotwoord

Tijdens dit symposium zijn interessante dingen gezegd en met name interessante vragen gesteld. Men kan zich evenwel afvragen welk doel men dient als men een grote groep mensen tracht te interesseren voor een onderwerp en vervolgens met de conclusie naar huis stuurt dat men er in de praktijk niets aan heeft.

- Arntzenius, A. C. (1976) Hart Bulletin 7,26-29.
- Appels, A. P. (1972) Ned. T. Psychol. 10,553-565.
- Brand, R. J. en anderen. (1976) Circulation 53,348-355.
- Dijl, H. van. (1975) huisarts en wetenschap 18,119-124.
- French, J. R. P. and R. D. Caplan. Organizational stress and individual strain. In: A. J. Marrow (editor) The failure of success. Amacom, New York, 1972.
- Friedman, M. and R. Rosenman. Type A behavior and your heart. Knopf, New York, 1974.
- Jenkins, C. D. en medewerkers. (1967) J. chron. Dis. 20, 371-379.
- Jenkins, C. D. (1971) New Eng. J. Med., 284,244-255 & 307-317.
- Jenkins, C. D. (1976) New Eng. J. Med., 294,987-994 & 1033-1038.
- Meade, T. W. and R. Chakrabarti (1972) Lancet II, 913-916.
- Suinn, R. M. (1974) Behavior Therapy 5,569-571.
- Werkö, L. (1976) Amer. Heart J. 91,87-98.

Kenmerken van de huisarts

Overwegingen bij een rapport

DR. G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

Wij zitten aan tafel. Ik vraag aan onze dochter (Christine, 15): wat zijn de kenmerken van een goede huisarts? Zij denkt even na, dan zegt zij: hij moet geleerd zijn, hij moet geduld hebben en hij moet hulpvaardig zijn. Ik ben wat verbluft door dit antwoord en nog vóór ik kan reageren, zegt zij: geleerdheid, dat heb je genoeg – daar barst je zowat van – geduldig ben je helemaal niet. En hulpvaardig? vraag ik. Net voldoende, zegt zij. Ik begrijp dat ik maar nauwelijks „geslaagd” ben in haar ogen.

Vóór mij ligt het rapport: „Kenmerken van de huisarts”. De redactiecommissie van huisarts en wetenschap heeft mij gevraagd iets over dit rapport te schrijven. Ik zat ermee in mijn maag en heb het steeds uitgesteld. Toen kwam ik op het idee onze dochter deze vraag te stellen. Zij heeft mij geïnspireerd tot het volgende:

De laatste jaren is er veel over de huisarts geschreven. Ik noem – in chronologische volgorde – de volgende rapporten:

- 1968: huisarts en universiteit. Interim – Rapport van een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- 1970: huisarts en publiek. Een analyse van de relatie tussen de huisartsen en het publiek. Een uitgave van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging (Makrotest-rapport).
- 1974: rapport Werkgroep Opleiding. Een rapport van een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- 1975: hoe helpt de dokter? Interimrapport van de werkgroep Takenpakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- 1975: S.O.H. rapport. Rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen.
- 1976: huisarts waarheen? Eindrapport van de Commissie Eerste Echelon van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Dit is slechts een greep uit de vele publicaties in Nederland op het gebied van de taak, de functie, de plaats en de opleiding van de huisarts. Naar aanleiding van het

verschijnen van het eerst genoemde rapport schreef professor R. Hornstra mij in 1968 een brief, waaruit ik het volgende citeer: „Wat mij als oudere, die een lange periode in de ontwikkeling van de geneeskundige zorg kan overzien, opvalt, is het ongekende elan waarmee een kerngroep van huisartsen zich op de problemen werpt en daarin enorm veel tijd steekt. We hebben de neiging om dit zonder meer te aanvaarden omdat het nodig is. Maar er is zoveel nodig, waarop toch niet een antwoord wordt gegeven in de mate zoals de huisartsen dit doen met betrekking tot hun problemen. Ik vind dit een zo merkwaardig sociaal-psychologisch verschijnsel. Vergeleken met de huisartsen is het bij de andere categorieën van artsen de dood in de pot.”

Wie zich waarlijk de kennis der geneeskunde eigen wil maken, moet over het volgende beschikken: natuurlijke aanleg, geschooldheid, geschikte omgeving, opleiding van kindsaf, arbeidslust en tijd. Vóór alles is aanleg nodig: werkt deze tegen, dan is alles tevergeefs

Hippocrates

Ik geloof dat de huisartsen deze opmerking van Hornstra ter harte mogen nemen. Ik geloof ook dat de meeste huisartsen te bescheiden zijn. De werkelijke vernieuwingen zullen in de toekomst niet van de specialisten komen, maar van de huisartsen. Ik ben het met Metz eens: „Van het specialisme is geen herstel of vernieuwing te verwachten.” In dit kader gezien, wil ik graag een be-