

Van de redactiecommissie

Bewaking antistol-lijn in de huisartspraktijk

In het hierna volgende wordt de aandacht gericht op enkele aspecten van de toepassing van antistollingsmiddelen in de huisartspraktijk. Het gaat hierbij niet om het geven van richtlijnen ten aanzien van welk middel men het beste in de huisartspraktijk kan gebruiken of bij welke indicaties de toepassing van antistollingsmiddelen respectievelijk absoluut noodzakelijk is, aanbevolen wordt, in overweging kan worden genomen of niet in aanmerking komt.

Logistieke aspecten

De aandacht wordt hier gevraagd voor de logistieke aspecten van de toepassing van antistollingsmiddelen in de huisartspraktijk. Wij gaan hierbij uit van de op vele plaatsen in ons land bestaande situaties, dat de totale lijn van de antistollingstherapie onder de verantwoordelijkheid van de huisarts valt. Overigens geldt ons betoog onverkort wanneer een doserende trombosediensdienst is ingeschakeld. Deze lijn begint bij het stellen van de indicatie, het inlichten van de patiënt over het doel van deze vaak langdurige behandeling, de eraan verbonden mogelijke complicaties (blauwe plekken, neusbloeding, bloed plassen), waardoor het noodzakelijk is dat verschillende voorschriften goed in acht worden genomen en het bloed regelmatig dient te worden gecontroleerd. Ter ondersteuning krijgt de patiënt de folder trombosetabletten (nummer 16, uitgave N.H.I.) en een geneesmiddelenkaartje. Vervolgens wordt het middel voorgeschreven en de dosering voor de eerste dagen aangegeven, waarbij duidelijke afspraken worden gemaakt hoe het verder gaat met de dosering van het middel en de frequentie van „het prikken”. Het verdient ernstige overweging zich op dat moment reeds uit te laten over de vermoedelijke duur van de behandeling. De patiënt gaat met een briefje naar het laboratorium of het laboratorium wordt gevraagd thuis de patiënt te prikken. In de daarop volgende dagen, respectievelijk weken wordt de patiënt ingesteld en de klinische toestand gecontroleerd.

De patiëntenkaart krijgt een markering in de zin van een kleurcodering, een ruiter of wordt in een aparte bak gezet, zodat zij eenvoudig in het kaartstelsel is te lokaliseren. Iedere huisarts heeft waarschijnlijk een bepaalde gemiddelde waarde voor de uitkomst van de protrombinetijdbepaling c.q. andere relevante bepaling waarbij hij zich op zijn gemak gevoelt. De aanpassing van de dosering van het antistollingsmiddel wordt daardoor zeer waarschijnlijk niet onbelangrijk beïnvloed – zie verder onder Bewaking.

Als de patiënt klinisch is hersteld, zal hij om de zoveel weken of maanden worden gezien, bij welke gelegenheid ook een recept voor antistollingsmiddel wordt geschreven, totdat het tijdstip is aangebroken dat de behandeling kan worden beëindigd: einde van de lijn.

Bewaking

In het licht van enerzijds dreigende lichamelijke complicaties en anderzijds maatschappelijke consequenties, verbonden aan de antistollingstherapie, dienen de bezwaren, verbonden aan het risico en het stigma („op antistol-therapie zijn” is een cultureel gebeuren) te worden afgewogen tegen de voordelen van het goed ontsteld zijn. Dit afwegen is extra moeilijk wanneer men

kortelings een patiënt verloor aan een hersenbloeding ten gevolge van het doorschieten van de antistol door combinatie met alcoholgebruik, maar ook wanneer een collega je toevertrouwt dat hij in de kortste keren de hem wegens een hartinfarct voorgeschreven antistol staakte, omdat hij het veel te lastig vond steeds maar weer naar dat laboratorium te gaan om zich te laten prikken, nog afgezien van het feit, dat hij bang was voor de gevolgen van „doorschieten” en twijfelde aan de voordelen van deze therapie . . .

Dit afwegen wordt geïntroduceerd om te beklemtonen dat wanneer de huisarts een patiënt op de antistol-lijn plaatst – of dat op advies van een specialist doet – een voortdurende bewaking noodzakelijk is. Deze bewaking zal behoudens het streven naar een wezenlijke effectieve antistol-therapie, vooral moeten bestaan uit het frequent en periodiek nagaan of de behandeling dient te worden gecontinueerd, dan wel kan worden beëindigd. De criteria welke voor een wezenlijk effectieve antistol-therapie dienen te worden aangelegd, vallen – hoe uiterst belangrijk ook – buiten het bestek van deze beschouwing. Wel zij hier aangekend dat dit punt van bijzonder belang is voor die plaatsen in ons land waar de patiënten uit de huisartspraktijk niet onder supervisie staan van een doserende trombosediensdienst.

Getallen

Om welke aantallen patiënten gaat het in de huisartspraktijk? Onder verantwoordelijkheid van de huisarts stond in 1975 in Rotterdam ongeveer 1,5 procent van de bevolking op de antistol-lijn. In een praktijk van 2800 zielen kan men derhalve ongeveer 42 patiënten verwachten. In 1975 werden gemiddeld 9600 (*Jaarverslag*) mensen gecontroleerd, bij wie in totaal 222.297 bepalingen werden uitgevoerd, of gemiddeld 23 per patiënt, hetgeen neerkomt op gemiddeld een kleine duizend administratieve mutaties per jaar per huisarts.

Praktijkuitkomsten

Fris en onbevangen brengt *Westhoff* in dit nummer van huisarts en wetenschap verslag uit van haar ervaringen met de bewaking van de antistol-lijn in een aantal huisartspraktijken. De wijze waarop dit is gedaan, dwingt respect af, niet het minst voor de leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, die zich vrijmoedig lieten toetsen. Immers, de publikatie van de uitkomsten van deze toetsing kunnen ertoe bijdragen dat ook anderen dan de betreffenden worden gestimuleerd zich te buigen over de wijze waarop zij de antistol-lijn in hun praktijk al dan niet doelmatig bewaken.

Project en toetsing

Als onderwerp in de reeks *Projecten* komt het ons voor dat „bewaking van de antistol-lijn in de huisartspraktijk” hoog op de prioriteitenlijst een plaats verdient. Bovendien is „bewaking antistol-lijn” tevens een parameter waarmee een stukje kwaliteit van het werk van de huisarts waarschijnlijk gemakkelijk kan worden getoetst.

H.

Jaarverslag 1975 Stichting Klinisch Chemisch Laboratorium Rotterdam, november 1976.

Projecten (1977) huisarts en wetenschap 20, 170 en 211.

Westhoff, M. P. (1977) huisarts en wetenschap 20, 175-177.