

overeenstemming is met de bovengeschetste 2e échelonpositie tussen huisarts en deelspecialist. Deze taak bestrijkt een groot terrein dat nog braak ligt voor wetenschappelijk onderzoek, namelijk ons alledaagse medische handelen. De toeneming van de wetenschappelijke kennis op dit gebied lijkt sterk achter te blijven bij de enorme toeneming van de „fundamentele” kennis. Ondanks het vele medisch-wetenschappelijke werk dat verricht wordt, is de dagelijkse praktijk vol van onzekerheden, niet wetenschappelijk geverifieerde schijn-kennis en onwetenschappelijk handelen. De hier bedoelde researchprojecten dienen te voldoen aan de volgende eisen. Ze moeten:

1. gericht zijn op de geneeskundige praktijk;
2. relatief weinig speciale technieken vereisen;
3. bij voorkeur fenomenen betreffen, die van algemeen belang zijn.

Wanneer ik enkele voorbeelden noem, dan is dat slechts een subjectieve keuze, ingegeven door ons eigen onderzoekprogramma:

Onderzoek naar de diagnostische waarde van veel voorkomende symptomen (veel traditionele leerboekenkennis is niet statistisch geverifieerd).

Follow-up van patiënten met klachten, waarop geen diagnose is gesteld.

Onderzoek naar de frequentie van de bijwerkingen van veel gebruikte geneesmiddelen (bv. gericht op de vraag welke controle-maatregelen nodig zijn bij het gebruik van een bepaald middel).

Onderzoek ter beantwoording van de vraag in hoeverre een voorgeschreven therapie wordt opgevolgd.

De ervaring in Nijmegen heeft geleerd dat bij dergelijke vormen van onderzoek vaak met veel succes studenten betrokken kunnen worden, wat van grote betekenis is voor hun wetenschappelijke vorming.

Bovenstaande beschrijving van de taak van de afdeling voor algemene interne geneeskunde is uiteraard het resultaat van een persoonlijke visie. De aldus beschreven taak kan uitgevoerd worden door een afdeling, die organisatorisch nevensgeschikt is aan de deelspecialistische afdelingen en als een gelijkgerechtigde

partner in een „federatie van interne specialismen” fungeert. Anderen zullen deze taak wellicht iets anders willen formuleren. Het lijkt echter duidelijk dat de erkenning van het bestaan van een eigen taak voor de algemene interne geneeskunde binnen de universiteitskliniek een noodzakelijke voorwaarde is voor haar voortbestaan.

Wij dienen ons nog af te vragen in hoeverre deze taak niet even goed uitgevoerd kan worden door de algemene interne afdelingen van de geaffilieerde, niet-universitaire ziekenhuizen. Wat de taak bij het predoc-torale onderwijs betreft is het duidelijk dat deze in hoofdzaak door de universiteitskliniek vervuld zal moeten worden. Ten aanzien van de specialistenopleiding, de patiëntenzorg en de research zou men echter kunnen stellen dat de geaffilieerde klinieken de genoemde taken zouden kunnen overnemen. In feite vervullen ze deze taken in hun eigen ziekenhuis. Mijns inziens dienen deze taken echter te worden uitgevoerd in een nauw teamverband met de deelspecialistische afdelingen. Het is het voorrecht van de universitaire algemene interne afdeling, dat de mogelijkheden aanwezig zijn tot een dergelijk teamverband met alle deelspecialistische afdelingen. Wie uit eigen ervaring weet hoe moeilijk het is om tot een werkelijk teamwork te komen binnen één instituut, zal zich weinig illusies maken over de mogelijkheden om een hecht teamverband te realiseren met afdelingen in een ander ziekenhuis. Wanneer de algemene interne geneeskunde zou verdwijnen uit de universiteitskliniek, zou de kans groot zijn dat de universitaire geneeskunde in een superspecialistisch isolement zou geraken, dat noodlottig zou zijn voor het onderwijs en de patiëntenzorg.

Literatuur:

- BALEN, G. F. VAN (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1674.
 BRANDT, K. H. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 167.
 MAJOR, C. L. H. (1971) Algemene inwendige geneeskunde én deelspecialismen. *Ned. T. Geneesk.* **115**, 2062.
 PAD BOSCH, P. J. I. VAN 'T (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1876.
 WIJDEVELD, P. G. A. B. (1970) Integrale of gedifferentieerde interne geneeskunde? *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1212, 1674, 1876; (1971) **115**, 169.

Augustus 1971

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

De lipid clinic

Uit onderzoeken van de laatste twintig jaar op het gebied der atherosclerose zijn fundamentele gegevens naar voren gekomen, welke voor de identificatie, selectie en therapie der klinische atherosclerose nieuwe gezichtspunten openen.

Gezien de zorgwekkende toename der vaataccidenten, ook in jongere leeftijdsgroepen, lijkt een actief beleid in de zin van anti-atherogene therapie noodzakelijk. Dit geldt zowel voor primaire als voor secundaire preventie.

Op grond van deze nieuwe inzichten is een heroriëntatie in het klinisch denken en de therapeutische benadering gewenst. Daartoe zijn tevens bevolkingsonderzoeken nodig, welke door middel van consultatiebureaus voor atherosclerose moeten worden uitgevoerd. De discussie hierover bevindt zich echter nog in het beginstadium, in samenhang met de problemen van organisatie, mensen en apparatuur, welke moeten worden opgelost.

Het zou daarom ernstige overweging verdienen, na

TABEL I. ZIEKTEBEELDEN GESCHIKT VOOR ATHEROSCLEROSE-PROFIEL

Cardiovasculaire afwijkingen en hypertensie
Cerebrovasculaire afwijkingen en transient ischaemic attacks
Diabetes
Perifere vaatsclerose
Retina-vaatstoornissen, al dan niet met diabetes en hypertensie
Xanthoma- en xanthelasma-patiënten
Nefrose
Hypothyreoïdie, myxoedeem en endemic goitre
Jicht

TABEL II. ATHEROSCLEROSE-PROFIEL

-
1. Anamnese en gegevens der familie-anamnese (diabetes, hypertensie, vaataccidenten)
Voedingsanamnese en rookgewoonten
Emotionele en socio-economische stress-situaties
 2. Tensie en cardiogram
Bloedsuiker-onderzoek
Fredrickson-classificatie der hyperlipoproteïnemie
 3. Oogfundus-onderzoek
 4. Thyreoïd-status
-

te gaan wat met behulp van bestaande mogelijkheden in de ziekenhuizen binnen het raam der reeds aanwezige laboratoriumfaciliteiten te bereiken zou zijn. Het lijkt mij mogelijk dit te verwezenlijken door het inrichten van een centrale „lipid clinic” in het ziekenhuis.

Bij klinische patiënten met cardio- en cerebrovasculaire afwijkingen, bij diabetes- en hypertensie-patiënten immers is bij de grote meerderheid reeds een

latente of manifeste atherosclerose aanwezig, welke volgens de huidige opvattingen verantwoordelijk is voor de latere vaatcomplicaties bij deze patiënten. Behalve deze interne, cardiologische en neurologische ziektebeelden dienen ook de relevante patiënten van chirurgische, oogheelkundige en dermatologische afdelingen door de „lipid clinic” te worden onderzocht (zie tabel I).

Door het maken van een atherosclerose-profiel dat met eenvoudige onderzoeken is op te stellen (zie tabel II) is het dan mogelijk vervolgens concrete richtlijnen aan te geven betreffende dieetmaatregelen en eventuele farmacotherapie. Hierbij verleent vooral belangrijke steun de classificatie der hyperlipoproteïnemie volgens Fredrickson.

Op deze wijze kunnen de atherosclerotische aspecten bij de diverse ziektebeelden beïnvloed worden, genoeg zonder veel extra laboratoriumonderzoeken. Zo kan de hypertensie-patiënt behalve de gebruikelijke therapie met zoutarm dieet en antihypertensiva, ook anti-atherogene therapie krijgen. Bij de behandeling van de diabetes-patiënt kan hiermee voorkomen worden, dat hij een in wezen atherogeen dieet krijgt voorgeschreven, zoals thans nog vaak geschiedt.

Door identificatie, selectie en zoveel mogelijk eliminatie der verhoogde risicofactoren lijkt de waarschijnlijkheid groot, dat de frequentie der vaatcomplicaties in belangrijke mate zal afnemen.

Gaarne wil ik dit voorstel tot het instellen van een centrale „lipid clinic” in het ziekenhuis hiermee in het Tijdschrift ter discussie stellen.

Amsterdam, 3 september 1971
Van Eeghenstraat 100

J. H. REISEL

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

TROMBOSEPROFYLAXE IN DE PSYCHIATRISCHE KLINIEK

Vraag Nr. 54. Naar aanleiding van een artikel in de *British Medical Journal* (1971) I, 312, getiteld „Prevention of post-operative deep venous thrombosis and pulmonary embolism” zou ik graag een antwoord ontvangen op de volgende twee vragen:

1. Is het safe nu reeds te beginnen met hydroxychloroquinesulfaat (Plaquenil) in een dosering van 3 dd 200 mg ter voorkoming van trombose en longembolieën in onze psychiatrische kliniek bij nieuw opgenomen patiënten? Deze patiënten worden vaak de eerste dagen tot 2 weken in een sluimertoestand verpleegd en bevinden zich daardoor in de „high-risk”-groep.

2. Zijn er u nadelige werkingen bekend na stoppen van deze therapie?

Antwoord. Tromboseprofylaxe in psychiatrische inrichtingen verschilt niet principiëel van tromboseprofylaxe in het algemeen. De empirisch en proefondervindelijk beste profylaxe is vooralsnog die met anti-coagulantia. Nieuwe, even veilige, doch minder ris-

kante geneesmiddelen zijn reeds jaren in studie, en het genoemde artikel is één van de eerste rapporten van een mogelijk gunstige werking van een dergelijk middel bij de mens. Het gaat hier om chloroquinesulfaat dan wel hydrochloroquinesulfaat (Plaquenil). Helaas kan dit artikel de toets der kritiek niet doorstaan, dat wil zeggen, de experimentele opzet en criteria van de beoordeling van de resultaten zijn van dien aard dat ondanks de op zichzelf overtuigende tabellarisch samengevatte en met *P*-waarden voorziene cijfers, niet meer kan worden gezegd dan in de samenvatting van het artikel staat, nl. „... one agent known to produce a reduction of platelet aggregation in vitro might (curs. Red.) be useful in reducing the incidence of deep venous thrombosis and pulmonary embolism . . .”.

Hydroxychloroquinesulfaat blijft dus voorlopig een experimenteel geneesmiddel.

Beantwoording van vraag 2 lijkt mij in het licht van het reeds gezegde niet meer relevant. Wel moge worden vermeld dat hydroxychloroquinesulfaat evenals chloroquinedifosfaat (Resochin) beslist niet vrij is van nevenwerkingen (zie bv. de lange reeks van bijwerkingen in MEYLLERS *Side effects of drugs*).