*Analyse van huisartsenpraktijken in Amerika**

GEREFEREERD DOOR DR. R. S TEN CATE, HUISARTS TE WASSENAAR

In 1953 en 1954 werd in Noord Carolina een uitgebreid onderzoek ingesteld naar de wijze, waarop in dit gedeelte van de Verenigde Staten de huisartsenpraktijk werd uitgeoefend. Dit rapport is in zekere zin te vergelijken met de rapporten van Collings (1950)[1], Hadfield (1958)[2] en Taylor (1954)[3], welke alle de Engelse huisartsenpraktijk tot onderwerp hadden. Hierbij dient echter aangetekend te worden, dat slechts Hadfield getracht heeft een onbevooroordeelde doorsnede door alle soorten praktijken te maken. Van Collings kan gezegd worden, dat hij de vinger heeft willen leggen op een aantal wonde plekken in de Engelse huisartsenpraktijk en daartoe een negatieve selectie in zijn materiaal heeft doorgevoerd.

Taylor daarentegen heeft getracht in zijn boek, dat door mij in 1955 in Medisch Contact besproken werd,[4] enkele positieve punten van de Engelse huisartsenpraktijk naar voren te brengen en heeft daartoe juist een aantal als goed en zeer goed aangeschreven praktijken in zijn beschouwing opgenomen.

Het voor ons liggende rapport beoogt enerzijds een zo objectief mogelijke beoordeling te geven van de wijze, waarop in Noord Carolina de huisartsenpraktijk wordt uitgeoefend, anderzijds tracht het aan te geven welke invloeden verantwoordelijk zijn voor de wijze van uitoefening van de praktijk. Hiertoe is van een aantal factoren hun relatie met de huisartsenpraktijk nagegaan, vooral wat het voorkomen betreft bij „goede" en „slechte" praktijken. De bestudeerde factoren zijn:

1 de medische opleiding en een eventuele „training" in de huisartsenpraktijk;

2 het medisch intellectuele leven van de huisarts, waaronder dan gerangschikt worden:
   a nascholing,
   b het lezen van medische tijdschriften,
   c het lidmaatschap van medische verenigingen;

3 de relatie tussen de huisarts en bepaalde onderdelen van de gezondheidssector zoals:
   a relatie met het ziekenhuis,
   b groepspraktijk,
   c relatie met specialisten,
   d artsenbezoekers;

4 de praktijkvoering met als onderdelen:
   a de inrichting van de spreekkamer c.q. het praktijkhuis,
   b het instrumentarium,
   c de praktijkhulp;

5 het sociale milieu, waaruit de arts is voortgekomen;

6 de niet-medische activiteiten (sociale belangstelling en recreatie);

7 de werkuren en het honorarium;

8 de aard van de praktijk en van ziekten welke daarin voorkomen.

Teneinde deze gegevens te verzamelen werd door een tweetal internisten telkens gedurende drie dagen een bezoek gebracht aan 94 huisartsen. Wat betreft de beoordeling van de praktijken zelf, werd een tweetal systemen gevolgd, namelijk een kwalitatief en een kwantitatief systeem. Bij het kwalitatief systeem werd een beoordeling gegeven volgens de schaal: I slecht, II matig, III voldoende, IV goed en V zeer goed; bij het kwantitatieve systeem werden punten toegekend voor verschillende onderdelen, waarbij niet ieder onderdeel even zwaar woog. In totaal konden 107 punten behaald worden volgens de volgende schaal:

anamnese	30
fysisch onderzoek	34
gebruik van de hulp van het laboratorium	26
therapie	9
preventieve geneeskunde	6
medisch kaartsysteem	2
	107

De correlatiecoëfficiënt tussen beide systemen bedroeg 0,86, maar natuurlijk speelde het persoonlijk oordeel van de beide onderzoekers hierbij een belangrijke rol, waarbij niet uit het oog verloren dient te worden, dat de praktijken bekeken werden door de bril van een internist.

Over deze verhoudingen publiceren zij onderstaande tabel:

Comparison of Qualitative Rank with Quantitative Score

		Mean Quantitative Score						
No. Phycicians(88)	Qualitative Rank	Total Mean Score	Clinical History	Physical Examination	Use of Laboratory Aids	Use of Therapeutic Measures	Preventive Medicine	Clinical Records
7	V	71,5	76,0	62,0	73,0	77,4	80,9	80,0
15	IV	58,2	53,0	53,0	66,2	56,9	87,2	75,0
27	III	37,5	28,7	34,0	47,1	40,4	62,2	35,0
23	II	25,4	17,7	19,1	38,9	24,4	48,5	30,0
16	I	20,6	15,7	16,4	28,1	11,7	49,3	15,0

* Naar een artikel, getitelt „An analytical study of North Carolina general practice", geschreven door O. L. Peterson, L. P. Andrews, R. S. Spain en B. G. Greenberg in het Journal of Medical Education (1956), no. 31

Enkele bijzonderheden, welke ook voor de Nederlandse huisarts van belang zijn, volgen hieronder: Wat het noteren van de ziektegeschiedenis betrof, bleek, dat een aantal artsen het een bezwaar vond om dit tijdens het consult te doen en een en ander pas later opschreef. Het bleek de onderzoekers, dat hoe langer werd gewacht met het opschrijven van de ziektegeschiedenis, des te minder waarde er aan gehecht kon worden. Wat betreft de notities over anemie en hypertensie bleek, dat deze bijna steeds als ziekte-eenheden beschouwd werden en dat de huisartsen veel te veel geneigd waren zich tevreden te stellen met een — somtijds zeer nauwkeurige — registratie, zonder dieper in te gaan op de oorzaken welke aan deze symptomen ten grondslag lagen. Dit is ongetwijfeld een neiging, welke bij sommige Nederlandse artsen evenzeer bestaat. Sommige artsen maakten aparte afspraken met patiënten met psychische moeilijkheden, waardoor deze de gelegenheid kregen zich voldoende uit te spreken.
Het bleek, dat een aantal artsen te summier of in het geheel geen ziektegeschiedenis bijhield, wat de behandeling niet ten goede kwam, en wat beslist niet gecompenseerd kon worden door het feit, dat de huisarts over het algemeen veel wist van de sociologische aspecten in zijn praktijk. Schrijvers geven hierover de volgende, behartenswaardige opmerking:

> „To expect a physician to remember all or even most of the facts about three or four thousand patients whom he has seen a variable number of times in the preceding year or two is to expect prodigies of memory beyond human capacity. When he sees patients at the rate of 25 to 50 a day, all pertinent details simply cannot be retained. Knowledge concerning a patient's socio-economic status is extremely valuable to the physician, but it is no substitute for an intimate acquaintance with his medical history. Indeed, the two should be complementary, not mutually exclusive."

Wat het fysisch onderzoek betreft, bleken in deze Amerikaanse huisartsenpraktijken dezelfde tekortkomingen te bestaan, als beschreven door Collings, Hadfield en Taylor en waarop ook ten onzent zo vaak de nadruk is gelegd.
Slechts 55 procent van de artsen liet de patiënten zich voor het onderzoek voldoende ontkleden. Bij 45 procent liet dit min of meer te wensen over, in enkele gevallen werd regelmatig geausculteerd of gepalpeerd door verschillende lagen kleren heen. 66 procent van de artsen gebruikte nimmer een ofthalmoscoop, 23 procent bij gelegenheid en 11 procent regelmatig. Schrijvers wijzen er in dit verband op, dat bij veel hypertensiepatiënten jarenlang regelmatig de bloeddruk bepaald wordt, zonder dat men zich ook maar een enkele maal vergewist van de toestand van de bloedvaten in de fundus. Het is merkwaardig, dat het gebruik van de otoscoop veel groter was, namelijk bij 82 procent van de artsen.
Het bleek, dat ook aan enkele klassieke onderzoekmethoden zoals percussie en auscultatie van de longen over het algemeen onvoldoende aandacht werd besteed. Percussie werd in 60 procent geheel nagelaten, auscultatie in 23 procent. Als verontschuldiging hiervoor werd aangevoerd, dat sinds de invoering van het röntgenonderzoek, de percussie en auscultatie minder belangrijk geworden zouden zijn, maar het bleek, dat slechts bij een klein percentage van de patiënten werkelijk een röntgenonderzoek werd uitgevoerd.
Bloeddrukmeting werd in bijna alle daarvoor in aanmerking komende gevallen uitgevoerd. Schrijvers zeggen hierover:

> „Measurement of the blood pressure is probably the most frequently executed and least understood examination in general practice. After reading some advertisements by life insurance companies and articles in the lay press concerning high blood pressure a patient probably would not feel that he had been examined properly if this measurement was overlooked."

Wat betreft het onderzoek van de buik komen schrijvers tot een soortgelijke bevinding als Kreger[5] in 1951 in Amsterdam. 16 procent van de artsen onderzoekt de patiënten wat dit betreft staande of in het geheel niet. In hoeverre de afwezigheid van een onderzoekbank hierbij een rol speelt (zoals in Amsterdam) vermelden schrijvers niet.
83 procent respectievelijk 64 procent van de artsen verrichtte bij daarvoor aangewezen gevallen geen rectaal respectievelijk vaginaal toucher en 86 procent verzuimde een eenvoudig palpatoir onderzoek van de mammae.
Bij het beoordelen van bovenstaande en van nog volgende cijfers dient men te beseffen, dat getracht werd te bepalen in welke gevallen een bepaald onderzoek uitgevoerd had behoren te worden wanneer hiervoor een indicatie bestond en dat deze getallen dus niet betrekking hebben op alle pa-

DE BEAUFORT - VAN CALCAR

voor bemiddeling bij | **praktijkovername**
beroepsfinanciering
fiscale adviezen

keizersgracht 325 amsterdam — hereweg 3 groningen

tiënten, die gedurende de studieperiode onderzocht werden. Bij het laboratoriumonderzoek werden soortgelijke resultaten gevonden als bij het fysisch onderzoek.
In 11 procent van de gevallen werd zelden of nooit bij de daarvoor aangewezen gevallen een urineonderzoek verricht, terwijl in 26 procent of geen hemoglobinebepaling werd verricht of de bepaling volgens Tallquist. Ongeveer de helft van de bezochte artsen telde zelden of nooit de leukocyten in het bloed en maakte geen strijkje voor differentiatie. Als een contrast hiertegenover, wat mij bij het lezen van dit boekje bijzonder heeft gefrappeerd, staat het feit, dat 85 procent van de artsen een lumbaalpunctie verrichtte ter onderzoek van de cerebro-spinale vloeistof. Deze studie vond plaats tijdens een epidemie van poliomyelitis, maar ik meen dat ook dan in Nederland slechts een fractie van het aantal huisartsen een lumbaalpunctie zal verrichten. Het bleek, dat 36 procent van de artsen verzuimde om bij hun zwangeren de rhesusfactor te laten bepalen.
Naar aanleiding van de onderzoekingen, welke momenteel in N.H.G.-verband worden uitgevoerd is het interessant om te lezen, dat in deze Amerikaanse praktijken in 43 procent van de gevallen aperte fouten tegen de steriliteit werden gemaakt. In 57 procent werden de instrumenten 15—30 minuten in kokend water gesteriliseerd of in de autoclaaf.
De waarde van de ingestelde therapie werd bepaald naar aanleiding van de volgende diagnosen: infecties van de bovenste luchtwegen, anemie, vetzucht, psychische spanningen, hypertensie en decompensatio cordis.
67 procent van de artsen gaf zonder onderscheid antibiotica aan allen of de meeste patiënten met infecties van de bovenste luchtwegen. De auteurs zeggen hierover:

> „Many physicians did not really understand the values und limitations of these drugs. For instance, the belief that antibiotics are effective in treating the common cold was found to be widespread. Other physicians used these drugs in treating colds on the assumption that they are harmless or might prevent complications. The demand by the patient or his family for a „shot of penicillin" obviously increased the pressure on the physician.
> A common finding was the automatic association in the physician's mind between fever or a cold and penicillin. This was manifested by the immediate preparation of an injection of penicillin upon learning that the patient had a fever; this decision was frequently reached before the patient had been examined. Penicillin was the most popular antibiotic used. However, it was often given as a single injection of a soluble preparation with no plan to continue treatment for a realistic period of time."

Bij de behandeling van anemie werd door 85 procent van de artsen een of ander preparaat voorgeschreven, zonder dat eerst een diagnose werd ingesteld betreffende het type en de oorzaak van de anemie. Gewezen wordt hierbij op de gevaren van farmaceutische reclame, waarbij sommige preparaten als een panacee tegen elke vorm van anemie worden aanbevolen.
67 procent van de artsen behandelde hun lijders aan vetzucht onvoldoende. Er werd meestal volstaan met het voorschrijven van een of ander preparaat, dat de eetlust vermindert, maar slechts in 33 procent van de gevallen werd aan de patiënt voldoende morele steun en een nauwkeurige dieetlijst gegeven. Bij de behandeling van patiënten met psychische problemen bleek, dat door 29 procent van de artsen deze problemen niet als zodanig onderkend en behandeld werden, in 54 procent werden zij wel herkend maar werd geen adequate therapie ingesteld, terwijl slechts 17 procent van deze veel voorkomende klachten op de juiste wijze werden gediagnosticeerd en behandeld.
Zoals reeds eerder vermeld, werd hypertensie (evenals anemie) vaak als een op zichzelf staande ziekte en niet als een symptoom beschouwd. Slechts 43 procent van de artsen onderzocht hierbij tevens de fundus oculi, urine, het hart, zocht naar oedemen en gaf behalve medicamenten ook voorschriften over zoutbeperking, rust en vermagering. In 57 procent van de gevallen lieten een of meer van deze onderdelen te wensen over.
Ook wat de decompensatio cordis betreft lieten zich soortgelijke conclusies trekken.
Tenslotte bleek zich slechts 54 procent van de artsen steeds bewust van de potentiële gevaren van de door hen voorgeschreven medicamenten.
Wat de preventieve geneeskunde betreft werd vooral aandacht gegeven aan de prenatale zorg en de zuigelingenzorg.
Opgemerkt werd dat de meeste zwangerschapscontroles wel aan de eisen voldeden, maar dat het eerste onderzoek in 62 procent van de gevallen aan uitvoerigheid te wensen overliet.
Het bleek, dat slechts in 17 procent van de gevallen een volledige ziektegeschiedenis van iedere patiënt werd bijgehouden. In 47 procent volstond men met het noteren van positieve bevindingen en voorgeschreven medicamenten, terwijl in 36 procent van de gevallen de notities beperkt bleven tot een bloeddrukmeting, een medicament of tot het honorarium.
Uit bovenstaande gegevens blijkt duidelijk, dat er zeer grote, om niet te zeggen fundamentele, verschillen bestaan in de wijze van praktijk uitoefening en de schrijvers hebben zich afgevraagd welke factoren hierop hun invloed uitoefenen. Alvorens de voor hen meetbare factoren te bespreken geven zij de volgende beschouwing over de individuele motieven van de arts welke hier een rol spelen:

> „Press of time is a complaint frequently voiced by the general practitioner. Time alone is not the sole determinant of the quality of care rendered in a practice. Some of the very best doctors had hurried practices, while others had smaller prac-

tices which could be conducted in a much more leisurely fashion. The same applies to some of the less adept physicians: so that size of practice and press of time do not correlate well with the quality of care rendered.
Another popularly held belief is that the small town or rural practitioner cannot practice good medicine because facilities are not available to him. A physician presumably enters practice with all that is required for taking a good history and performing a careful physical examination; the amount of equipment necessary for the performance of a few simple laboratory screening tests is not great. These form the basis of good medical practice and the basis for evaluation in this study.
It is difficult to assess the importance of aging in relation to the quality of medical care rendered by physicians since physical and intellectual activities decline at a variable rate with advancing years. Years of strenuous practice, less economic presure, ill, health and development of interests outside of medicine may all play a part in the poorer work observed among older physicians. Quite naturally, the philosophy with which each physician approached increasing age varied; several refused to limit their work because of age or health and continued their previous high level of practice."

Als eerste factor, welke van invloed is op de wijze van praktijkuitoefening noemen schrijvers „Education and training". Waar de medische opleiding in Amerika met zijn „Medical schools", „Hospital Internships" en „Residency Training" volkomen afwijkt van de Nederlandse wijze van opleiding, heeft het weinig zin deze beschouwing in extenso te volgen.
Het is typisch voor de Amerikaanse wijze van opleiding, dat de 94 artsen die in deze publikatie beschreven worden van 32 verschillende medische scholen afkomstig zijn.
Het blijkt dat plusminus 95 procent van deze huisartsen als assistent in een ziekenhuis werkzaam zijn geweest gedurende een tijd welke varieert van enkele maanden tot 5 jaar. Slechts drie van deze artsen zijn direct na hun opleiding in de huisartsenpraktijk gekomen. Een duidelijke relatie tussen de lengte van de assistentschappen en de kwaliteit van het werk als huisarts werd in deze studie echter niet gevonden.

Mede in verband met de huidige N.H.G.activiteiten is het interessant om kennis te nemen van de nascholing van deze huisartsen.

Van de 94 artsen hadden er 38 een duidelijk geformuleerd studie programma, waaronder 21, die dit volgens de richtlijnen van de American Academy of General Practitioners (A.A.G.P.) hadden opgesteld. 30 artsen besteedden minder dan 20 uur per jaar aan nascholing, 24 tussen de 20 en 40 uur per jaar, 24 tussen de 40 en 60 uur per jaar en 15 meer dan 60 uur per jaar.
De nascholing werd zowel ter plaatse als in regionale ziekenhuizen en op nationale congressen genoten. Er bestond een duidelijke relatie tussen de grootte van de woonplaats en het aantal uren nascholing. De 12 artsen, die in plaatsen met minder dan 1000 inwoners werkten konden het gemiddeld slechts tot 11 uur nascholing per jaar brengen, terwijl de 9 artsen in plaatsen met meer dan 50.000 inwoners gemiddeld bijna 60 uur per jaar aan nascholing besteedden.
Hoewel vaak beweerd wordt, dat de groepspraktijk de nascholing bevordert, bleek dit niet significant uit deze studie en tenslotte bleken er ook geen significante overeenkomsten te bestaan tussen het aantal uren aan nascholing besteed en de kwaliteit van de praktijkuitoefening, zoals deze in voorgaande hoofdstukken was vastgesteld.
De volgende passage handelt over het lezen van medische tijdschriften. Van deze 93 artsen lazen er slechts vier 1 tijdschrift, 14 lazen 2, 20 lazen 3, 32 lazen 4, 16 lazen 5 of 6 en 7 tussen de 7 en 15 tijdschriften, een gemiddelde van plusminus 4 tijdschriften per arts. Evenals bij vorige en volgende kenmerken zochten de auteurs een verband tussen de studieresultaten en het lezen van medische tijdschriften. Waar in Nederland slechts de uitslag van tentamens en examens beslissend is voor het studieresultaat, blijkt men in Amerika te werken met een verschillende beoordeling tijdens de studie. In dit boek wordt dan ook onderscheid gemaakt tussen een „lowest, middle and top third of the medical class". Een verband tussen deze studieresultaten en het lezen van medische tijdschriften kan niet aangetoond worden, wel echter een direct verband tussen het aantal medische tijdschriften en de kwaliteit van het werk.
Dertig van de geënquêteerde artsen waren lid van de A.A.G.P. Hoewel er bij deze groep een neiging was om tot die groep artsen te behoren, welke het beste werk leverde, was er in het algemeen geen significant verschil tussen de medische prestaties van deze groep en de groep van niet-leden van de A.A.G.P.

Een duidelijk verschil tussen de Amerikaanse en Nederlandse toestanden openbaart zich bij de relatie huisarts-ziekenhuis.

Van de 94 bovengenoemde artsen hadden er 84 op enigerlei wijze een binding met een ziekenhuis, waarvan er 7, die van hun privileges in het ziekenhuis geen gebruik maakten. Slechts 17 artsen waren dus „inactief" wat betreft een ziekenhuis relatie, 12 artsen beoefenden in het ziekenhuis uitsluitend de verloskunde, alle andere namen regelmatig hun patiënten in een ziekenhuis op en behandelden deze daar zelf. Er bleek geen enkele relatie aantoonbaar te zijn tussen de kwaliteit van het werk en het gebruik maken van ziekenhuisfaciliteiten.

Terwijl de voorafgaande kenmerken slechts zelden significante overeenkomsten deden zien met de kwaliteit van het werk, bleek dit anders te zijn bij het effect van de groepspraktijk: 24 van de 94

artsen namen deel aan een groepspraktijk en hierbij bleek:

1 Volgens het kwalitatieve beoordelingssysteem werden de artsen uit een groepspraktijk gewaardeerd met 3,4 de andere artsen met 2,5. Dit verschil was statistisch significant.
2 De artsen uit een groepspraktijk maakten beter ziekteverslagen dan de andere artsen. Ook hier was het verschil significant.
3 De artsen van de groepspraktijken hadden een langere tijd als assistent of coassistent gewerkt dan hun collegae. (6,3 tegenover 3,7 maanden). Ook dit verschil was statistisch significant.

Deze gevonden verschillen kunnen verschillende betekenis hebben. Ten eerste kan het werken in een groepspraktijk een gunstige invloed hebben op de kwaliteit van het werk. Maar ook is het mogelijk dat vooral de artsen, die als goed gekwalificeerd staan, zich in een groepspraktijk verenigen. Schrijvers geven de voorkeur aan de laatste verklaring.
Wat de huisvesting van de praktijk betreft, bleek ongeveer 1/3 niet te voldoen aan de eisen welke aan het uiterlijk van een praktijk gesteld mogen worden (vuil, niet onderhouden, kapot meubilair enz.). 1/5 van de praktijken was slechts via een trap te bereiken, wat voor sommige patiënten een inconveniënt betekende.
De helft van de artsen had naast de spreekkamer nog een onderzoekkamer. Sommige artsen hadden meer onderzoekkamers, waarbij een verpleegster in de ene kamer kon zorgen voor het ontkleden, terwijl de arts in de andere kamer met een andere patiënt bezig was.
Over het algemeen leverden de artsen, die een dergelijke accommodatie voor hun patiënten geschapen hadden beter werk dan de anderen.
Maar in een enkel geval frappeert juist het tegenovergestelde.
Een bepaalde arts met verschillende onderzoekkamers werkte hierdoor zeer efficiënt wat betreft de tijd, welke aan iedere patiënt besteed behoefde te worden, maar hierdoor werd de kwaliteit van het medisch werk zeer laag. Vijfendertig artsen hadden een aparte laboratoriumruimte.

Van de 94 artsen hadden:

89 een microscoop
87 een ijskast
56 een centrifuge
40 een elektrocardiograaf
33 een apparaat ter bepaling van het basale metabolisme
25 een colorimeter
40 een röntgenapparaat met of zonder een doorlichtingsapparaat
12 alleen een doorlichtingsapparaat.

Er bleek een positieve relatie te zijn tussen het aantal van deze apparaten, dat de arts in zijn bezit had en de kwaliteit van het werk, hoewel er geen statistisch significante verschillen bestonden tussen de medische resultaten van artsen die al of niet een röntgenapparaat bezaten.
Hoewel het niet de opzet van deze studie was om dit te bekijken, bleek wel, dat het bezit van de meeste van deze apparaten economisch geen enkel voordeel opleverde, maar meestal een sterke belasting van het budget van de arts betekende. „Deze apparaten kwamen er op de duur niet uit."

Over het hulppersoneel schrijven de auteurs:

„The more responsibilities and duties a physician delegate to ancillary personal, the more time he should have to devote to actual patient care. Group practices are probably in a better position to hire trained assistents and to provide enough work to justify the salaries of these assistants".

Slechts 3 van de 94 artsen hadden geen enkele hulp in hun praktijk; sommige hadden een parttime hulp, maar de meeste artsen hadden een of twee hulpen in hun praktijk.
Hoewel veel artsen een gediplomeerde verpleegster in dienst hadden, gaven de meesten toe, dat het meeste wat deze zusters verrichtten waarschijnlijk even goed door een niet gediplomeerde hulpkracht verricht zou kunnen worden. Zeventien artsen hadden een analiste in dienst.

Schrijvers zeggen tenslotte:

„Though imperfect indicators, the doctor's workshop and the people and equipment in it tell something of how well medicine is practiced. The presence in a practice of a technologist, a well equiped laboratory and efficient organization probably reflect the doctor's interest in and understanding of medicine and what he regards as important to its practice. The physician provides himself with the things he feels he needs for practice; personal, equipment and an attractive office cannot make him a good physician."

Na nog de maatschappelijke afkomst van de geënquêteerde artsen en de niet medische activiteiten aan een onderzoek onderworpen te hebben, geven schrijvers een beschouwing over de werkuren van de geënquêteerde artsen. Hierbij werden de nacht- en zondagsvisites, welke zich meestal aan de waarneming van de schrijvers onttrokken, buiten beschouwing gelaten. De kortste werkdag was 3 uur, de langste 16 uur, het gemiddelde lag op 9,3 uur per dag. Er was een verband tussen het aantal werkuren en het inkomen, wat blijkt uit onderstaande tabel:

werkuren	aantal artsen	netto inkomen in $
5 of minder	6	9.600
6—8	23	13.800
9—11	35	16.400
12—14	15	18.200
15 of meer	2	27.500

Zestien artsen hielden ook een spreekuur op zondag, 63 ook op zaterdagmiddag, wat grotendeels samenhing met de aard van de bevolking (de landelijke

Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

The child under schoolage (a fieldstudy in general practice).
Sorsby, M. (1957) Med. Off. 97,319.
De schrijver, huisarts in Londen, trachtte een verband te vinden tussen de gezondheidstoestand van kinderen en hun omgeving. Hiertoe onderzocht hij uit zijn praktijk een aantal kinderen, die een half tot vijf jaar oud waren. Hij vergeleek hun gezondheidstoestand met de toestand van hun woning en met de houding van de ouders, in het bijzonder die van de vader, ten opzichte van het kind. Bij de kinderen werd in het bijzonder gelet op de algemene gezondheidstoestand, de psychische ontwikkeling, het voorkomen van enuresis en stotteren en op het doorgemaakt hebben van infectieziekten. Deze gegevens werden in cijfers gewaardeerd en in drie groepen, namelijk „poor", „average" en „good", gerangschikt. De conclusie, die de schrijver uit dit onderzoek meent te kunnen trekken, is dat de „goede" kinderen in de regel uit „goede" huizen stammen en „slechte" woningen geen „goede" kinderen leveren. Tussen de woning en het voorkomen van infectieziekten kon hij geen correlatie aantonen. Opvallend was echter wel, dat de „goede" kinderen weinig of geen last hadden van otitis media, terwijl de andere kinderen vaak een of meer aanvallen van otitis media in de anamnese hadden.
(Opmerking van de referent: op dit artikel is nogal wat kritiek te leveren. Zo is, wat de schrijver trouwens ook zelf reeds opmerkt, het aantal onderzochte gevallen (48) te klein om er conclusies uit te trekken. Verder vond de rangschikking grotendeels volgens subjectieve criteria plaats. Aangezien echter hierover nog vrijwel geen literatuur bestaat, is een groter opgezet onderzoek (door het N.H.G.?) zeer gewenst. Mogelijk kan het gerefereerde artikel hiervoor als uitgangspunt dienen).

J. G. Antvelink

Relationship of the bloodpressure to weight, height and body build in apparently healthy subjects, 65—106 years of age.
Master, A. M. en R. P. Lasser (1958) Amer. J. med. Sci. 235, 266.
Hoewel er vele onderzoekingen zijn gedaan over het verband tussen bloeddruk, lengte en gewicht, zijn er over deze relatie bij mensen boven 65 jaar geen gegevens gepubliceerd. Uit onderzoekingen bij mensen onder de 65 jaar was gebleken, dat zowel bij mannen als bij vrouwen de diastolische druk hoger werd bij toenemend gewicht, dat een hoger gewicht gepaard ging met een hogere mortaliteit en dat er een constante stijging was van het gemiddelde gewicht bij het ouder worden. Reeds eerder stelden de schrijvers vast, dat vrouwen boven de 65 jaar een iets hogere systolische bloeddruk hadden dan mannen van die leeftijd, maar dat de diastolische druk vrijwel even hoog was. Verder hadden zij gevonden dat na het 65e jaar de diastolische druk niet hoger werd en dat de systolische na het 70e jaar niet meer steeg.
De gegevens voor deze studie werden verkregen door middel van een enquête onder een groot aantal artsen en betroffen 2922 mannen en 2690 vrouwen, die kennelijk gezond waren. Dit aantal bleek voldoende om deze groep als representatief voor de blanke bevolking van de Verenigde Staten te beschouwen. Mannen, korter dan 65 inches (1,65 meter) en vrouwen onder 61 inches (1,55 meter) werd geclassificeerd als „kort", boven 70, respectievelijk 66 inches (1,78 meter, respectievelijk 1,68 meter) als „lang", daartussen als „middelmatig". Van elke lengtegroep werd het gemiddelde gewicht bepaald. Voor mannen was dit in de groep „kort" 65,4 kilogram, in de middengroep 70,4 kilogram en in de groep „lang" 77,6 kilogram. Voor vrouwen waren deze getallen 57,7, 62,2 en 69.0 kilogram. Meer dan tien procent onder dit gemiddelde werd beschouwd als ondergewicht, tus-

---

vervolg van pag. 35

bevolking, welke op zaterdagmiddag naar de stad komt).
Vijfendertig artsen pasten een afspraaksysteem toe, waarvan 17 volledig en 16 niet-volledig. Het bleek, dat er een statistisch significant verschil bestond tussen de kwaliteit van het werk van de artsen die een afspraaksysteem wel of niet toepasten.
In het laatste hoofdstuk geven de auteurs een overzicht over het patiëntenmateriaal en de ziekten, welke onder behandeling komen, in de trant van de onderzoekingen zoals deze in Nederland door Hogerzeil[6] en in Engeland door Logan[7] gepubliceerd zijn.
Hoewel in het hierboven beschreven artikel een duidelijk verschil naar voren komt tussen de Amerikaanse en de Nederlandse huisartsenpraktijk, zijn veel van de beschouwingen, welke de schrijvers aan hun onderzoekingen verbinden en waarvan in bovenstaande een gedeelte is overgenomen, mutatis mutandis ook van toepassing op de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Hoewel door verschillende onderzoekers hier in Nederland al eerder pogingen zijn gedaan om bepaalde correlaties uit de huisartsenpraktijk naar voren te brengen, ligt hier nog een uitgebreid veld voor onderzoekingen braak. Wellicht, dat het onderzoek, dat momenteel onder auspiciën van T.N.O. en onder leiding van collega Y. van der Wielen, wordt uitgevoerd, ook al is de doelstelling niet geheel idendiek aan die van bovenvermeld onderzoek, toch enig licht op de hier bestaande problemen zal kunnen werpen.

LITERATUUR

1. Collings, J. S. (1950) Lancet I, 555.
2. Hadfield, S. J., (1953) Brit. Med. J. II, 683.
3. Taylor S., Good general practice, (1954) Oxford University Press.
4. Cate, R. S. ten, (1954) Medisch Contact, 9, 782.
5. Quierido, A. en Kreger W. E., (1952). T. Soc. Geneesk. 30, 85.
6. Hogerzeil, H. H. W., Resultaten in een huisartsenpraktijk, (1954). Erven J. J. Tijl N.V., Zwolle.
7. Logan, W. P. D., General Practitioners' Record (1953), Studies on medical and population subjects, no 7. London: Her Majesty's Stationery Office.