

## N.H.G. Quo Vadis? (3)

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Zoals in het voorgaande artikel is aangekondigd zullen thans de „deeltaken” van de huisarts, zoals zij door de conferentie van Woudschoten zijn geformuleerd, aan een nadere bespreking worden onderworpen. De lezer zal zich herinneren dat met deeltaken bedoeld wordt: die taken waarvoor de huisarts zich gesteld ziet in het dagelijks contact met zijn patiënten. Het uitgangspunt in deze was voor de conferentie de praktijkanalyse, die *Buma* bij tien leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap had verricht. De bespreking van de resultaten hiervan leidde tot de opsomming van een twaalfstal taken, die thans punt voor punt aan de orde zullen worden gesteld. Het commentaar dat hierbij wordt gegeven zal — evenals dat van het vorige artikel — onvermijdelijk een enigszins persoonlijk karakter dragen.

I Als eerste taak werd genoemd: *primaire hulp* in de ruimste zin ook bij psychische traumata.

In de oorspronkelijke formulering werd gesproken over „eerste hulp”. Daar dit associaties wekte met E.H.B.O. en kon suggereren dat na de hulp van de huisarts later altijd meer deskundige hulp door anderen nodig zou zijn, is deze formulering — in overeenstemming met de geest van de conferentie — gewijzigd in *primaire hulp*. De conferentie dacht namelijk niet alleen aan hulp bij ongevallen, maar evenzeer aan hulp bij acute ziekten en bij verergering van chronische ziekten, aan hulp bij acute, psychische en sociale stoornissen. De gedachten gingen hierbij dus ook uit naar emotionele schokken, zoals deze zich bijvoorbeeld voordoen bij sterfgevallen in het gezin en bij maatschappelijke catastrofes. Het is iedere huisarts bekend hoe dikwijls in dergelijke gevallen een beroep op hem wordt gedaan. Het is hem evenzeer bekend dat hier een dankbare, maar ook zeer moeilijke taak voor hem ligt. Spoedeisende gevallen, die het normale dagprogramma of de rusttijd verstoren zijn niet alleen tijdrovend, maar werken ook irriterend door de inbreuk die zij op de plannen van de huisarts maken. De neiging om zich aan deze deeltaak te onttrekken, die hier en daar — met name in de grote steden — merkbaar is, is dus wel begrijpelijk. Dit neemt echter niet weg dat dit onderdeel een wezenlijk bestanddeel van de taak van de huisarts, juist ook als gezinsarts, uitmaakt. Deze deeltaak wordt dan ook niet voor niets het eerst genoemd.

De betekenis van de term „primaire hulp” is echter nog ruimer te verstaan dan alleen voor spoedeisen-

de gevallen. Bij elke stoornis in de gezondheid doet de patiënt vrijwel altijd het eerst een beroep op zijn huisarts. Hij doet daarbij eigenlijk altijd een beroep om hulp en wil bovendien liefst zo spoedig mogelijk worden geholpen. Een specialist kan de patiënt meestal laten komen op een tijd en een plaats, die hem, de specialist, schikt. Hij kan dan eerst, zonder zich bij wijze van spreken tot iets verplicht te voelen, rustig een objectief onderzoek instellen, waarmee soms wel enige weken kunnen zijn gemeoid. Van de huisarts wordt over het algemeen door de patiënt verwacht dat hij direct zal helpen. In antwoord op deze verwachting en deze behoefte van de patiënt is de huisarts over het algemeen ook geneigd zo spoedig mogelijk te helpen. Naar de mening van schrijver dezes is de ware huisarts dan ook gekenmerkt door een primair therapeutische instelling. Hoe goed en hoe verheugend deze instelling, deze bereidheid tot helpen ook moge zijn, toch herbergt deze houding ook een gevaar in zich. Het gevaar namelijk van het kiezen van de kortste en gemakkelijkste weg bij de tegemoetkoming aan de verlangens van de patiënt; het gevaar van het behandelen van symptomen en klachten zonder zich voldoende rekenschap te geven van de betekenis en de achtergrond van deze klachten; het gevaar bijvoorbeeld van het geruststellen, voordat men er zich van heeft overtuigd dat geruststelling in het onderhavige geval niet alleen verantwoord, maar ook geïndiceerd is.

II *Somatisch onderzoek* wordt genoemd als de tweede taak, waarvoor de huisarts door zijn patiënten wordt gesteld. Het is duidelijk dat dit oeroude onderdeel, evenals in het verleden, uitgangspunt zal moeten blijven. Men roept de hulp van de huisarts meestal pas in, wanneer er somatische stoornissen of klachten bestaan. Met deze klachten gaat men naar de huisarts en men verwacht van hem dat hij deze allereerst op hun somatische merites zal beoordelen. Alleen al op deze grond zal het somatisch onderzoek — zeker althans voorlopig — centraal blijven in het werk van de huisarts. Afgezien van deze verwachting van de patiënt zal de huisarts van zijn kant het somatisch onderzoek nooit kunnen missen voor zijn oordeelsvorming. Bovendien kan dit onderzoek, door het karakter van inwijding in de geheimen van het lichaam van de patiënt een diepe vertrouwensband scheppen.

Het somatisch onderzoek van de huisarts heeft zijn eigenaardigheden en zijn eigen moeilijkheden. Het

is voor de huisarts ondoenlijk, gezien het grote aantal patiënten dat dagelijks zijn hulp inroept, ieder van hen aan een algeheel, laat staan grondig onderzoek te onderwerpen. Dit is, gelet op de aard van de klachten en de symptomen, meestal ook niet nodig; het wordt trouwens dikwijls door de patiënt niet verwacht of zelfs niet gewenst. De huisarts kent zijn patiënten bovendien reeds van vroeger. In tal van gevallen kan hij daarom volstaan met een plaatselijk (bijvoorbeeld bij cerumen, bij een wond) of een gericht onderzoek (bijvoorbeeld blaasklachten - urineonderzoek). Pas wanneer dit plaatselijke of gerichte onderzoek onvoldoende verklaring oplevert voor de klachten en symptomen zal de huisarts in het algemeen tot een uitgebreider onderzoek besluiten.

Bij de meeste specialismen ligt dit heel anders. Een internist zal zich bijvoorbeeld bij buikklachten niet primair bepalen tot een onderzoek van de buik. De specialist begint in het algemeen — een enkele uitzondering als de chirurg daargelaten — met een standaard routine-onderzoek, dat zijn gehele gebied bestrijkt. Het specialistisch onderzoek krijgt, vergeleken met vroeger, hoe langer hoe meer een systematisch en dikwijls „multiplescreening” karakter. Men kan — en hoort dan ook — soms spreken van een „door de molen draaien” van de patiënt, van een proces van systematisch zeven, waarbij dan, om tot de juiste diagnose te geraken, wordt gekeken naar datgene wat op de zeef is blijven hangen. In tegenstelling hiermede draagt het onderzoek van de huisarts veel meer het oude „klinische” karakter, waarbij wordt gepoogd met zo weinig mogelijk hulpmiddelen en zo min mogelijk omhaal rechtstreeks tot een „werkdiagnose” te geraken. De huisarts begint — temeer waar hij de patiënt van vroeger kent — dus in de regel niet met een algemeen oriënterend, maar met een gericht onderzoek. Richtsnoer daarbij zijn meestal de klachten van de patiënt. Het is daarom de vraag of bij het opsommen van de deeltaken van de huisarts niet de anamnese vóór het somatisch onderzoek had moeten worden genoemd. Dit is immers het belangrijkste kompas waarop de huisarts vaart. De anamnese wordt wel genoemd bij het volgende punt.

Het is duidelijk dat deze — in de ouderwetse zin — zuiver „klinische” handelwijze van de huisarts zijn charmes heeft, maar daarnaast grote gevaren met zich meebrengt. Het stelt hoge eisen aan de klinische blik en aan de parate differentiële-diagnostische kennis van de huisarts. Met recht kan hier worden gesproken van een kunst, die een grote kunde vooronderstelt. Het voordeel, de patiënt reeds van vroeger te kennen, kan tot een nadeel worden, wanneer de huisarts ten onrechte meent de patiënt voldoende te kennen, wanneer hij niet open en inquisitief genoeg, of wanneer hij vooringenomen is zonder zich dit bewust te zijn.

De huisarts zal altijd bereid moeten blijven, zijn diagnoses — die dikwijls slechts „snap diagnoses” zijn — te herzien en hij zal zich hun beperkte waarde voortdurend bewust moeten zijn. Hij zal een

voortdurende wetenschappelijke twijfelzin moeten onderhouden, zonder daarbij een onzekere indruk op zijn patiënt te maken. Hij zal in het continuerend contact met zijn patiënten altijd alles relatief moeten blijven bezien en voortdurend moeten streven naar een toetsing en bevestiging van zijn diagnoses door herhaald en completerend onderzoek. Dit vereist een soepelheid van geest, gecombineerd met praktische zin. Sommige patiënten (bijvoorbeeld waar de diagnose niet dadelijk duidelijk is) zal hij primair aan een algemeen onderzoek moeten onderwerpen, sommigen grondig, anderen vluchtig, sommigen partieel en anderen gefractioneerd. Daarbij moet de huisarts woekeren met zijn tijd en zijn patiënten geen onnodige overlast aandoen. Hij moet voortdurend werken tussen onvoldoende en teveel onderzoek. Hij moet zich telkens afvragen of het verantwoord is alleen op eigen kompas te varen of dat het nodig is een specialist te consulteren. Kortom, ook op dit terrein van het somatisch onderzoek liggen tal van mogelijkheden en moeilijkheden, die hoge eisen stellen, niet alleen aan de kennis en kunde, maar ook aan het verantwoordelijkheidsgevoel en de innerlijke zekerheid van de huisarts.

III *Psychisch onderzoek en milieu onderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek essentieel is.* Deze formulering doet op het eerste gezicht wat vreemd aan. Er wordt in de deeltaken op deze wijze een scherpe scheiding gemaakt tussen somatisch enerzijds en psychisch en sociaal anderzijds. De conferentie was zich wel bewust dat deze drie voor de huisarts bijeen horen, maar heeft deze derde deeltaak toch als een afzonderlijk punt geaccepteerd, omdat zij nadruk wilde leggen op het grote belang van psychisch onderzoek en milieu onderzoek voor de huisarts. Het is immers duidelijk dat juist hier grote tekorten liggen in zijn kennis en vaardigheid. Vandaar ook dat gespreks- en anamnesetechniek met naam worden genoemd. Ook hieraan schort het de huisarts. Hij heeft over het algemeen weinig moeite met de techniek van het somatisch onderzoek, maar voornamelijk moeite, de energie en de wilskracht op te brengen om deze techniek geregeld toe te passen. Het mankeert hem echter aan techniek voor psychisch onderzoek en milieu onderzoek, daar hij hierin niet beroepsmatig is getraind. De conferentie achtte deze lacune van dusdanig belang dat dit derde punt als een aparte deeltaak is gepousseerd.

In het vorige artikel is gesteld dat de essentie van het beroep van de huisarts ligt in het omgaan met patiënten. Hiertoe is voor alles persoonlijkheidskennis nodig, kennis niet alleen van het soma, maar ook van de psyche, gezien tegen de achtergrond van het natuurlijk milieu van de patiënt. Het is thans voldoende bekend dat de oorzaken der klachten van de patiënten van de huisarts vaak uit de psycho-sociale sfeer stammen en op emotioneel gebied liggen. Voor een goede behandeling zal het dikwijls nodig zijn deze oorzaken op te sporen. Om dit te kunnen doen zal de huisarts moeten leren

psychisch onderzoek en milieu onderzoek te verrichten. Wil hij de klachten van zijn patiënten kunnen verstaan en interpreteren, dan zal hij eerst deze patiënten zelf moeten kunnen verstaan. Hij zal hun persoonlijkheidsopbouw, hun motieven en hun emotionele wereld moeten kunnen peilen. Een goede gespreks- en anamnesetechniek zijn daarbij onmisbaar. Terecht wees Buma op het vreemde van de situatie dat elke maatschappelijke werkster hierin beter wordt opgeleid dan de arts. Is dit gebrek aan scholing een gemis voor iedere arts, voor de huisarts geldt dit in zeer bijzondere mate, omdat hij zoveel te maken heeft met stoornissen in het psychische en sociale vlak.

Met kennis en techniek zal de huisarts echter niet kunnen volstaan, zeker niet wanneer het om behandeling gaat, om het bereiken van wijzigingen in de reacties van zijn patiënten. De huisarts staat daarvoor te dicht bij zijn patiënten, hij heeft met hen een betrekkelijk nauwe, persoonlijke relatie. Het is onmogelijk om zichzelf als partner in deze persoonlijke relatie buiten beschouwing te laten. Om de relaties met zijn patiënten vruchtbaar te kunnen blijven hanteren zal een bewustwording van zijn eigen emotionele wereld evenzeer noodzakelijk zijn. In „Huisarts en Opleiding II” is, refererend aan Querido reeds gewezen op de noodzaak van een emotionele vorming van de huisarts zelf.

IV *Registratie en beheer van alle medische gegevens.* De huisarts is degene die de medische levensgeschiedenis van zijn patiënten het best kan volgen. Hij zal uit deze gunstige positie alleen dan voldoende profijt voor zijn patiënten kunnen trekken, wanneer hij nauwkeurig aantekening houdt, niet slechts van zijn eigen bevindingen, maar ook van die van specialisten en andere instanties. Daar alle medische gegevens als regel bij de huisarts samenkomen beschikt deze over een sleutelpositie, zowel tegenover de patiënt en zijn gezin, als tegenover de medische en para-medische buitenwereld, die informatie nodig heeft. Het behoeft geen betoog dat dit kostbare informatiemateriaal grote verplichtingen aan de huisarts oplegt. De gegevens die hij krijgt zijn dikwijls van vertrouwelijke aard en vallen natuurlijk geheel onder het beroepsgeheim. Om er een nuttig gebruik van te kunnen maken is de huisarts echter wel gedwongen om ze voor zichzelf vast te leggen. Zij blijven echter het geestelijk eigendom van de patiënt. De huisarts mag ze alleen ten nutte van zijn patiënten gebruiken en nimmer tot hun nadeel.

Het beheer van deze gegevens is dus een delicate en verantwoordelijke taak. Hoe delicaat deze taak soms moge zijn, de huisarts is ook niet verantwoord wanneer hij deze schat (in zijn geheugen) begraaft. De parabel van de talenten is hierop, naar 's schrijvers mening, volledig van toepassing. Het wordt van de huisarts verwacht, dat hij woekert met het geleende, hem toevertrouwde, bezit. Het is niet voldoende dat hij zorgt, dat het bezit niet verloren gaat (dus het registreert en vastlegt), hij moet het

ook gebruiken (zijn kennis toepassen ten aanzien van de patiënt), en het vermeederen (zelf nieuwe gegevens toevoegen, uitlenen aan specialisten en met rente terugkrijgen). Dan zal zijn beloning ook niet uitblijven. Het woekeren met zijn schat zal hem in staat stellen, de hem dan toekomende sleutelpositie in te nemen in het medische en sociale teamwork. Hij zal dan met recht de centrale figuur in de gezondheidszorg kunnen zijn en blijven. Met zijn schat van gegevens zal hij tevens de huisartsengeneeskunst tot ontwikkeling kunnen brengen en kunnen opheffen uit de sfeer van de casuïstiek. Om het bezit niet verloren te doen gaan en om de rente zo hoog mogelijk op te voeren zullen de voornaamste gegevens bij verandering van huisarts mee moeten verhuizen. Het Genootschap kan met voldoening constateren dat in deze door de Studiegroep Praktijkvoering reeds baanbrekend werk is verricht door de standaardisering van de werkkaart. In de wetenschappelijke bewerking van de gegevens zal in de toekomst echter nog zeer veel moeten worden verzet.

V *„Differentiatie van de patiënten in twee groepen, namelijk in een groep waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een groep die een afzonderlijke behandeling vereist door het gecompliceerde van hun bijzondere problematiek.”*

Zo luidt de formulering van de vijfde deeltaak, die wat simplistisch is uitgevallen. Buma had, in de hem eigen terminologie, gesproken van „selectie en kanalisatie van de patiëntenstroom”. Hij had bij zijn analyse een aantal fracties in deze stroom onderscheiden:

- a die patiënten, die de huisarts onmiddellijk en afdoende kan helpen, bijvoorbeeld door een recept, door een simpele verrichting (onderzoek, verband, oor uitspuiten) of door een eenvoudig advies, of door verwijzing naar een specialist (bij brekings-anomalie en dergelijke). Voor een belangrijk gedeelte zijn dit dus wat de Engelsen de „minor ailments” noemen. Buma had in deze groep ook de preventief bedoelde routinekeuringen van zwangeren en zuigelingen, benevens de vaccinaties opgenomen. Naar de mening van de schrijver dezes vormen de laatst genoemde categorieën eigenlijk aparte („preventieve”) groepen, met eigen, specifieke problemen, die een andere instelling van de huisarts vragen en die daarom misschien beter op aparte spreekuren kunnen worden behandeld. Buma's grote, eerste fractie besloeg ongeveer de helft van alle verrichtingen van de huisarts;
- b als tweede fractie noemde hij de „vaste klanten” van de huisarts, dat wil zeggen die mensen, die wegens bestaande chronische afwijkingen toezicht, controle of langdurige behandeling behoeven (diabetes, perniciëuse anemie en dergelijke). Deze fractie eiste ongeveer 15

procent van de verrichtingen van de huisarts;

- c een veel kleinere fractie (ongeveer 5 procent) werd gevormd door die patiënten, die wegens het optreden van een nieuwe klacht een grondig onderzoek vereisten, al of niet gecombineerd met een gesprek;
- d iets groter was de fractie die als gevolg van nieuwe of oude problemen van persoonlijke aard, of door problemen in het gezin of het werk behoefte hadden aan een rustig gesprek. Naar Buma's mening eisen de fracties c en d dat voor hen op afgesproken uren rustig tijd wordt gereserveerd;
- e als laatste fractie noemde Buma diegenen die stamden uit „probleemgezinnen”. De frequentie hiervan in de bevolking schatte hij op slechts 1 tot 2 procent, maar zij zouden 15 tot 20 procent van de verrichtingen van de huisarts opeisen. Buma had hen als een aparte fractie onderscheiden, omdat hij meende dat zij door de gecompliceerdheid van hun gezinsproblematiek nauwelijks in aanmerking kwamen voor individuele benadering, maar het prototype vormden van de kandidaten voor teamsgewijs onderzoek.

Het komt mij voor, dat de indeling van Buma grote verdiensten heeft, maar hier en daar wat willekeurig lijkt. Het is niet geheel duidelijk wat zijn criteria zijn geweest. De groep a is zeer heterogeen. Wanneer het criterium eenmaligheid van de verrichtingen is, vallen, zoals gezegd, bijvoorbeeld zwangerencontroles en zuigelingencontroles en dergelijke hier buiten. Is het criterium de routinematigheid, waarmee deze patiënten kunnen worden behandeld, dan kan men dit criterium even goed van toepassing achten op een groot gedeelte van groep b, zoals bijvoorbeeld controles van diabetici en van lijders aan pernicioze anemie, aan hart- en vaatziekten en dergelijke. De grens tussen de groepen c en d en tussen de groepen d en e is arbitrair en zal in de praktijk dikwijls moeilijk zijn te bepalen.

De gedachtengang van Buma wordt wat duidelijker, wanneer we zien welke consequenties voor de organisatie van de huispraktijk hij op grond van deze indeling trekt. Hij noemt dan drie dingen:

- 1 dat ruim de helft van de patiënten (groep a) routinematig tijdens visites en spreekuren (bij voorkeur ook afspraak-spreekuren) kan worden verzorgd;
- 2 dat ongeveer 20 procent van het aantal patiënten (groep b plus c) afgesproken uren voor uitgebreid onderzoek en/of een rustig gesprek vraagt;
- 3 dat 20 tot 25 procent (groep d plus e) op zijn

minst een eenmalig uitvoerig onderzoek door een team vereist, waarin, naast de huisarts, de psychiater, de psycholoog en de maatschappelijke werkster een vaste plaats moeten hebben.

De achtergrond van de indeling van Buma wordt nu wat duidelijker. Zijn consequenties voor de organisatie van de praktijk zullen echter niet door iedereen voetstoots worden aangenomen. Men zou in de eerste plaats kunnen zeggen dat de, in het derde punt bedoelde teams, op het ogenblik voor praktisch alle huisartsen onbereikbaar zijn. Dit derde punt is dus voorlopig slechts van theoretisch belang.

Wat het tweede punt betreft: zonder twijfel heeft een gedeelte van de patiënten behoefte aan reservering van tijd van de huisarts voor grondig onderzoek en rustige gesprekken. Schrijver dezes zou hieronder wel groep c (de kandidaten voor uitgebreid onderzoek) willen rekenen, maar niet graag groep b, daar deze „chronische patiënten”, even goed als groep a, min of meer routine-matig kunnen worden geholpen. In plaats van aan b zou hij aan c groep d (de kandidaten voor een rustig gesprek) en, op praktische gronden, voorlopig groep e (de probleemgezinnen) willen toevoegen; de laatste zoveel mogelijk in samenwerking met andere deskundigen als wijkverpleegsters, maatschappelijke werksters, sociale hulpdiensten, geestelijken enzovoort.

Hoe dit alles ook zij, de conferentie van Woudschoten heeft zich ertoe beperkt slechts een indeling te maken in twee groepen. Een groep waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een groep die een afzonderlijke behandeling vergt door het gecompliceerde van hun bijzondere problematiek. Dat is de grote lijn die is aangegeven. Het is duidelijk dat deze vijfde „deeltaak” in de toekomst nog een nadere uitwerking behoeft. Ook in de grote sector van de patiënten, die binnen een dagelijkse routine kunnen worden geholpen, valt bijvoorbeeld een nadere differentiatie te maken. Men zou bijvoorbeeld kunnen denken aan een handhaven van een „vrij” spreekuur voor de afhandeling van al die kleine problemen, die direct duidelijk zijn en in een of hoogstens enkele keren kunnen worden opgelost. Voor de rest van deze sector zou men (afspraak)sprekuren kunnen organiseren, waarbij men tot de indeling van een aantal groepen zou kunnen komen, die eenzelfde instelling vereisen. Men zou bijvoorbeeld kunnen denken niet alleen aan spreekuren voor zwangeren, zuigelingen, kleuters en vaccinaties, maar ook voor ongevals-nabehandeling, diabetes, hypertensie, hartziekten, ziekenhuis-nazorg, bejaarden en dergelijke. Juist het telkens moeten omschakelen in aard van problematiek van patiënt tot patiënt maakt het thans gangbare spreekuur van de huisarts zo veeleisend en vermoeiend, terwijl het falen in deze omschakeling tot onverantwoorde vervlaking leidt. Bij een dergelijke indeling zou de huisarts gerichter, dus waarschijnlijk beter kunnen werken.

In het bovenstaande zijn organisatorische kwesties

aangesneden. Er zijn in het Genootschap stemmen opgegaan die deze hele vijfde deeltaak willen beschouwen als een organisatorisch punt, dat naar hun mening eigenlijk niet thuis hoort bij een opsomming van de taken van de huisarts. Om zijn taak naar behoren te vervullen en om zijn patiënten niet tekort te doen, wordt de huisarts echter wel gedwongen tot een zekere organisatie. Deze zal altijd een persoonlijk stempel dragen. Het komt schrijver dezes echter voor dat het voorgestelde onderscheid tussen twee groepen patiënten bij deze organisatie wel een essentieel punt is.

VI *Behandelen van wat door hem behandelbaar is.* Op het eerste gezicht lijkt dit een vanzelfsprekend onderdeel van de taak van de huisarts, waarover weinig valt te zeggen. Bij nadere beschouwing komen er evenwel verschillende punten naar voren, die gedachtenwisseling in het Genootschap wenselijk maken. In N.H.G. Quo Vadis? II is reeds gesproken over een verandering van de inhoud van het begrip „behandeling”, die door de wijziging in de volksgezondheid wordt gevraagd. Er is daar gewezen op een accentverschuiving van cureren, naar voorkómen van en helpen aanpassen aan defecten. De preventieve en revaliderende elementen van de „behandeling” zullen groter dienen te worden, naarmate de moeilijkheid van het curatieve element kleiner wordt.

Verder lijkt bezinning en gedachtenwisseling gewenst over wat door de huisarts behandelbaar is en wat niet. Wie wil men patiënt en wie wil men bedreigd noemen? Wat kan de huisarts alleen, wat kan hij met hulp van anderen en waaraan kan hij beter maar helemaal niet beginnen? Ziehier een aantal

vragen waarover zeker geen gemeenschappelijke mening bestaat. De een zal deze vragen altijd wel wat anders blijven beantwoorden dan de ander. Het persoonlijk element zal zonder twijfel altijd een grote rol blijven spelen. Dit neemt echter niet weg dat het bijzonder nuttig zou kunnen zijn, wanneer de huisartsen zich over deze vragen zelf eens beraadden.

Wat de methodiek der behandeling betreft: in combinatie met de vorige deeltaak zou een beraad hierover misschien kunnen leiden tot een zekere standaardisatie van verantwoorde routinebehandelingen van frequent voorkomende aandoeningen. Thans behandelt iedere huisarts deze aandoeningen op zijn eigen wijze; soms op grond van wat hij eens toevallig heeft gehoord of gelezen, soms op grond van een vooropgezette mening en soms op grond van ervaring door middel van persoonlijke „trial and error”. Deze ervaringen zouden beter kunnen worden uitgewisseld en getoetst in samen opgezette experimenten. Hier ligt ongetwijfeld een belangrijk veld van onderzoek voor het Genootschap. Individuele leden, studiegroepen en de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek zullen hiertoe veel kunnen bijdragen, terwijl het orgaan van het Genootschap een belangrijke functie zal kunnen vervullen bij de communicatie en voorlichting op dit gebied. Het komt schrijver dezes voor dat het niveau van de behandeling door de huisarts door dit alles aanzienlijk zou kunnen worden verhoogd.

Buma, J. T. (1959) De plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg, monografie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

Huygen, F. J. A. (1957) huisarts en wetenschap, 1, 71.

## SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (9)

### *Vóórkomen en voorkómen van koolmonoxydevergiftiging*

DOOR DR. J. R. BORST, INTERNIST TE ENSCHEDE

Koolmonoxyde (CO) ontstaat: bij onvolledige verbranding van kool of koolstofverbindingen, bij reductie van water of metaaloxiden bij hoge temperatuur (watergas), bij het branden van kalk bij aanwezigheid van kool bij hoge temperatuur en bij explosie van methaan en koolstof in mijnen. Koolmonoxyde is reukloos en iets lichter dan lucht, het stijgt dus met de warme lucht in de hoogte. Van belang is, dat het CO en het lichtgas gemakkelijk door aardlagen en stenen muren diffunderen, waarbij het lichtgas de begeleidende reukstoffen verliest en daardoor geheel ongemerkt vergiftigingen op afstand kan veroorzaken.

Het CO is het belangrijkste vergif in bedrijf en huis-

houding en veroorzaakt meer sterfgevallen dan alle andere bedrijfsgiften tezamen. Voor de Verenigde Staten schatte *Martland* in 1934 het aantal dodelijke CO-vergiftigingen op 25.000 per jaar. Vóór 1938 overleden in Duitsland volgens *Mueller* ruim 3.000 personen jaarlijks aan een CO-vergiftiging. Voor Nederland werden in het jaar 1957 253 dodelijk verlopende vergiftigingen opgegeven, waarvan 163 door suicide (lichtgas) en 88 door CO-ongevallen. Het werkelijke aantal dodelijk verlopende CO-vergiftigingen ligt echter veel hoger dan bovengenoemde statistische getallen aangeven. Men zal hier namelijk nog bij op moeten tellen alle dodelijk verlopende CO-myocardinfarcten en alle fataal verlo-