

De psychotherapie in de algemene praktijk zal veelal een combinatie zijn. Wil men enige ordening brengen, zowel diagnostisch als therapeutisch, dan zullen wij nieuwe casuïstische beschrijvingen nodig hebben van juist die gevallen, die niet de polikliniek van een zenuwarts bereiken. Tevens moeten we ons nauwkeurig bezinnen over de empirisch gevonden maatregelen, die toch tot succes plegen te leiden. Er is een apart gebied van de psychiatrie, de psychiatrie van de algemene praktijk, dat nog geheel moet worden ontgonnen. De methoden, die

voor de veel zwaardere neurosen en psychosen zijn ontworpen, schieten in dit gebied over hun doel heen; de theoretische achtergrond is weliswaar hetzelfde, maar de toepassing ervan gaat gebukt onder het klinische verleden.

Wil men de psychotherapie, die de huisarts bedrijft zonder het te weten, wetenschappelijk ordenen, dan zal alleen hijzelf dit kunnen doen, omdat noch de poliklinische en klinische psychiater, noch de psycho-analiticus deze gevallen ontmoet.

## De relatie arts-patiënt

DOOR M. G. VAN NIEUWENHUYZEN, HUISARTS TE HOENSBROEK

Het eerste artikel\* eindigde met een functieomschrijving van de huisarts. Een uitvoerige toelichting van deze omschrijving verscheen in (1959) *huisarts en wetenschap* 3, 12, van de hand van Huygen. Hier werd ook, zij het langs een andere weg gesteld, dat de huisarts zijn bijzondere plaats in de geneeskunst inneemt en blijkbaar zijn eigen geneeskunst heeft.

Wanneer we deze functieomschrijving aanvaarden, is het wel duidelijk dat een arts met een verse bul in zijn hand niet in staat is zijn patiënten in de geest van deze omschrijving tegemoet te treden. Het dragen van verantwoordelijkheid moet nog worden geoefend, voor continue zorg heeft hij geen gelegenheid gehad, voor integrale geneeskunde is hij te fragmentarisch opgevoed, persoonlijke relaties konden zich moeilijk ontwikkelen, individuele mensen hebben zich niet aan hem om hem toevertrouwd en gezinnen heeft hij alleen in zeer specifieke obstetrische situaties meegemaakt. Deze huisartsgeneeskunst is alleen bij de huisarts te leren en zou in de opleiding nog wel wat meer kunnen worden benaderd en voorbereid, tot heil van iedere arts.

De huisarts is geen arts die kennis van de zieke heeft als een som van verschillende fragmenten, maar die van de zieke op een andere wijze afweet. Dat maakt ook dat de huisarts zijn bijzondere relatievorm heeft met de patiënt, waarvan we in het vorige artikel enkele facetten zagen. Hieruit volgt dan ook een andere benaderingswijze van de patiënt in elke nieuwe medische situatie.

Zal bij de specialist, en nog meer bij de superspecialist, een gerichte benadering bestaan, bij de huisarts zal zij primair een ongerichte zijn. Het is op basis van de algemene relatie, dat de huisarts juist een goed startpunt heeft voor dit ongerichte begin. Hoe ongericht dit begin is, hoe beter zich de bijzondere relatie zal ontwikkelen, omdat de huisarts de patiënt gelegenheid laat zich te tonen in zijn eigen wijze van zijn, zoals dat op dat moment in die situatie voor de patiënt relevant is. Wanneer de patiënt

naar een specialist gaat is hij reeds gepreoccupeerd en geforceerd in een bepaalde verschijningsvorm, die slechts ten dele, of in het geheel niet zijn eigen wijze van zijn dekt. De patiënt op weg naar zijn huisarts of op zijn ziekbed wachtend op zijn huisarts, behoeft zich niet beperkt of gedrongen te voelen in een bepaalde facet, maar kan, voor zover hem dat mogelijk is, vrij zijn in zijn naar buiten treden naar de ander, zijn huisarts.

De intentie tot en het daadwerkelijk stellen van het inroepen van de hulp van de huisarts is al een relatiebegin patiënt-huisarts. Dit is tevens een begin van therapeutische actie, zonder dat de huisarts er nog aan te pas kwam. Wetende dat de ander er binnen afzienbare tijd is om te luisteren, mee te voelen, mee te denken, te helpen, is voor de patiënt het begin om de weg naar aanpassing weer te vinden, zich van zijn fixaties te gaan distantieren, zich veiliger te voelen in zijn regressief patroon, zijn overdrachtbehoefte wat vrijer te laten gaan, zijn introversie te verminderen door het komende contact met de ander, enzovoort.

Maar zijnerzijds moet de huisarts zich dan ook goed realiseren, dat de patiënt met een dergelijke houding het contact met hem tegemoet ziet. Daarom kan hij de patiënt alleen met open vizier goed benaderen. Elke gezichtsveldbeperkende spleet van dit vizier kan een groot deel van de mens aan zijn blik onttrekken en de relatie zeer schaden.

Wanneer we het klaarblijkelijke te snel als het oorzakelijke zien, het gevonden symptoom of syndroom te vlug bestempelen als de ziekte van de zieke, lopen we het gevaar een fistelopening mooi te sluiten, maar het aangedane weefsel eronder te vergeten. De gevolgen hiervan blijven dan ook niet uit.

De patiënt geeft ons primair de richting aan en dan gaan we mee in de richting van de patiënt. Dit zal dus vaak een strikt somatische richting zijn, maar als de patiënt iets meer van zichzelf wil brengen, moeten we hem de ruimte laten en niet onderbreken of te snel interpreteren.

Laat ons nu terugkeren tot de patiënt vóór hij bij de huisarts is. Als hij het besluit heeft genomen contact

\* (1959) *huisarts en wetenschap* 3, 34

met zijn huisarts op te nemen, heeft dit als achtergrond dat hij in de knoop is geraakt met zichzelf en/of met zijn milieu (in engere of wijdere zin). Hij heeft met zijn klacht een wijze van zijn, die niet past bij dát zijn wat hij als normaal weet. Hij verlangt weer van een onaangepaste houding een aangepaste te kunnen maken en daarom vraagt hij hulp van de ander, de huisarts. Vaak is er al een poging geweest met een andere (binnen het gezin, groep, werk), maar dit heeft gefaald en deze mislukking doet in hem nog meer behoefte ontstaan aan onze hulp.

Wanneer we wat nauwlettender nagaan welke intentie de patiënt had om onze hulp in te roepen, komt er een rijk geschakeerd patroon van motiveringen naar voren. Er is op dit terrein nog weinig bekend van categorieën en verhoudingen, maar men krijgt toch wel sterk de indruk dat pijn, angst en preventie (in de meest ruime zin) de veelvuldigste drijfveren zijn. Deze motiveringen worden dan gekleurd door: persoonlijkheidsstructuur, gezinsbeeld, groepscultuur en werk.

De pijn is vaak een directe en acute motivering. Door de pijn ontstaat een somatisch functieverlies, maar ook vaak een psychisch en sociaal functieverlies. Dit beleeft de patiënt in zichzelf, in zijn gezin, op zijn werk, in zijn groep. Door dit totaal van beleven ontstaat de behoefte tot directe pijnverlichting, c.q. opheffing van de pijn. Bij de acute, heftige vorm zal de beleving in zichzelf wel de meest sprekende component zijn, alhoewel we toch steeds ervaren dat de omgeving ook hier in meer of mindere mate de intentie tot het consulteren van de arts kleurt en deze omgeving dan ook mede een antwoord van de arts verwacht.

Bij de langzaam sterker wordende of chronische pijn ontstaat de behoefte tot hulp meestal langzamer en speelt bij de patiënt als motivering naast verlichting, c.q. opheffing van de pijn. Bij de acute, heftige teit een rol. Hierdoor is dit soort pijn meer met angst vermengd dan de acute, heftige vorm. De omgeving heeft met deze patiënt met deze pijn langer samengeleefd, en zal daardoor het beleven ook meer gekleurd hebben. Dit soort pijn wordt vaak chronisch van karakter door de angst en het totale beleven.

Het zal duidelijk zijn dat bij de eerste vorm de patiënt duidelijk en snel de richting der relatie zal bepalen, terwijl bij de tweede vorm de arts er goed aan doet zoveel mogelijk alle facetten van het totaal beleven naar voren te laten komen.

De aard, ernst en duur van de pijn zullen mede onze houding als arts bepalen en ons antwoord zal variëren van autoritair/dirigistisch tot bescheiden/adviserend, naar gelang de patiënt in meer of minder grote nood met zijn unieke karakterstructuur aan ons verschijnt.

Angst kan voor de patiënt motivering en contramotivering betekenen. Contramotivering bij de volwassene is vaak de mogelijke ernstige werkelijkheid of de ingebeelde ernstige onwerkelijkheid, waarbij dit zowel op diagnose als therapie betrekking kan hebben. Men kan een ingrijpende operatie vrezende, een

infauste diagnose, een niet van pas komende immobilisatie, zowel voor zichzelf als voor het gezin en voor het werk.

Om van de angst bij kinderen, die weten dat er een contact zal komen met de huisarts, iets te begrijpen, is het toch noodzakelijk om iets van hun psychologie te weten. Vanaf de zesde maand gaat het kind alles wat niet tot zijn directe omgeving behoort, als dreiging ondervinden. Van de kleuter moet men het noncoöperatieve karakter accepteren. Men moet weten welke ouders hun kinderen verstandig voorbereiden en welke van de huisarts een boemanfiguur maken of volkomen onvoorbereid het contact bewerkstelligen. De kinderen van vijf tot zeven jaar kunnen een grote angst voor lichamelijk letsel hebben, de genitaliën spelen hierbij een grote rol. Wanneer men zich niet voldoende realiseert hoe deze patiëntjes zijn voor ze met de huisarts in contact komen, is het mogelijk dat zich een verwrongen, gedissimuleerd beeld presenteert. Juist bij het kind heeft de huisarts het grote voordeel iets van de gezinsstructuur en de gezinsfuncties te weten.

Voor de patiënt is er geen verschil tussen reële en irreële angst. De niet-gerichte andere is alleen maar de juiste persoon aan wie de patiënt zich wil tonen. Bovendien is een uitgesproken angst een begrensde angst. Angst met orgaanspraak wordt niet weggenomen door het orgaan te laten verstommen met een opmerking: „uw . . . (orgaan) is gezond”.

Bovenstaande pretendeert geen voldoende beschouwing van de verschijnselen angst en pijn, maar is alleen gesteld in het raam van de overdenking van de patiënt voor hij in contact komt met zijn huisarts.

Naast de beide motiveringen pijn en angst is het misschien goed ook de preventie te noemen. Door de wijzigingen in de medisch-socio-culturele verhoudingen ontstaat er steeds meer zorg op langere termijn, waarvan de preventie, zo ruim mogelijk gesteld, een belangrijk onderdeel is. Dit wordt steeds een duidelijker factor, die mede de intentie bepaalt waarmee de patiënt de hulp van zijn arts vraagt. In hoeverre de preventie angst in de hand werkt hangt voor een groot deel af van de wijze waarop de gemeenschap en het individu hiervan kennis nemen. Men zou kunnen stellen, dat op basis van de algemene relatie tussen huisarts en patiënt in deze verhouding de minst frustrerende situatie aanwezig is voor de preventie.

Eerder in dit artikel werd gesteld dat de motiveringen werden gekleurd door vier factoren, waarvan als eerste de persoonlijkheidsstructuur. *Draper* en *Touraine* schreven in 1932 reeds: „De hele mens antwoordt op spanning van de hele omgeving, elk onderdeel antwoordt, elk onderdeel is gestempeld met zijn eigen merkteken van die mens. Dit speciale merkteken wordt persoonlijkheid genoemd”. Samengevat zei *Schalij* dat door „neurones sympathiques interstitielles” wordt centrum en periferie één, het organisme wordt één groot actie- en reactiegeheel, dit is de eenheid der persoonlijkheid. *Simmons* en *Wolff* schreven: „het lichaam is de grootste biologische eenheid, het gezin de kleinste sociologische

eenheid, de persoonlijkheid is de schakel". *De Groot* stelde: „de persoonlijkheidsstructuur is niet een statisch, niet een dynamisch geheel van eigenschappen, maar een min of meer harmonisch geïntegreerd dynamisch geheel van gedrags- of reactiepatronen, die het individu kan vertonen in de situatie waarin het wordt geplaatst". Als *Buytendijk* spreekt over een bestaansontwerp kan men dat ook in dit verband plaatsen: „met een bestaansontwerp bedoelen we het in een reeks ondoordachte beslissingen gevormde schema van beginselen en waarderingen, dat aan alle belangrijke gedragingen een gemeenschappelijke richting geeft. Daardoor worden alle ervaren gebeurtenissen, omstandigheden, situaties, maar ook gevoelens en gedachten tot een systeem van betekenissen en bedoelingen samengevoegd, dat met de grondstemming van de persoon onverbreekbaar samenhangt".

Als er over persoonlijkheid wordt gesproken, denken men aan de totale mens als een psycho-socio-somatische eenheid. Deze persoonlijkheid heeft een bepaalde grondstemming, maar wordt voortdurend beïnvloed door de omgeving, is dus steeds in ontwikkeling. Elke situatie mens-omgeving heeft dus iets unieks. Door de grondstemming is er een min of meer harmonisch geïntegreerd reactiepatroon, is er een gemeenschappelijke richting. Naar gelang van de persoonlijkheid van de patiënt zal deze meer of minder onze hulp inroepen. Zijn intentie tot contact met de arts wordt gekleurd door de persoonlijkheidsstructuur. Al naar gelang van deze structuur wordt het defect beleefd en geïnterpreteerd. De ene patiënt voelt zich sneller gestoord in zijn wijze van zijn dan de ander. Hoe minder speling in deze structuur (eigenlijk hoe minder gevoel van vrijheid, hoe neurotischer aanleg) des te eerder is deze mens uit zijn evenwicht.

In de algemene relatie beschikt de huisarts over zoveel kennis betreffende het complexe beeld van reactiepatronen van de patiënt, dat hij vrij snel het defect of de klacht kan plaatsen binnen deze persoonlijkheid. Het kan een groot verschil zijn of patiënt A of patiënt B met eenzelfde klacht of eenzelfde defect het besluit neemt om in contact te komen met zijn arts. A en B zullen een andersoortig verlangen naar hulp hebben en een andersoortig antwoord verwachten. Te weinig weten we nog wat een bepaald defect betekent voor een bepaalde persoonlijkheid in zijn unieke situatie, maar de niet-gerichte huisarts zal hier een dankbaar studieterrain vinden. Misschien is het mogelijk, in navolging van enkele clinici, met rubricering van persoonlijkheidsstructuren ten opzichte van bepaalde defecten toch conclusies te maken die de huisartsengeneeskunst een stukje verder zullen brengen. Dan zou deze facet ook beter kunnen worden medegedeeld.

Als tweede factor, die bepalend is om huisartsenhulp te vragen, noemden we het gezin. Deze kleinste sociologische eenheid staat wel zeer dicht bij de persoonlijkheid en heeft op de ontwikkeling en vorming der persoonlijkheid een niet omstreden grote invloed. Hoe liggen de gezinnen, waar de ouders

van de patiënt uit voortkomen, ten opzichte van elkaar, hoe verhouden de persoonlijkheden der ouders zich tot elkaar, hoe was de voor-huwelijkse tijd, hoe heeft het huwelijk zich ontplooid, hoe is de ouder-kind relatie, hoe is de relatie der kinderen onderling, hoe ligt het voortplantingsprobleem, hoe worden de gezinsleden en woning verzorgd, hoe zit het met het gezinsbudget, wat is de rol ener levensbeschouwing en welke is die levensbeschouwing, hoe wordt de ontspanning beleefd, welke reactiepatronen kunnen we gezinspatronen noemen? Om al deze vragen, en nog wel meer, in onze overwegingen te betrekken zullen we toch meer schematisch het geheel moeten overzien.

In navolging van *Van Es* kan men hier vooral denken aan de gezinsstructuur en de gezinsfuncties. Onder gezinsstructuur wordt dan verstaan: het geheel van door de cultuur genormeerde betrekkingen tussen de leden van het gezin. Deze structuur wordt bepaald door de relatie van de gezinsleden onderling. Deze hangt echter voor een groot deel af van de omringende wereld, de gewoonten en opvattingen en de structuur daarvan. We kunnen hiervoor de typologie van *Ponsioen* gebruiken, die zes ideaaltypes noemt: 1 het patriarchale gezin, met patriarchaal leiden en slaafs volgen; 2 het open gezin in een gesloten samenleving, vooral in kleine dorpsgemeenschappen en achterbuurten van steden; 3 het gesloten gezin in een open samenleving, waar men zich op zich zelf concentreert; 4 het schijngezin, dat zich degelijk, gesloten voor wil doen, maar door inwendige spanningen nogal neurosevormend kan zijn; 5 het kosthuisgezin, waar een ieder zijns weegs gaat en buitenshuis leeft; 6 het open gezin in de open samenleving, niet vijandig tegenover instellingen buiten het gezin, vrije introductie door gezinsleden, kennissenkring wordt belangrijker dan familiekring. Onder gezinsfunctie verstaat *Van Es* het aandeel dat het gezin heeft in de vervulling van de eisen door de cultuur aan de samenlevingsleden gesteld. *Saal* onderscheidt de volgende functies: de sociaal-biologische functie (voortplanting, fysieke verzorging), de sociaal-economische functie (verdiene, consumeren), de sociaal-culturele functie (opvoeding, religie, gezelligheid), de sociaal-psychologische functie (bijvoorbeeld bevrediging der koesteringsdrang).

Met kennis omtrent structuur en functie zal men een gezin beter leren zien en de patiënt, die tot dit gezin behoort, beter verstaan en beter van antwoord kunnen dienen. De patiënt leeft toch met de gedachte dat zijn huisarts zijn gezin kent, alleen al in het licht van de algemene relatie. Wanneer de patiënt de intentie heeft met zijn huisarts contact te hebben, zal kennis der gezinssituatie voor de arts onontbeerlijk zijn om een goede bijzondere relatie te effectueren.

Met de beschouwing van dit kleinste milieu komt vanzelf het wijdere milieu in het gezichtsveld, de woonbuurt of de groep waarbinnen het gezin leeft. *Draper* zei: „Onderzoek van de mens houdt tevens in onderzoek van de omgeving". *Alsted* toonde aan

dat structuurveranderingen ten plattelande, die het platteland meer steedse verhoudingen geeft, significant reflecteerde op het voorkomen van ulcus pepticum. *Boom* beschreef in 1934 een zelfde verschil tussen stad en land. Hoe meer veiligheid een buurt of groep voor een gezin betekent des te minder zal de medische behoefte zijn. Heel duidelijk ligt dit voor het open gezin in een gesloten gemeenschap. Hier is de gemeenschapscultuur bepalend voor de gezinscultuur (en omgekeerd). Maar ook de gesloten gezinnen ondergaan de cultuurinvloeden van de groep waarbinnen ze leven, al is dit leven dan niet identiek met wonen. Juist de huisarts weet hoe gezond zijn, ziek zijn, dood gaan, wordt beleefd binnen deze groep en is in staat zijn patiënt met deze achtergrond te zien. Ook hier geldt weer wat in een ander verband al is gesteld, dat patiënten uit buurt A of B of groep C met eenzelfde klacht, verschillende patiënten zijn, die hun wijze van zijn met hun ziekte anders beleven onder andere door hun verschillende groeps-cultuur. Patiënten A', B', C' zullen dus andere intenties hebben om contact te zoeken met hun arts. In de algemene relatie is deze facet ook een onderdeel van het kennen van de patiënt door de huisarts.

Tenslotte willen we het werkmilieu in deze beschouwing betrekken. Vele onderzoekers hebben gewezen op de „stress”, die door het werk ontstaat. *Davies* en *Wilson* vonden dat verantwoordelijk werk duidelijk meer stresssymptomen gaf (in verband met ulcus pepticum). Hetzelfde meldden *Vertin*, *Doll* en *Avery Jones*, *Alsted* en *Groen*. Vooral angst voor, zorg om en in het werk bleken vrij vaak voor te komen. Hoeveel patiënten ziet de huisarts die met een symptomatische klacht komen als vehiculum om hun zorg over het werk te luchten? Kennis bij de huisarts van de werkomstandigheden zal de patiënt meer vrijheid geven deze problematiek aan zijn huisarts voor te leggen, hem minder nopen schuil te gaan achter symptomen. Gesprekken met inferieuren, superieuren en bedrijfsartsen, zal de huisarts een dieper inzicht geven in het werkmilieu. Waar de huisarts dikwijls ook verschillende van deze superieuren en inferieuren als zijn patiënten kent, zal hij in deze algemene relatie dikwijls veel gegevens hebben over het werkmilieu. Zonder moeilijkheden met het ambtsgeheim heeft de arts dus veel informatie, die hem van veel nut kunnen zijn om de patiënt met zijn klacht in het juiste licht te zien en te antwoorden.

We hebben nagegaan hoe de specifieke plaats van de huisarts ook een specifieke attitude vraagt, namelijk de ongerichte. We hebben ons verdiept in de motiveringen, die de patiënt aanleiding geven om medische hulp te vragen, we hebben besproken welke factoren deze motiveringen beïnvloeden en geconstateerd dat de huisarts zich op deze motiveringen en factoren bezint, dat hij ze even vanzelfsprekend leert hanteren als vele andere zaken, die hij in zijn opleiding heeft verwerkt. Dit alles zal een arts alleen maar tot het zijne kunnen maken in een specifieke opleiding, namelijk bij een huisarts.

- Alsted*, G. (1953) The incidence of peptic ulcer in Denmark. Danish Sc. Press. Copenhagen.
- Boom*, B. K. (1934) T. soc. Geneesk. 12, 211.
- Buytendijk*, F. J. J. Theoretische achtergronden relatie arts-patiënt. Lezing gehouden 2 mei 1959 te Heerlen; wordt elders gepubliceerd.
- Davies*, D. T. en A. T. M. *Wilson* (1937) Lancet II, 1353.
- Doll*, R. en F. *Avery Jones* (1951) Occupational factors in the aetiology of gastric and duodenal ulcers. Medical Research Council. Londen.
- Draper*, G. en G. A. *Touraine* (1932) Arch. intern. Med. 49, 216.
- Es van*, J. C. (1959) Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Diss. Utrecht.
- Groen*, J. (1947) De psychopathogenese van het ulcus ventriculi et duodeni; karakterstructuren en emotionele belevenissen en hun betekenis voor aetiologie en therapie. De Erven F. Bohn N.V. Haarlem.
- Groen*, J. (1953) T. Psychol. 10, 187.
- Ponsioen*, J. A. (1958) Het sociale leven in al zijn facetten. Deel I. Van Gorcum en Comp. Assen.
- Saal*, C. D. (1958) Het boerengezin in Nederland. Diss. Groningen.
- Schalij*, F. A. (1940) Ned. T. Geneesk. 84, 4219.
- Simmons*, L. W. en H. G. *Wolff* (1954) Social Science and medicine. Russel. New York.
- Vertin*, P. G. (1954) Bedrijfs-geneeskundige aspecten van het ulcus pepticum. Diss. Groningen.

#### BOEKBESPREKING

Dr C. W. A. van den Dool. *Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts*. H. E. Stenfert Kroese N.V. Leiden. 1960.

Nu het wel duidelijk is dat een periodiek geneeskundig onderzoek door de huisarts, ook indien dit wenselijk mocht zijn, voorlopig niet tot de praktische mogelijkheden behoort, is het interessant waar te nemen, dat er pogingen worden gedaan om het resultaat, dat een dergelijk onderzoek zou kunnen afwerpen, op een snellere wijze te verkrijgen. Collega van den Dool, huisarts in Stolwijk, heeft getracht uit te maken bij welke patiënten en met welke techniek de meeste afwijkingen zijn te „vangen”, dus welke selectie moet worden toegepast.

Daartoe werd van de volgende methoden gebruik gemaakt: 1 Een urineonderzoek van een zo groot mogelijk aantal inwoners van Stolwijk op glucose, eiwit, erythrocyten en urobilinogeen; 2 een preventief geneeskundig onderzoek van honderd personen vanaf de leeftijd van 45 jaar; 3 een „multiple screening” van personen boven de 15 jaar, gekoppeld aan het periodiek onderzoek op tuberculose. Hierbij werd, na het vervaardigen van een thoraxfoto, het gewicht en de lengte gemeten en de bloeddruk en het hemoglobinegehalte bepaald. In het proefschrift worden de organisatie, de uitvoering en de uitkomsten van deze methoden beschreven.

Interessant voor de huisarts is de conclusie die uit dit onderzoek volgt: „Van alle mogelijkheden, die een huisarts tot zijn beschikking heeft om verborgen chronische ziekten op te sporen, is een goed onderzoek door hem van ieder, die hem consulteert, af en toe uitgebreid met een onderzoek naar die afwijkingen, die bij een preventief geneeskundig onderzoek meestal worden gevonden, wel het meest efficiënt.”

Volgens de schrijver zou dit, bijvoorbeeld om de paar jaar, bij hen die hun huisarts raadplegen moeten zijn: Een hemoglobinebepaling (bij vrouwen vooral beneden 50 jaar en bij mannen vooral boven 50 jaar); een onderzoek van de urine, 1½ uur na een maaltijd geloosd, op glucose en eiwit (bij vrouwen boven 20 jaar en bij mannen boven 40 jaar); een vaginaalonderzoek (zeker omstreeks het 45e jaar); een bepaling van de bloeddruk (vooral boven 40 jaar). Bij jongeren dient vooral op een goede zorg voor het gebit te worden aangedrongen, terwijl bij ouderen vooral tegen vetzucht dient te worden gewaakt.

Het komt mij voor dat reeds door het geven van dergelijke goed gefundeerde adviezen het belang van deze dissertatie voldoende is geschetst.

G. J. Bremer