

het innemen van het medicament toegepast. Bij een lichte somnolentie zullen geen verdere maatregelen noodzakelijk zijn; is de opneming verzorgd, dan kan verder worden afgewacht. Is de slaap dieper, zodat de patiënt niet meer is te wekken, dan verdient het aanbeveling 5 ml Cardiazol intraveneus toe te dienen. De patiënt zal hierop ontwaken, maar daarna eventueel weer indommelen. Ook kan 50 mg bemegride intraveneus worden toegediend, eventueel om de vijf minuten te herhalen, al naar de toestand van de patiënt is. Deze maatregelen moeten als „eerste hulp” worden beschouwd, in afwachting van het transport naar het ziekenhuis.

Bij een ernstige toestand, waarbij de ademhaling stagneert of dreigt te stagneren, aarzel men niet bemegride te geven, om de vijf minuten, 50 mg. Eventueel kan ook 5 ml Cardiazol intraveneus worden toegediend, na een half uur te herhalen. De mond zal men zoveel mogelijk van slijm reinigen, de tong naar voren brengen en eventueel prothesen verwijderen; ook de mayo-buis kan goede diensten bewijzen; de patiënt in Trendelenburg van 5-10° brengen en zo nodig overgaan tot kunstmatige ademhaling. De temperatuur, die meestal subnormaal is, zal men trachten op te voeren met hete kruiken (cave verbranding!) of een elektrische deken. Wordt men laat bij de patiënt geroepen, dan kan de temperatuur inmiddels zijn opgelopen. Mocht een pneumonie aanwezig zijn, dan zullen antibiotica noodzakelijk zijn.

De te nemen maatregelen blijven „eerste hulp”-voorzieningen; de patiënt zal zo snel mogelijk dienen te worden vervoerd naar het ziekenhuis. Men handele dus naar bevind van zaken.

Barlow, O. W. (1938) J. Lab. clin. Med. 23, 601.
Berman e.a. (1956) Amer. J. med. XX, 941.

Bouckaert, J. J. en R. Marri (1940) Arch. int. Pharmacodyn. 44, 461.
Carrière, G. en C. Huriez (1935) Presse méd. 43, 465.
Clemmensen, C. (1954) Acta med. scand. 148, 83.
Clemmensen, C. (1956) Lancet II, 966.
Crohn, W. H. (1932) Med. Klin. 1034, 1200.
Fisher, R. S. (1949) New Engl. J. Med. 240, 395.
Freireich, A. W. en J. W. Landsberg (1946) J. Amer. med. Ass. 131, 661.
Goodman, L. S. en A. Gilman (1955) The pharmacological basis of therapeutics. The MacMillan Company, New York.
Grabfield, P. (1936) J. Amer. med. Ass. 106, 1381.
Haggard, H. W. en L. A. Greenberg (1932) J. Amer. med. Ass. 98, 1133.
Hahn, F. (1954) Klin. Wschr. 32, 925.
Hahn, F. (1959) Ärzt. Praxis 10, 290.
Hahn, F. en R. Schunk (1956) Dtsch. med. Wschr. 81, 1643.
Heinrich, A. (1939) Klin. Wschr. 18, 1410.
Kety, S. S. e.a. (1948) J. clin. Invest. 27, 476.
Kirkegaard, A. (1952) Acta pharmacol. (Kbh) 8, 315.
Koppányi, Th. en J. F. Fazekas (1950) Amer. J. med. Sci. 220, 559.
Koppányi, Th. en J. F. Fazekas (1952) Amer. J. med. Sci. 224, 577.
Lous, P. (1954) Acta pharmacol. (Kbh) 10, 147, 166 en 261.
Louw, A. en L. M. Sonne (1956) Lancet, II, 961.
Maloney, A. H., R. H. Fitch en A. L. Tatum (1932) J. Pharmacol. exp. Ther. 44, 337.
Maloney, A. H., R. H. Fitch en A. L. Tatum (1931) J. Pharmacol. exp. Ther. 41, 465.
Marsman, W. (1953) Fol. psychiat. neerl. 56, 795.
Marsman W. en J. de Lange (1956) Ned. T. Geneesk. 100, 2437.
Moeschlin, S. (1959) Klinik und Therapie der Vergiftungen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
Nilsson, E. (1951) On treatment of barbiturate poisoning. Act. med. scand. supplementum 253.
Nordström, N. (1954) Tag. Dtsch. Ges. Inn. Med. München.
Pedersen, J. (1956) Lancet II, 965.
Plum, R. en A. G. Swanson (1957) J. Amer. med. Ass. 163, 827.
Pohlisch, K. en F. Panse (1934) Ueber Schlafmittelmisbrauch, Georg Thieme Verlag, Leipzig.
Richards, R. (1934) Brit. med. J. I, 331.
Schmidt, C. F. (1945) Anesthesiology 6, 113.
Shaw, F. H. et al. (1954) Nature 174, 402.
Thomson, Th. J. (1958) Brit. med. J. I, 976.
Valkenburg, C. T. van (1942) Ned. T. Geneesk. 86, 1765.

VAN DE STUDIEGROEP PRAKTIJKVOERING (Werkgroep apotheekhoudende huisartsen)

De ideale praktijkruimte voor de apotheekhoudende huisarts?

Ingevolge een besluit van de studiegroep Praktijkvoering namen in het najaar 1959 vijf apotheekhoudende huisartsen uit verschillende delen van ons land zitting in een werkgroep, welke de werkruimte van de apotheekhoudende huisarts aan een nadere studie zou onderwerpen. De werkgroep ontving hierbij de opdracht te komen tot een functionele positie van de apotheek in de praktijkruimte, waarbij huisarts en assistente op de meest efficiënte wijze hun taak kunnen vervullen.

De werkgroep, die haar mogelijkheden nog niet beëindigd ziet, heeft met bijzonder veel animo haar opdracht ter hand genomen. Zij kon, aan de hand van kritische beschouwingen van verschillende sys-

temen, tot een harmonisch ontwerp komen, dat zij in tekening en maquette aan het N.H.G.-congres 1960 voor tentoonstelling kon aanbieden.

De werkgroep is er zich van bewust, dat haar ontwerp de grootste gemene deler moest zijn van een groot aantal wensen en eisen; zij heeft dan ook niet méér willen bieden dan een ontwerp, opdat iedere collega in de gelegenheid zal zijn de eigen, typisch persoonlijke varianten in de gedetailleerde uitvoering te verwerkelijken.

Hieronder vindt men dan een beschrijving van het ontwerp, dat aan de hand van een tekening en een afbeelding moge worden verduidelijkt.

Bij de indeling is uitgegaan van de specifieke eisen,

welke aan de werkruimte van de apotheekhoudende huisarts worden gesteld, opdat deze zijn werk zo efficiënt mogelijk kan vervullen; met name werd hierbij gelet op de veelzijdige functie van de assistente, die een nauw contact met de wachtkamer enerzijds en met de arts anderzijds vergt, terwijl zij bovendien in de gelegenheid moet zijn eenvoudige haar opgedragen onderzoeken te verrichten, dan wel eenvoudige behandelingen voor te bereiden of uit te voeren. Hiertoe werd onderzoek- en behandelkamer I (overigens aan te duiden met onderzoekkamer I) zodanig ontworpen, dat deze hetzij door de medicus, hetzij door de assistente, dan wel door beiden gelijktijdig kan worden gebruikt; deze ruimte dient bovendien voor geluidsisolatie van de spreekkamer ten opzichte van de apotheek en van de wachtkamer. Het spreekt wel vanzelf, dat juist deze overgangsräume van apotheek naar spreekkamer de grootst mogelijke soepelheid en tact van de assistente vergt; nergens meer dan daar komt het „ingespeeld-zijn” van de assistente tijdens het spreekuur naar voren.

Na uitvoerige gedachtenwisseling kwam de werkgroep tot de conclusie, dat — zoals uit de plattegrond van het ontwerp blijkt — een tweede onderzoekkamer de voorkeur verdient boven enige andere oplossing. De twee onderzoekkamers geven de patiënt gelegenheid zich rustig uit en aan te kleden. Overigens lopen, door het verschil in ligging in het praktijkgebouw en een ongelijke inrichting, de functies van beide kamers uiteen.

Via een gedeeltelijk overdekte pergola, welke een windvrij entree en een beschutte ruimte voor het afhalen van geneesmiddelen uit het medicijnkastje waarborgt, komt men in de hal, waar links een toilet en rechts een ruime wachtkamer aanwezig is.

De *wachtkamer*, 2,42 bij 3,60 meter, biedt ruim plaats aan vijftien personen. Deze ruimte mag royaal worden genoemd, vooral wanneer de medicus een spreekuur volgens afspraak heeft ingesteld. Toch moet men hierbij in het oog houden, dat juist ten plattelande het afspraksysteem nooit geheel zal kunnen worden verwezenlijkt en er in de praktijk een „vrij” gedeelte zal moeten blijven. Voorts zal de bezetting hoger liggen, omdat een aantal patiënten, na het bezoek aan de arts, in de wachtkamer op de afgifte van eenvoudige receptuur moet kunnen wachten. Tenslotte moet men rekening houden met de algemene tendens van toename der „consumptie”, waarbij het aantal verrichtingen per patiënt zal toenemen. In de buitenmuur, recht tegenover de verbindingsdeur naar de apotheek, bevindt zich het medicijnkastje, dat vanuit de wachtkamer kan worden aangevuld.

In de *apotheek*, of beter de werkruimte van de assistente, komen naast de apotheek een aantal andere functies van de assistente tot uiting. Direct naast de verbindingsdeur naar de wachtkamer, welke voor het afgeven van geneesmiddelen van een loket is voorzien, vindt men de administratie met onder het

werkblad het rijdende kaartsysteem. Aansluitend hieraan, eveneens tegen de wand van de wachtkamer, het laboratorium met gootsteen en een zogenaamde „trekkast” met ventilatie naar buiten voor het bewaren van te onderzoeken materiaal.

Tussen de twee ramen van de apotheek is een dwarswand loodrecht op de buitenmuur gebouwd, welke een hoogte van 2,32 meter heeft en waardoor de bovenste planken goed te bereiken zijn. Doordat deze scheiding niet tot het plafond is doorgetrokken blijft een gevoel van ruimte behouden. Met deze constructie werd aan de zijde van laboratorium en administratie tegen de tussenwand een grote opslagruimte gewonnen.

Achter genoemde wand treft men de eigenlijke apotheek aan, waarvan een geheel uitgewerkte opbouw in tekening werd gebracht. Voor de bestudering van de functionele eisen en de indeling van deze ruimte in onderdelen werd mede een dankbaar gebruik gemaakt van het rapport „Indeling en grootte van een apotheek” van de Stichting Bouwcentrum Rotterdam. Tegen de wand van de spreekkamer kwam een ruimte vrij van 2,10 meter breed bij 2,10 meter hoog en een diepte van 55 cm, welke voor opslag werd bedoeld. Indien men hier een onderkast van 55 cm diepte en een bovenkast van 40 cm diepte los van elkaar opbouwt, ontstaat een werkblad van 2,10 cm bij 55 cm, welke voornamelijk als paktafel kan dienen. Om die reden werd de ruimte links onder gereserveerd voor een mand of andere verpakte zendingen, welke direct na binnenkomst van de farmaceutische groothandel moeten kunnen worden verstouwd. De overblijvende wandgedeelten zullen hier met tegels worden bedekt.

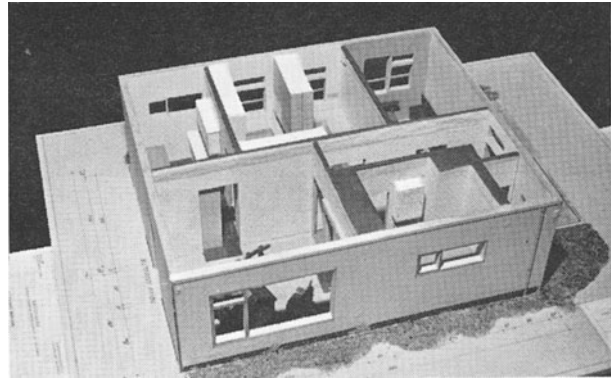
Onderzoekkamer I heeft naar apotheek en spreekkamer een schuifdeur gekregen, welke constructies tegenwoordig geruisloos en goed sluitend kunnen worden uitgevoerd. Men kan daardoor naar behoefte tijdelijk één schuifdeur openlaten en daarmee deze ruimte bij de apotheek of — vaker — bij de spreekkamer trekken. *Onderzoekkamer I* zal voornamelijk gebruikt worden voor eenvoudig, gericht onderzoek; kleine chirurgie; verbandwisselingen; het geven van injecties; het afnemen van bloed voor bloedonderzoek en als kleedkamer voor de patiënt. Hier zal men dan ook een rijdende instrumentenafel vinden met uitvoerig instrumentarium en een goede wastafel, evenals voldoende ruimte voor verder instrumentarium, dat minder frequent wordt gebruikt.

Onderzoekkamer II heeft met de spreekkamer een geluidsisolerende sluis gekregen, bestaande uit een schuifdeur aan de zijde van de spreekkamer en een deur aan de zijde van de onderzoekkamer. De beide schuifdeuren naar de onderzoekkamers kunnen eventueel aan spreekkamerzijde bovendien nog voorzien worden van een gordijn, hoewel hieraan ook bezwaren zijn verbonden. *Onderzoekkamer II* zal voornamelijk worden gebruikt indien onder-

zoekkamer I in gebruik is; voor uitvoerig intern onderzoek; voor keuringen; voor prenataal onderzoek; voor gynaecologisch onderzoek; als donkere kamer voor otolaryngologisch en oftalmologisch onderzoek, waartoe een speciale gordijnconstructie noodzakelijk is en als kleedkamer voor de patiënt. De patiënt kan zich, na beëindiging van het onderzoek, rustig aankleden en via de deur naar de gang het praktijkhuis verlaten. Om vergissingen te voorkomen, kan deze deur slechts van binnen uit worden geopend.

De *spreekkamer* is eenvoudig en rustig gehouden, opdat hier in het algemeen het gesprek kan plaats vinden. Toch zal door velen de wens worden geuit, vrijwel binnen het bereik van de bureaustoel, een klein weinig opvallend instrumententafeltje te hebben, voor het plaatsen van een bloeddrukmeter, stethoscoop, wat verbandmateriaal en wat men verder direct voor het grijpen wil hebben.

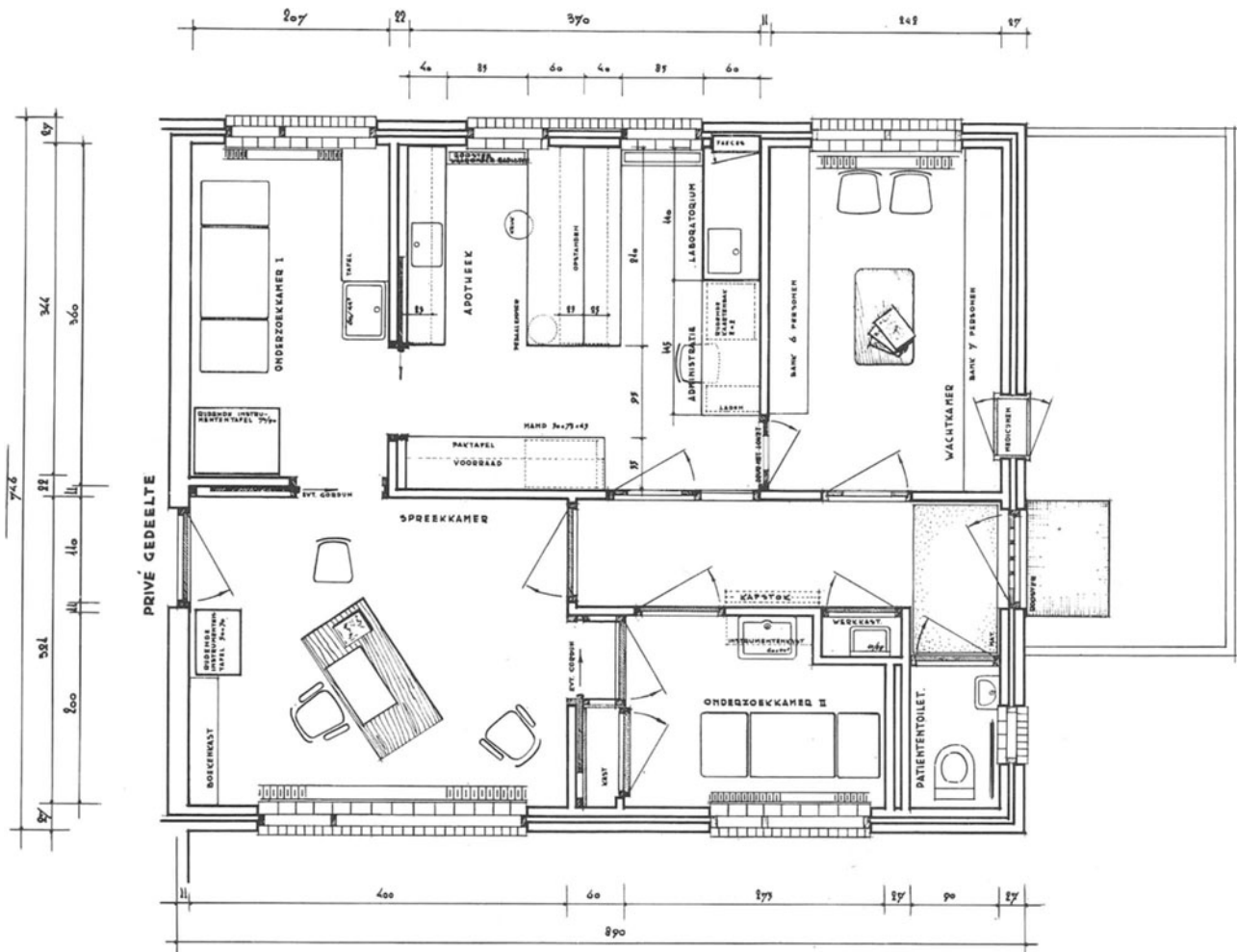
Als bezwaar zou kunnen gelden, dat het licht in de spreekkamer vanuit het grote raam voor de arts aan zijn bureau van rechts komt. Men kan aan dit bezwaar tegemoet komen door hetzij een bureaulamp, hetzij het hele grondplan in spiegelbeeld uit te voeren, waarbij dan echter ook binnen de apotheek een spiegelbeeldwisseling tot stand moet komen,



opdat zich hier niet hetzelfde bezwaar voordoet. Het voordeel van de schuine stand van het bureau is onder andere, dat de patiënt zo kan worden geplaatst, dat deze het volle licht krijgt, hetgeen observatie van de patiënt ten goede komt.

De verbinding met het woonhuis is vanuit de spreekkamer gedacht; hoewel dit niet noodzakelijk is, blijkt dit de meest efficiënte oplossing.

De *gang* tenslotte geeft toegang, behalve tot een goed patiëntentoilet (met dubbele wand ten opzichte van onderzoekkamer II), tot een ruime werk-



kast voor schoonmaakartikelen. Tussen wacht- en spreekkamer is een kapstok aangebracht.

Verlichting. Aangezien de constructie van een plat dak aanzienlijk goedkoper blijkt dan van een beschoten kap, wordt deze uitvoering door de werkgroep aanbevolen. Het platte dak biedt het voordeel, dat boven het donkerste gedeelte van de gang voor de spreekkamer gebruik kan worden gemaakt van een plastic koepel, welke overdag ruim licht doorlaat. Hetzelfde kan desgewenst boven de paktafel in de apotheek worden gedaan. Men zal echter niet kunnen ontkomen aan een goede TL-verlichting voor de avonduren boven een aantal kardinale punten; dit zijn, behalve de twee reeds genoemde plaatsen, boven de administratieruimte en in de apotheek. Ook voor de onderzoekkamers biedt TL-verlichting zeker voordelen. In spreek- en wachtkamer kan desgewenst van een andere verlichting worden gebruik gemaakt.

Geluidsisolatie. Over een geperfectioneerde geluidsisolatie wordt nog nader overleg gepleegd met T.N.O.

Kostenbegroting. De werkgroep heeft zich voor het vervaardigen en nader uitwerken van de tekeningen van haar plannen gewend tot het architectenbureau Joh. A. Wenting, architect B.N.A. te Baarn, van wie zij alle medewerking heeft ontvangen. Uitgewerkte tekeningen waren, met de maquette tentoongesteld op het N.H.G.-congres 1960. Het architectenbureau heeft onder meer voor haar een begroting opgesteld voor de bouw van het ontwerp; het komt hierbij op een bedrag van rond f 23.800,-, exclusief grond-aankoop, centrale verwarming (ongeveer f 4.000,-), ornamenten (ongeveer f 600,-) en bijkomende kosten voor architect, toezicht, inventaris, meubilering en stoffering.

Namens de werkgroep, Th. A. Cost Budde.

Paneldiscussie over medische psychologie*

Prof. Dr J. Groen: Het is een goede gewoonte om, voordat tot de discussie wordt overgegaan, een definitie te geven van het onderwerp van discussie. Dit is een cursus over medische psychologie voor huisartsen. Ik zou graag beginnen met dokter Veldhuyzen van Zanten te vragen wat nu precies moet worden verstaan onder de functie van de huisarts.

R. C. Veldhuyzen van Zanten: Het Nederlands Huisartsen Genootschap is het eens geworden over de definitie van de functie van de huisarts: Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuele mensen en gezinnen die zich aan hem toevertrouwen.

Groen: Uit alle studies over het werk van de huisartsen, speciaal in de westerse landen, is gebleken, dat hun werkzaamheden voor een groot deel betrekking hebben op psychologische problemen. Veel patiënten gaan tegenwoordig naar hun huisarts voor psychoneurosen, psychosomatische aandoeningen of voor de somatische gevolgen van psychologische factoren bij de patiënt of in zijn gezin. Daarom voelt de arts voortdurend behoefte meer van de medische psychologie af te weten. Dit is de aanleiding geweest tot deze cursus. Nu vraag ik u, collega Veldhuyzen van Zanten, en u, Dr Levitt, als huisartsen, uw mening over het volgende: Moet de huisarts voor zijn taak een psycho-analyse ondergaan of

BOERHAAVE-CURSUS MEDISCHE PSYCHOLOGIE 1960

In de afgelopen maanden, vanaf september 1960, verscheen regelmatig in dit tijdschrift een artikel naar aanleiding van een voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus voor huisartsen over medische psychologie, die van 7 tot 9 april 1960 werd gehouden.

Tot haar spijt is de redactiecommissie er niet in geslaagd op tijd van elke voordracht een artikel te verkrijgen, terwijl daarnaast een enkel artikel niet geschikt bleek voor publikatie. Ten einde de reeks niet te onderbreken treft de lezer in dit nummer reeds een verslag aan van de paneldiscussie, waarmee de cursus werd besloten.

De commissie vertrouwt erop, dat deze afwijking van de chronologische volgorde niet te zeer storend zal werken.

H.

* Gehouden tijdens de Boerhaave-cursus voor huisartsen over medische psychologie, 7-9 april 1960. De discussie stond onder leiding van Prof. Dr J. Groen en werd op de band opgenomen en uitgewerkt door Dr A. H. van Lidh de Jeude, huisarts te Zeist.

moet hij andere methoden leren van specialistische psychotherapie, zoals die door de psychiaters worden toegepast, of heeft u de ervaring opgedaan dat er een meer specifieke soort psychodiagnostiek en psychotherapie bestaat, namelijk de psychotherapie en de psychodiagnostiek, die de huisarts voor zijn eigen taak nodig heeft?