

De combinatie van het redacteurschap met het voorzitterschap van de Commissie Nascholing heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen, dat hij na vijf jaren zijn mandaat ter beschikking wilde stellen. Op deze plaats getuigen wij gaarne van onze dank voor al hetgeen hij in de afgelopen jaren voor het tijdschrift heeft gedaan.

In de plaats van Brühl werd op het aan het laatste N.H.G.-congres voorafgaande ledencongres, staande de vergadering, voorgesteld en met algemene stemmen benoemd mevrouw H. G. Frenkel-Tietz te Amsterdam. Mevrouw Frenkel, die vanaf augustus 1963 reeds aan de besprekingen in de redactiecommissie deelneemt, heten wij hier van harte welkom, daarbij de hoop uitsprekend, dat zij veel voldoening ondervinde van de werkzaamheden in deze commissie.

Traditiegetrouw vermeldt dit verslag dat de re-

dactiecommissie de boekenbon voor de beste bijdrage in 1963 in de rubriek „Uit de centra” heeft toegekend aan de collegae G. W. Luger, C. H. A. Westhoff en J. M. Pauw. Hun drie bijdragen geven blijk van inzicht in het grote belang dat aan deze rubriek moet worden toegekend ter bevordering der communicatie binnen het Genootschap.

Als bijlage treft men in dit nummer aan een naar ontwerp van A. E. Denekamp — (1962) huisarts en wetenschap 5, 357 — vervaardigde geplastificeerde dosimeter, waarmee de redactiecommissie de lezer van dienst hoopt te zijn bij het bepalen van de dosering van geneesmiddelen bij kinderen.

Tot slot getuigen wij gaarne van onze oprechte dank jegens allen, die dit jaar weer hebben medegewerkt inhoud en vorm van het tijdschrift te realiseren.

H.

## *De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst*

DOOR G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP EN E. VAN WESTREENEN, HUISARTS TE ROTTERDAM

*Inleiding.* De toekomstige ontwikkeling van de huisartspraktijk in Nederland zal ongetwijfeld worden bepaald door een zo groot aantal, deels nog onbekende invloeden, dat men zich kan afvragen of het mogelijk is over dit onderwerp iets verstandigs te zeggen. Wanneer wij ons desondanks toch op dit speculatieve terrein begeven komt dit, omdat wij van oordeel zijn dat onze eigen denkbeelden ten aanzien van de huisartspraktijk in sterke mate ons werken zullen beïnvloeden. De huisarts, die ervan overtuigd is dat zijn medisch handelen zinvol is, dat hij in bepaalde situaties zeker zo goed of misschien zelfs beter dan de specialist de patiënt zal kunnen helpen, zal andere ideeën hebben over de toekomst van zijn beroep dan de collega, die zonder interesse moedeloos zijn werk doet in de overtuiging dat de specialist altijd alles beter kan.

Wij willen dus beginnen een uitgangspunt te formuleren, van waaruit wij de huisartspraktijk beschouwen. Wij gaan uit van de stelling dat er een typische huisartsgeneeskunde bestaat, waarvan de inhoud en de methodiek nog veel nadere bestudering zullen vereisen. Onze overtuiging is het, dat de werkzaamheden van de huisarts voor een zeer belangrijk deel moeten worden gezien als een, in vroeg stadium herkennen en indien mogelijk cureren van in pathologisch opzicht (nog) onbelangrijke ziektebeelden, waarbij de „zeeffunctie” (welke patiënt moet naar de specialist worden verwezen, en welke niet?) medisch en sociaal-economisch gezien uitermate belangrijk is.

Uiteraard heeft de huisarts tevens een belangrijke preventieve taak.

Het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk

verschilt dermate van dat in de kliniek, dat het geen vraag meer is of het ziekenhuis de enig juiste plaats is om een toekomstige huisarts op te leiden.

De redactiecommissie heeft gevraagd iets te zeggen over een toekomstige ontwikkeling. Een dergelijke vraag is ons als artsen niet vreemd, het is de vraag naar de prognose. Het uitspreken van een prognose is echter eerst mogelijk na een onderzoek, maar blijft ook na een uitvoerig onderzoek een hachelijke zaak, temeer daar het niet zeker is of therapeutische adviezen zullen worden opgevolgd.

Wij zullen, na een onderzoek, eerst trachten de status praesens te beschrijven van de werkzaamheden in de huisartspraktijk, waarna het misschien mogelijk zal zijn iets te zeggen over de toekomstige ontwikkeling van deze werkzaamheden. Hoewel gevraagd is iets te schrijven over „De toekomstige ontwikkeling van de huisartspraktijk in Nederland” hebben wij dus de vrijheid genomen de titel van deze bijdrage te veranderen.

Het onderzoek is verricht in een stads- en in een dorpspraktijk, waardoor een, naar wij hopen, evenwichtig beeld is verkregen. De werkzaamheden in de praktijk zijn in zo grote mate afhankelijk van de individuele opvattingen en eigenschappen van de arts, dat wij niet pretenderen dat onze gegevens een gemiddelde opleveren voor de Nederlandse huisarts. Het bestuderen van twee schapen geeft echter wel het recht iets te zeggen over alle schapen. Wij hopen nu maar dat de kudde alleen uit schapen bestaat.

*De werkzaamheden van de huisarts.* Welke werkzaamheden verricht de huisarts nu eigenlijk?

Is er een hanteerbare indeling te maken van deze werkzaamheden, dat wil zeggen van het medisch handelen, dat in gang wordt gezet door contact met de patiënt(en) en dat de bedoeling heeft deze patiënt(en) te helpen?

De lijst van taken, zoals deze is opgesteld tijdens de Woudschoten Conferentie, voldoet hieraan niet; deze opsomming is een goed uitgangspunt voor discussie, doch bestaat uit te heterogene elementen om voor onderzoek bruikbaar te zijn. Het zoeken van deze elementen, waaruit het werk van de huisarts is opgebouwd, moet ons doel zijn.

Het proefschrift van *Vercruyse* behandelt deze materie. Deze onderzoeker schrijft: „Een empirische typologie ontstaat, wanneer men verschijnselen van één soort in een aantal ondersoorten tracht te onderscheiden aan de hand van kenmerkende verschillen die zich daarin aan onze ervaring voordoen.” Zoals *Vercruyse* verder zegt moet een dergelijke typologie plaats bieden aan elk individueel geval en elk individueel geval moet ook slechts één plaats hebben; en hij beschrijft dan wat Amerikaanse onderzoekers „substructie” noemen: een ontleding in componenten waaruit de diverse typologieën samengesteld kunnen worden gedacht. Deze methode willen wij hier ook toepassen. De activiteiten van de huisarts worden dan geanalyseerd in een „twee-dimensionale kenmerkenruimte” namelijk naar doel en naar middelen om dat doel te bereiken.

Het *doel* dat de huisarts tracht te bereiken kan zijn:

- a diagnostisch: het komen tot een diagnose;
- b therapeutisch: het verbeteren van pathologische toestanden;
- c preventief: het voorkómen van pathologische toestanden;
- d het bevorderen van een positieve gezondheidszorg; het verbeteren van een reeds goede toestand.

De *middelen*, welke de huisarts gebruikt om deze doelen te bereiken zijn:

- a het gesprek: een onderverdeling kan hier worden aangebracht in het (overwegend) luisteren en het (overwegend) spreken;
- b het handelen: in twee groepen verdeeld: het schrijven en het overige handelen.

Een „meerdere-dimensionale kenmerkenruimte” (mogelijk is bijvoorbeeld naar plaats van de activiteit: bij de patiënt thuis en bij de arts in de spreekkamer) lijkt voorlopig niet nodig.

*Scott c.s.* beschreven een classificatie van alleen het therapeutische handelen van de arts, aan welke classificatie wij onze onderverdeling ontleen. Deze onderzoekers onderscheiden:

- 1 Het directe handelen; hierbij gebruikt de arts zijn handen of zijn instrumenten om de patiënt te behandelen.

- 2 Het schrijven.
- 3 Het spreken met de patiënt; hierbij kan vooral de arts het woord voeren (adviseren, verklaren, uitleggen) of er kan een gesprek ontstaan.
- 4 Het geheel zwijgen; de patiënt spreekt vooral: het therapeutisch luisteren.

Uit de studie van deze onderzoekers blijkt dat deze indeling goed bruikbaar is. Men krijgt nu het volgende schema:

|                                 | middel    |         |           |          |
|---------------------------------|-----------|---------|-----------|----------|
|                                 | gesprek   |         | handelen  |          |
|                                 | luisteren | spreken | schrijven | handelen |
| doel                            |           |         |           |          |
| diagnose .....                  | 1         | 2       | 3         | 4        |
| therapie .....                  | 5         | 6       | 7         | 8        |
| preventie .....                 | 9         | 10      | 11        | 12       |
| positieve gezondheidszorg ..... | 13        | 14      | 15        | 16       |

Na bestudering van dit schema en toetsing van de overwegingen aan de realiteit verkrijgt men de navolgende indeling:

- a anamnese opnemen ..... 1 - 2
- b schriftelijk inlichtingen vragen 3
- c onderzoeken ..... 4
- d therapeutisch luisteren ..... 5
- e „het therapeutisch gesprek” .. 5 - 6
- f adviseren ..... } 6 - 9 - 10 - 14
- g uitleggen ..... }
- h voorschrijven ..... 7
- i „behandelen” ..... 8
- k voorlichting ..... 9 - 10 - 11 - 12
- l publiceren ..... 13 - 14 - 15 - 16
- m vaccineren ..... 12

Overdenkt men het werk in de dagelijkse praktijk dan ontbreken nog twee activiteiten en wel:

- n laboratoriumonderzoek ..... 4 en tenslotte:
- o registreren: bijhouden van het kaartsysteem, inentingsboekjes enz. .... 3 - 7 - 11

De bruikbaarheid van deze lijst (a tot en met o) lijkt nog twijfelachtig. Men kan het volgende overwegen:

- het schriftelijk inlichtingen vragen behoort tot de hetero-anamnese en kan dus bij a worden ondergebracht;
- het laboratoriumonderzoek valt eigenlijk onder onderzoek (c) in meer algemene zin;
- het vaccineren kan men bij het „behandelen” (i) in de zin van het „directe handelen” van *Scott c.s.* onderbrengen.

Het aantal werkzaamheden wordt dan teruggebracht tot een totaal van elf. Geplaatst in een wat rationeler volgorde krijgt men dan de volgende lijst:

- 1 anamnese opnemen
- 2 onderzoeken
- 3 behandelen
- 4 voorschrijven
- 5 adviseren
- 6 verklaren of uitleggen
- 7 gesprek voeren
- 8 therapeutisch luisteren
- 9 registreren
- 10 lezingen houden en cursussen geven
- 11 publiceren.

De werkzaamheden 10 en 11 laten wij nu verder buiten beschouwing; de andere activiteiten moeten verder worden onderverdeeld. De cijfers achter elke werkzaamheid duiden een nieuwe, decimale, onderverdeling aan.

1 Het anamnese opnemen kan worden onderverdeeld in de auto-anamnese (11) en de hetero-anamnese (12).

2 Het onderzoek wordt onderverdeeld in het lichamelijk onderzoek (21) en het laboratorium onderzoek (22). Tenslotte, hoewel dit niet dikwijls voorkomt, het milieu-onderzoek en andere onderzoekingen (23).

3 Het „behandelen” verdelen wij in navolging van Scott in verbinden (31), injectie geven (32) en diversen (33) enz. Onder dit laatste nummer vallen dan alle andere ingrepen zoals oor uitspuiten, kleine chirurgische ingrepen, en dergelijke.

4 Het voorschrijven omvat dan het voorschrijven van medicamenten (41), waaronder wij dan ook rekenen adviezen om door te gaan met de „oude medicijnen” en voorschriften over het gebruik van huismiddeltjes. Onder (42) komen de dieetvoorschriften voor zover zij een therapeutische bedoeling hebben en tenslotte (43) fysische therapie en andere voorschriften, voor zover de huisarts zelf te dien aanzien de indicatie stelt, dus niet indien deze voorschriften door een specialist zijn aanbevolen.

5 Ook het adviseren verdelen wij zoals Scott in zijn publikatie, aangeeft. Adviezen over meer rust, vroeger naar bed, andere werkindeling zijn adviezen over dagelijkse activiteiten (51). Bij voedingsadviezen (52) probeert men een volwaardige voeding te propageren, omdat uit het onderzoek is gebleken dat de gebruikte voeding insufficiënt is of omdat de juiste inzichten ontbreken. Adviezen over persoonlijke hygiëne (53) hebben betrekking op de menstruatie of gelden normale huid- en mondverzorging en dergelijke. Onder dit hoofdstuk vallen ook de verboden (54) en als belangrijke post ook het verwijzen (55). Onder verwijzen verstaan wij het contact leggen tussen de patiënt en een specialist.

Tenslotte (56) alle andere adviezen.

6 Het verklaren en/of uitleggen wordt ook hier onderverdeeld naar het onderwerp dat wordt besproken. Onder uitleg over normale functies (61) vallen dan ook explicaties over eenvoudige normale psychologische verschijnselen, uitleg op seksueel gebied en dergelijke. Uitleg over ziekte en ziektesymptomen (62) als antwoord op vragen en om de patiënt wat gerust te stellen en ook hier weer diversen (63).

7 Het gesprek kan uiteraard over heel wat onderwerpen handelen. Scott maakt hier de volgende indeling naar onderwerp van gesprek:

- 1 het sociale milieu van de patiënt („social environment”): sociale voorzieningen en instanties, huisvesting, ziekenhuis, specialisten;
- 2 de verhouding van de patiënt ten opzichte van zijn werk en problemen bij dit werk;
- 3 intermenselijke relaties, een speciaal hierop gericht onderzoek bracht op dit punt een verdere onderverdeling tot stand:
  - seksuele relaties
  - andere huwelijksrelaties
  - relaties tot de kinderen
  - relaties tot de ouders
  - relaties tot andere familieleden
  - relaties buiten de familie.

*Backett c.s.* maakten een onderverdeling in de sociale problematiek, welke men in de algemene praktijk ontmoet. Zij onderscheidde de volgende soorten problemen:

- 1 samenhangend met chronische ziekten;
- 2 huwelijks- of gezinsproblemen, problemen met de burens;
- 3 problemen samenhangend met de ouderdom;
- 4 problemen liggend op administratief terrein, verzekeringen en dergelijke;
- 5 huisvestingsproblemen;
- 6 onvermogen persoonlijke of gezinsnormen te handhaven;
- 7 financiële problemen;
- 8 problemen samenhangend met eenzaamheid;
- 9 andere problemen.

Het beste lijkt ons een combinatie te maken van deze indelingen in de volgende gespreksonderwerpen:

- (71) persoonlijke relaties binnen het gezin;
- (72) persoonlijke relaties binnen de familie;
- (73) persoonlijke relaties buiten gezin en familie;
- (74) onderwerpen samenhangend met het werk;
- (75) huisvestingsproblemen;
- (76) problemen samenhangend met ziekte en ziekenhuisopname;
- (77) andere onderwerpen.

8 Het therapeutisch luisteren behoeft niet verder te worden onderverdeeld, voorlopig dus (81).

9 Het registreren, dat wil zeggen het opschrijven van gegevens die nuttig kunnen zijn voor later, kan worden verdeeld in: registratie in eigen (kaart)systeem (91) en andere registratie: inentingskaarten, zuigelingen- en kleuterlijsten (92).

Totaal dus dertig verschillende werkzaamheden die in *tabel 1* zijn samengebracht.

*Tabel 1 Overzicht van de verschillende werkzaamheden*

|   |                         |  |    |
|---|-------------------------|--|----|
| 1 | Anamnese opnemen        | auto-anamnese                                  | 11 |
|   |                         | hetero-anamnese                                | 12 |
| 2 | Onderzoeken             | lichamelijk                                    | 21 |
|   |                         | laboratorium                                   | 22 |
|   |                         | milieu-onderzoek en dergelijke                 | 23 |
| 3 | Behandelen              | verbinden                                      | 31 |
|   |                         | injectie geven                                 | 32 |
|   |                         | diversen                                       | 33 |
| 4 | Voorschrijven           | medicamenten                                   | 41 |
|   |                         | dieet  | 42 |
|   |                         | fysische therapie en dergelijke                | 43 |
| 5 | Adviseren               | dagelijkse activiteiten                        | 51 |
|   |                         | voeding  | 52 |
|   |                         | persoonlijke hygiëne                           | 53 |
|   |                         | verboden                                       | 54 |
|   |                         | verwijzen                                      | 55 |
|   |                         | andere adviezen                                | 56 |
| 6 | Verklaren of uitleggen  | normale functies van het lichaam en dergelijke | 61 |
|   |                         | uitleg ziekte                                  | 62 |
|   |                         | diversen                                       | 63 |
| 7 | Gesprek                 | gezinsrelaties                                 | 71 |
|   |                         | familierelaties                                | 72 |
|   |                         | andere relaties                                | 73 |
|   |                         | werk   | 74 |
|   |                         | huis   | 75 |
|   |                         | ziekte   | 76 |
|   |                         | diversen                                       | 77 |
| 8 | Therapeutisch luisteren |  | 81 |
| 9 | Registreren             | ten behoeve van eigen systeem                  | 91 |
|   |                         | diversen                                       | 92 |

*Onderzoek in de eigen praktijk; analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten.* De werkzaamheden in beide praktijken werden gedurende een tevoren vastgestelde periode bestudeerd aan de hand van patiëntencontacten, waaronder wij verstaan elk plaats gehad hebbend opzettelijk persoonlijk contact tussen arts en patiënt of één van diens familieleden, verdeeld in curatieve, preventieve en zogenaamde informatieve contacten, waarover hieronder meer.

Bij het voorlopig proefonderzoek bleek al spoedig het nut hiervan, toen duidelijk werd, dat ook ogenschijnlijk eenvoudige definities in de praktijk niet altijd zo eenvoudig hanteerbaar blijken te zijn. *Wibaut* wijst erop, dat het niet zo belangrijk is waar

de onderzoeker zijn grenzen trekt, als wel, dat hij voor zichzelf een criterium stelt ter beantwoording van de vraag, of hij een geval wel of niet tot de groep zal rekenen. Moet men het vragen om een hoestdrank voor een gezinslid door een patiënt, die in de eerste plaats voor zichzelf op het spreekuur komt, tot een aparte verrichting rekenen? Wij hebben dit niet gedaan en beperkten zodanig het aantal contacten tot hoogstens één per ontmoeting. Een verrichting werd wel genoteerd, indien iemand niet voor zichzelf, doch uitsluitend ten behoeve van een zieke thuis om raad of een recept kwam vragen. Telefonische consulten werden buiten beschouwing gelaten, evenals behandelingen tijdens het week-einde in verband met waarneming door andere collega's.

Er werd alleen genoteerd wat tijdens het contact werd gedaan. Overleg met specialisten, controlerend geneesheren of bedrijfsartsen, maatschappelijke instanties en dergelijke — een frekwente bezigheid in de huisartspraktijk — werd dus niet genoteerd, omdat een dergelijk (vaak telefonisch) overleg meestal geruime tijd na het contact plaats vindt. Ook het inschrijven van gegevens uit specialistenbrieven op de patiëntenkaart gebeurt niet tijdens een contact, hoewel een dergelijke handeling in feite een konsekventie van het verwijzen (55) is.

De verdeling in curatieve en preventieve contacten — de laatste bestaande uit zuigelingen- en kleutercontrole, inenting en zwangerschapsonderzoek — zal de lezer niet moeilijk vallen. Een nadere uitleg vereist de omschrijving informatief contact. Wij gebruiken dit voor die ontmoetingen tussen arts en patiënt, waarvan het initiatief niet van de laatste, doch van de eerste uitgaat, en die eerder tot de sociale dan tot de zuiver medische relaties behoren. Iedere huisarts met enige ervaring weet hoe belangrijk een bezoek is aan de patiënt tijdens opname in het ziekenhuis of thuis na ontslag uit de kliniek, evenals bijvoorbeeld een spontaan bezoek aan een eenzaam achtergebleven echtgenoot een week of twee na een sterfgeval.

Het was in het kader van dit onderzoek niet goed mogelijk de factor tijd in te voeren. Men moet er bij de beoordeling van de resultaten dus wel rekening mee houden, dat een gesprek van een uur werd genoteerd als één patiëntencontact, evenals het schrijven van een verwijskaart; in het eerste geval zal van de arts zeer veel meer worden gevraagd aan aandacht, invoelend vermogen en „therapeutic skill”.

Tijdens het reeds eerder vermelde proefonderzoek kwam de wenselijkheid naar voren een onderverdeling te maken in leeftijdsgroepen, vooral met het oog op de verhouding van curatieve en preventieve contacten. Wij onderscheidden op deze wijze drie groepen, met name: kinderen tot 13 jaar (K); personen tussen 13 en 65 jaar (V); de groep van 65 jaar en ouder (B).

Bedrukt met de gegevens van tabel 1 werden blocs gemaakt van tachtig stuks groot formaat receptenpapier (16 x 12 cm), waardoor tijdens het spreekuur en het visiterijden op snelle wijze voor iedere

patiënt de geldende nummers konden worden aangestreept. Bij kinderen werd de anamnese uiteraard dikwijls vernomen uit de mond van één van de ouders. Dit werd dan toch genoteerd als auto-anamnese.

De hetero-anamnese werd zodoende gereserveerd voor het vragen van inlichtingen aan de omgeving, ter aanvulling of verduidelijking van hetgeen men van de patiënt zelf had vernomen.

Een scherpe scheiding tussen anamnese en gesprek bleek moeilijk te trekken. Beperkt men de notitie hiervan tot die gevallen, waarbij het gesprek bewust werd gevoerd als onderdeel van de behandeling, dan zouden vele voor de huisarts juist zo belangrijke facetten van de omgeving van de patiënt, zoals gezin, familie, huis en werk, verloren gaan in de anamnese. Ook als hierover zijdelings werd gesproken, werd het als een van de nummers 71 tot en met 77 genoteerd.

Het eigenlijke onderzoek werd uitgevoerd gedurende vier achtereenvolgende weken in mei 1963. Deze periode bood het voordeel, dat maandelijks terugkerende activiteiten zoals kleuterspreekuur en inenting er in de juiste verhouding in konden worden verwerkt. Er deden zich in genoemde periode geen epidemieën van kinderziekten, griep of andere infectieziekten voor; het was een matig drukke tijd zonder bijzondere kenmerken en derhalve wel geschikt om een indruk van onze werkzaamheden te krijgen.

Zoals reeds opgemerkt, zijn vele, mogelijk zelfs significante verschillen tussen de twee praktijken het gevolg van een divergentie in persoonlijkheidsstructuur en daardoor andersoortige behandelingsmethoden van de beide artsen. Uit de geconstateerde verschillen conclusies te trekken over een eventueel onderscheid tussen werkzaamheden van de

Tabel 2 Aanalyse van 2630 huisarts-patiënt contacten; de getallen duiden de percentages van de contacten aan, waarin de betreffende activiteit van de huisarts plaats vond. K = kind (0 t/m 12 jaar); V = volwassene (13 t/m 64 jaar); B = bejaarde (65 jaar en ouder)

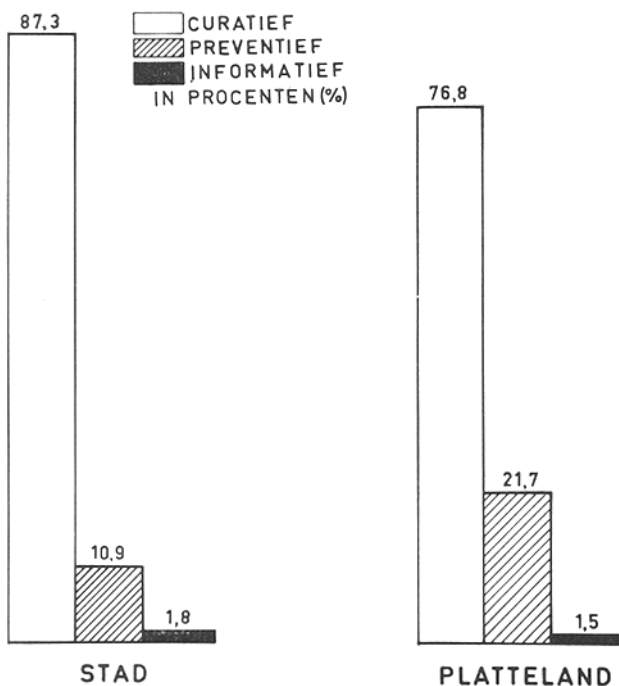
|                           |  | Totaal | K    | V    | B    |
|---------------------------|--|--------|------|------|------|
| 1 Anamnese opnemen        | auto-anamnese                                  | 78,0   | 83,8 | 76,5 | 74,5 |
|                           | hetero-anamnese                                | 2,3    | 1,4  | 1,8  | 5,1  |
| 2 Onderzoeken             | lichamelijk                                    | 60,2   | 70,6 | 59,9 | 46,5 |
|                           | laboratorium                                   | 8,2    | 1,9  | 10,8 | 8,1  |
|                           | milieu-onderzoek en dergelijke                 | 0,3    | 0,2  | 0,2  | 0,7  |
| 3 Behandelen              | verbinden                                      | 6,4    | 4,7  | 7,7  | 4,3  |
|                           | injectie geven                                 | 9,8    | 13,9 | 9,1  | 6,7  |
|                           | diversen                                       | 4,4    | 3,2  | 5,2  | 3,8  |
| 4 Voorschrijven           | medicamenten                                   | 39,3   | 27,0 | 39,4 | 56,6 |
|                           | dieet  | 5,1    | 2,7  | 5,3  | 8,1  |
|                           | fysische therapie en dergelijke                | 5,2    | 1,1  | 7,0  | 4,7  |
| 5 Adviseren               | dagelijkse activiteiten                        | 18,9   | 16,8 | 20,3 | 17,0 |
|                           | voeding  | 8,6    | 28,0 | 2,3  | 2,7  |
|                           | persoonlijke hygiëne                           | 8,2    | 13,3 | 7,0  | 4,9  |
|                           | verboden                                       | 1,4    | 0,8  | 1,9  | 0,9  |
|                           | verwijzen                                      | 7,5    | 4,6  | 8,8  | 6,9  |
|                           | andere adviezen                                | 6,1    | 6,5  | 6,0  | 4,9  |
| 6 Verklaren of uitleggen  | normale functies van het lichaam en dergelijke | 2,2    | 3,2  | 2,4  | 0,4  |
|                           | uitleg ziekte                                  | 18,7   | 13,9 | 20,5 | 18,8 |
|                           | diversen                                       | 0,5    | 0,6  | 0,6  | —    |
| 7 Gesprek                 | gezinsrelaties                                 | 6,4    | 4,1  | 8,0  | 4,3  |
|                           | familierelaties                                | 2,3    | 0,8  | 2,2  | 4,7  |
|                           | andere relaties                                | 3,5    | 1,6  | 4,1  | 4,5  |
|                           | werk   | 6,3    | 0,2  | 10,0 | 2,0  |
|                           | huis   | 1,4    | 0,5  | 1,3  | 3,6  |
|                           | ziekte   | 5,1    | 0,6  | 5,9  | 8,7  |
|                           | diversen                                       | 1,4    | 1,0  | 1,4  | 2,2  |
| 8 Therapeutisch luisteren |  | 1,4    | —    | 2,1  | 1,1  |
| 9 Registreren             | ten behoeve van eigen systeem                  | 40,2   | 36,7 | 41,7 | 39,8 |
|                           | diversen                                       | 9,2    | 32,1 | 2,1  | 1,1  |

huisarts in de stad en ten plattelande lijkt dan ook geenszins gerechtvaardigd.

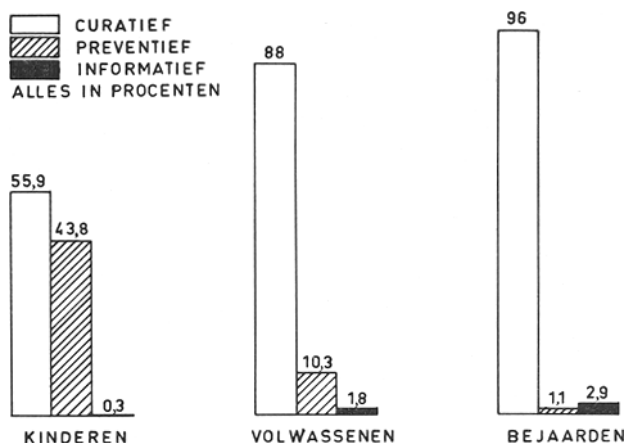
De hierna te vermelden resultaten van het onderzoek zijn de gegevens van de twee praktijken samen; wij zullen ons daarbij beperken tot de getallen, die voor het onderwerp van belang zijn.

*Resultaten van het onderzoek. Algemene beschouwingen.* Wanneer wij nu de resultaten van de analyse van de in totaal 2630 huisarts-patiënt contacten nader beschouwen (zie tabellen) blijkt dat meer dan 80 procent van deze contacten plaats vond om curatieve redenen. De huisarts in Nederland doet overwegend curatief werk; het aantal curatieve contacten was zelfs bijna vijfmaal zo groot als het aantal preventieve contacten! Het is waarschijnlijk dat in de toekomst het curatieve werk nog meer op de voorgrond zal treden. De sterke urbanisatie van Nederland zal ongetwijfeld tot gevolg hebben dat de zuigelingen- en kleutercontrole meer in de ambtelijke sfeer zal komen, hoewel wij van oordeel zijn dat de huisarts dit werk in de eigen praktijk dient te verrichten.

Hoewel wij in ons materiaal geen aandacht zouden schenken aan het verschil tussen de stads- en de dorpspraktijk willen wij hier een uitzondering maken omdat het verschil ten aanzien van dit punt zeer algemeen is: in de stad houdt de huisarts minder zuigelingen- en kleuterspreekuren dan in een dorp en hij doet minder bevallingen. Dit zien wij ook hier: in de stadspraktijk was het percentage



Figuur 1 Verdeling van de verschillende soorten huisarts-patiënt contacten in procenten in de stads- en in de plattelandspraktijk



Figuur 2 Verdeling van de verschillende soorten huisarts-patiënt contacten in procenten in de verschillende leeftijdsgroepen

preventieve contacten 10,9, in de dorpspraktijk 21,7 (figuur 1).

In ons onderzoek lieten wij de scheiding curatief-preventief samenvallen met de aard van het contact. Het is echter duidelijk dat de huisarts tijdens zijn curatieve contacten preventief werk kan doen. De scheiding curatief-preventief is immers niet scherp te trekken (Van Goor).

De huisarts ontmoet per dag een groot aantal mensen. Jansen-Emmer noemt als gemiddelde ongeveer 15 verrichtingen per dag per 1000 zielen, dat wil zeggen „dat de huisarts, dag op dag, met een frekwentie in de grootte-orde van ongeveer 7 procent van de Nederlandse gezinnen in contact treedt” (Buma). Ook het aantal contacten van ons komt hier goed mee overeen.

De rol van de huisarts in de gezondheidszorg is dus kwantitatief belangrijk, waardoor hij in staat is veel te doen aan gezondheidsvoorlichting en opvoeding. Voor een groot deel zal dit preventief werk zijn, maar dan preventief werk tijdens een curatief contact, dat wil zeggen een contact dat tot stand komt omdat de patiënt een klacht heeft waarvoor hij zijn huisarts meent te moeten consulteren. Wij willen de lezer niet lastig vallen met te veel getallen, het lijkt ons voldoende wanneer wij zeggen dat ook tijdens de curatieve contacten de rubrieken 5 - 6 - 7 frekwent ter sprake kwamen.

Terwijl in beide praktijken het aandeel bejaarden van 65 jaar en ouder ongeveer 11 procent bedroeg, werden wij in 17 procent van de contacten geconfronteerd met patiënten uit deze leeftijdsgroep. Wat de preventieve contacten betreft zien wij dat deze vooral plaats vinden met kinderen. Uit ons materiaal komt niet naar voren dat dit praktisch alleen kinderen tot 6 jaar zijn. Naarmate de leeftijd van de patiënt toeneemt, neemt het aantal preventieve contacten af: kinderen 43,8 procent, volwassenen 10,3 procent, bejaarden 1,1 procent (figuur 2).

Tabel 3 Verdeling van 2630 huisarts-patiënt contacten naar aard en leeftijd in procenten

|                   |      |                   |      |
|-------------------|------|-------------------|------|
| Curatief .....    | 81,6 | Kinderen .....    | 24,1 |
| Preventief .....  | 16,8 | Volwassenen ..... | 58,9 |
| Informatief ..... | 1,6  | Bejaarden .....   | 17,0 |

*De werkzaamheden nu en in de toekomst*

*Inleiding.* Elke activiteit (1 tot en met 9) zal nu in het kort worden besproken waarbij wij, indien dat nodig en mogelijk is, aandacht zullen schenken aan de volgende aspecten: het kwantitatieve aspect, het onderwijs en de betreffende activiteit, de wetenschappelijke aanwinsten en tenslotte hoe wij verwachten dat deze activiteiten van de huisarts zich in de toekomst zullen ontwikkelen waarbij uiteraard suggesties en desiderata niet kunnen ontbreken.

Tabel 4 Het anamnese opnemen. Analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten, uitgedrukt in procenten

|                      | totaal | kinderen | volwassenen | bejaarden |
|----------------------|--------|----------|-------------|-----------|
| Auto-anamnese .....  | 78,0   | 83,8     | 76,5        | 74,5      |
| Hetero-anamnese .... | 2,3    | 1,4      | 1,8         | 5,1       |

*Het opnemen van de anamnese.* Het opnemen van de anamnese wordt vrijwel het eerst en met veel nadruk onderwezen aan de aanstaande artsen, die na het kandidaats-examen kennis maken met de klinische vakken. Dat onze leermeesters dit terecht doen, blijkt wel uit het overigens welbekende feit, dat in ons onderzoek in bijna 80 procent van de contacten een min of meer uitgebreide anamnese werd opgenomen. In een gering aantal gevallen was het nodig een hetero-anamnese op te nemen, waarbij het niet al te verwonderlijk moet worden geacht, dat het hoogste percentage hiervan werd gevonden bij de bejaarden, met wie het contact niet altijd even gemakkelijk is door doofheid, beginnende dementie, enzovoort.

Iedere huisarts met enige ervaring zal de woorden van *Jordan* in zijn bekende handleiding voor de medische studenten kunnen onderschrijven waar hij zegt, dat er talrijke afwijkingen zijn, waarbij de anamnese zo kenmerkend is en de bevindingen bij algemeen onderzoek zo gering zijn, dat de huisarts voor de diagnose uitsluitend op de anamnese is aangewezen. Oppervlakkig bezien lijkt het dan ook niet erg waarschijnlijk, dat bij het opstellen van een prognose voor de toekomstige ontwikkeling van de huisartspraktijk over dit gedeelte van het onderzoek belangrijke veranderingen moeten worden verwacht. Gaan wij wat dieper in op de wijze, waarop de techniek van het opnemen van de anamnese aan de medische studenten wordt geleerd en vergelijken wij dit met wat de praktijk op dit gebied van de moder-

ne huisarts eist, dan zou het wel eens kunnen zijn, dat hierin voor de toekomst toch wel belangrijke verschillen zullen zijn aan te wijzen. De arts wordt geleerd dat hij zijn vragen doelbewust moet stellen om een objectief oordeel te krijgen. De patiënt vertelt de arts allerlei dingen, waar deze weinig aan heeft en zonder deze gegevens geheel te veronachtzamen is het toch noodzakelijk dat de arts zijn vragen gericht stelt, en na het aanhoren van de klachten een aanvullende anamnese opneemt, waarbij stelselmatig alle tracti van het menselijk lichaam de revue passeren.

Overigens is het wel nuttig te bedenken dat de huisarts in het algemeen een zogenaamde „centrifugale” anamnese opneemt, waaronder wij verstaan het inslaan van een bepaalde weg bij het stellen van de vragen, indien wij menen een aanknopingspunt te hebben gevonden. Klaagt een patiënt over pijn boven in de buik en jeuk, dan zullen wij hem ongetwijfeld vragen naar de kleur van zijn faeces en urine. Deze methode brengt evenwel het gevaar mee van het blijven voortgaan op de verkeerde weg, die dan nog dikwijls de weg is, welke wij zelf het meest geschikt vinden in dit geval! Het is nuttig regelmatig om te kijken en zich van tijd tot tijd op het punt van uitgang te bezinnen.

De tegenovergestelde methode is de „centripetale” anamnese, waarbij door middel van een aantal vragen vele andere mogelijkheden worden uitgesloten om tenslotte hopelijk bij de enig goede te belanden. Een voorbeeld hiervan is de door het Nederlands Huisartsen Genootschap uitgegeven „hoofdpijnstatus”.

Afgezien van het feit dat een uitgebreide anamnese meestal niet volledig tijdens het spreekuur kan en behoeft te worden afgewerkt, kunnen wij de vraag stellen of de meest gewenste benadering van de hulpzoekende mens een niet veel subtielere aanpak vereist. De geschetste gang van zaken past bij een autoritaire, dirigerende houding van de arts, waarbij zeker de talrijke patiënten met in lichamelijke klachten verholde emotionele problematiek niet tot hun recht zullen komen. De laatste jaren heeft men ingezien, dat aan de klassieke anamnese op zijn minst een psycho-sociale vragenlijst moet worden toegevoegd (*Weijel*). De hantering hiervan dient echter wel met enige omzichtigheid te geschieden en vraagt van de arts een veel meer luisterende en tolerantere houding dan hem tijdens zijn opleiding werd onderwezen. De directe vraag naar psychische oorzaken wordt meestal prompt ontkennend beantwoord, terwijl het soms duidelijk is, dat deze er wel degelijk zijn. In de loop van het verdere gesprek komt dan soms ineens een opmerking van de kant van de patiënt, die voor een goed luisteraar „de sleutel” van het probleem kan betekenen (*Van Westreenen*, 1962).

Een al te breedspakige patiënt zal men terwille van de tijd natuurlijk wel eens wat moeten manen niet al te ver uit te weiden, maar voor het overige is spreken zilver en zwijgen goud. Het spontane ver-

haal van de patiënt bevat veel waardevolle gegevens, die bij een al te veel doorbreken hiervan met gerichte vragen door de arts geheel verloren gaan. Dit heeft vooral betrekking op die aandoeningen, waarbij de bevindingen bij onderzoek gering of nihil zijn. Wij zouden zeker geen lans willen breken voor het loslaten van de degelijke klassieke anamnese-techniek, zoals ons werd onderwezen: men kan het één doen zonder het ander te laten.

\* \* \*

Wij moeten ons er echter wel van bewust zijn, hoezeer onze eigen persoonlijkheidsstructuur en vooral ook de eigen sociale status een rol spelen bij de beoordeling van anamnestiche gegevens. Iedere arts weet uit eigen ondervinding dat de anamnese gemakkelijker en beter wordt opgenomen bij een patiënt uit onze eigen sociale klasse, dan bij iemand, die over ziekteverschijnselen geheel andere denkbeelden heeft. Dat dit geen fictie is, blijkt uit het onderzoek door *Koos c.s.*, waarbij door middel van enquêtering verschillende groepen van de bevolking van een Amerikaans provinciestedje werden gevraagd naar hun houding en mening aangaande allerlei zaken betreffende gezondheid en ziekte. Hierbij bleken significante verschillen te bestaan tussen welgestelden, middenstanders en arbeiders. Wat voor de een een dwingende reden is zijn arts te bezoeken, is het voor de ander in het geheel niet. Zo verklaarden 93 procent van de middenstanders zich wegens het voorkomen van bloed in de urine tot een arts te zullen wenden tegen 69 procent van de arbeiders. Weliswaar spelen in dit Amerikaanse voorbeeld economische motieven een grote rol, een feit blijft, dat men bij het opnemen van de anamnese op deze verschillen bedacht moet zijn. In de toekomst zal nader wetenschappelijk onderzoek op dit gebied in Nederland niet kunnen worden gemist; hier zou wellicht een dankbaar arbeidsveld kunnen zijn voor het Huisartsen-Instituut. Daarbij zou dan tevens aandacht kunnen worden besteed aan het door *Wibaut* gesignaleerde euvel van de divergentie in subjectieve beoordeling van ziekteverschijnselen. Bij een onderzoek van duizend mijnwerkers (*Cochrane*) moesten vier onderzoekers uitmaken, wie van hen hoestten en sputum opgaven. De resultaten varieerden zo sterk, dat de hoogste opgave bijna driemaal de laagste was.

De toenemende verzakelijking en ontkerstening van onze maatschappij zullen in de toekomst de huisarts maken tot een klankbord voor de mens, die in zijn problematiek is vastgelopen en die althans bij hem een menselijke resonantie verwacht. De huisarts van de toekomst zal deze taak des te beter kunnen vervullen, naarmate de subtiele intermenselijke invloeden, die de waarde van de aloude anamnese mede bepalen, worden onderworpen aan moderne wetenschappelijke onderzoeksmethoden.

Tabel 5 *Het onderzoeken.*  
Analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten,  
uitgedrukt in procenten

|   | totaal | kinderen | volwassenen | bejaarden |
|---|--------|----------|-------------|-----------|
| Lichamelijk .....                       | 60,2   | 70,6     | 59,9        | 46,5      |
| Laboratorium .....                      | 8,2    | 1,9      | 10,8        | 8,1       |
| Milieu onderzoek<br>en dergelijke ..... | 0,3    | 0,2      | 0,2         | 0,7       |

*Het onderzoeken.* Wij zullen ons niet wagen aan een uitspraak over de vraag of het gevonden percentage van 60 procent van de patiëntencontacten, waarbij een volledig of gedeeltelijk lichamelijk onderzoek plaats vond, aanvaardbaar moet worden geacht. Daarvoor is (nog?) te weinig bekend over het morbiditeitspatroon van de huisartsgeneeskunde in Nederland. Wel moet worden bedacht dat in een groot aantal gevallen hierbij slechts sprake was van een partieel onderzoek, dat zich zelfs af en toe beperkte tot het inspecteren van de achterste farynxwand of het meten van de bloeddruk. Het somatisch onderzoek, zoals dat terecht tijdens de opleiding met veel nadruk wordt onderwezen aan te toekomstige artsen, wordt in zijn volle omvang slechts zelden in de algemene praktijk uitgevoerd. De huisarts beperkt zich in eerste instantie meestal tot een gericht onderzoek, waarbij hij zich laat leiden door hetgeen bij de anamnese werd medegedeeld.

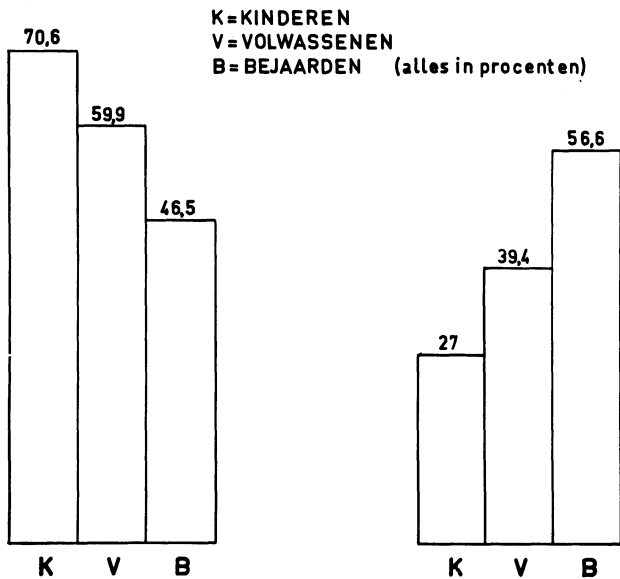
Hetzelfde gevaar, dat bij de bespreking van de anamnese werd gesignaleerd, namelijk het verdwalen door het voortgaan op een eenmaal ingeslagen verkeerde weg, is ook hierbij voortdurend aanwezig. Kan men van mening verschillen over de vraag, of de huisarts in staat moet worden geacht op verantwoorde wijze de stembanden van zijn patiënt te kunnen spiegelen ofwel bijvoorbeeld de proctoscoop te kunnen hanteren — veel zal hier afhangen van persoonlijk gerichte belangstelling — het is wel gewenst dat er communis opinio bestaat over een minimum aan onderzoeksmogelijkheden, waarover de huisarts moet kunnen beschikken. Wij achten het de taak van het N.H.G. hiernaar in de toekomst een onderzoek in te stellen en hierover richtlijnen te geven.

Een afzonderlijke bespreking verdient het geconstateerde feit, dat bij de contacten met patiënten boven 65 jaar in een belangrijk lager percentage dan het gevonden gemiddelde, namelijk in slechts 46,5 procent, een somatisch onderzoek plaats vond. Dit wordt nog belangwekkender, indien wij dit combineren met het verderop te bespreken gebruik van medicamenten, dat in ons geval in 56,6 procent van de gevallen door de arts werd gestimuleerd of tenminste getolereerd, veel hoger dan het gemiddelde percentage (39,3) voor alle leeftijdsgroepen samen (*figuur 3*).



## ONDERZOEK

## MEDICAMENTEN



Figuur 3 Huisarts-patiënt contacten verdeeld naar „onderzoek” en „voorschrijven” (medicamenten) op de verschillende leeftijden

Het is verleidelijk een samenhang tussen deze twee verschijnselen aan te nemen in die zin, dat wij geneigd zijn onze bejaarde patiënten na een eenmalig onderzoek langdurig en bij herhaling medicamenten voor te schrijven. Vele van deze contacten betreffen namelijk het itereren van eenmaal voorgeschreven medicamenten. Het onderzoek van bejaarden roept zowel bij arts als patiënt bepaalde weerstanden op. De laatste heeft er op het spreekuur meestal „niet op gerekend”, terwijl het langdurige aan- en uitkleden tijdens een druk spreekuur ook niet bepaald stimulerend op het onderzoek werkt. In elk geval doet dit nog eens temeer de noodzaak voelen van voldoende gescheiden extra kleed- en onderzoekruimte(n). Bejaarde mensen zijn dikwijls bang, dat er „iets gevonden zal worden”, vrezen een onaangenaam specialistisch onderzoek en zeggen dan: „Och, u kunt er toch wel iets voor geven?” Het kan zijn nut hebben chronische patiënten, die thuis regelmatig worden bezocht, van tijd tot tijd eens op bed te laten liggen voor een volledig onderzoek (Van Westreenen, 1961).

Zolang het nuttig effect en de uitvoerbaarheid van een periodiek geneeskundig onderzoek niet met zekerheid kunnen worden gewaardeerd, is het van belang dat de huisarts in de toekomst zijn aandacht richt op de methode van de „multiple screening”, waarbij volgens een kort schematisch routine-onderzoek op vrij eenvoudige wijze bijtijds ernstige afwijkingen in een beginstadium kunnen worden opgespoord (Van den Dool).

In ruim 8 procent van de arts-patiënt ontmoetingen werd een of ander laboratoriumonderzoek verricht, bij de volwassenen zelfs in bijna 11 procent van de gevallen. Dikwijls zal de huisarts zelf ver-

schillende bepalingen kunnen doen, zoals hem dat tijdens zijn coassistentschap interne geneeskunde zo grondig werd geleerd (hemoglobinegehalte, bezinkingssnelheid, urineonderzoek). De mogelijkheden zijn echter niet zo erg groot, tenzij men speciale belangstelling voor het laboratoriumonderzoek heeft. Zijn voor het stellen van de diagnose verschillende en ingewikkelde bepalingen noodzakelijk, dan zal spoedige verwijzing naar bijvoorbeeld een internist het gevolg zijn, tenzij de huisarts kan beschikken over een goed geoutilleerd huisartsenlaboratorium, waarin door hem gewenste onderzoeken kunnen worden verricht. Onnodige en voor de patiënt soms schadelijke verwijzingen worden hiermee voorkomen, terwijl de huisarts een grotere voldoening in zijn werk ondervindt, indien hij op deze wijze zijn eigen onderzoek meer diepte kan geven. Eén voordeel van de toenemende urbanisatie is dan wellicht het feit, dat in de grotere steden deze laboratoria veelal aanwezig zullen zijn. Men verricht daar onder meer lever- en nierfunctiebepalingen, bloedsuiker- en stofwisselingsonderzoek, terwijl in verschillende plaatsen een trombosediensdienst ten behoeve van de huisartsen in een dergelijk laboratorium is gevestigd.

Langzamerhand groeit het besef, dat een verdere procentuele stijging van de toevoer naar de ziekenhuizen voor de persoonlijke gezondheidszorg niet nodig is. Daartoe dient een „versteving” van de positie van de huisarts, waarbij onder andere het belang van goede huisartsenlaboratoria erkend wordt (*Dijkhuis*). Ook door een rechtstreeks contact met de röntgenoloog voor het laten maken van röntgenfoto's en het eventueel tezamen beoordelen hiervan, kan de huisarts zich minder afhankelijk maken van de ziekenhuispoliklinieken. In ons onderzoek valt dit echter onder het hoofdstuk „verwijzen” en blijft dit aspect hier verder buiten beschouwing. Bij dit alles is het wel van groot belang dat de huisarts de begrenzing van zijn eigen mogelijkheden onderkent.

Het laboratoriumonderzoek moge een verdieping zijn van de diagnostische mogelijkheden, voor een integrale diagnose is een verbreding wenselijk met wat men milieu-onderzoek noemt.

Tijdens de universitaire studie niet aan de orde gesteld en blijkbaar bij onze hedendaagse manier van werken nog niet voor verwezenlijking vatbaar geacht, zien wij in ons onderzoek dit ongetwijfeld belangrijke aspect gehonoreerd in gemiddeld 0,3 procent van de contacten, dat wil zeggen in slechts 8 gevallen.

Onervarenheid op het terrein van dit randgebied van de huisartsgeneeskunde zal de huisarts de noodzaak doen voelen van samenwerking met vertegenwoordigers uit het maatschappelijk werk. Met voldoening kan worden geconstateerd dat zowel bij het opstellen van nascholingsprogramma's als bij het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de algemene praktijk het belang van deze samenwerking wordt gevoeld en gewaardeerd.

Onder milieuonderzoek kan men ook verstaan de medewerking, welke de huisarts kan geven bij

groter opgezette onderzoeken, waarbij bevolkingsgroepen worden onderzocht op frekwentie en ontstaanswijze van ziekten als bijvoorbeeld reuma en astma (*Voorhorst*). De huisarts mag dan bij uitstek deskundig worden geacht in de beoordeling van de invloed, die het woonmilieu hierop uitoefent. Het is te verwachten, dat deze medewerking in de toekomst vaker gevraagd en gaarne zal worden verleend.

*Tabel 6 Het behandelen.  
Analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten,  
uitgedrukt in procenten*

|                      | totaal | kinderen | volwassenen | bejaarden |
|----------------------|--------|----------|-------------|-----------|
| Verbinden .....      | 6,4    | 4,7      | 7,7         | 4,3       |
| Injectie geven ..... | 9,8    | 13,9     | 9,1         | 6,7       |
| Diversen .....       | 4,4    | 3,2      | 5,2         | 3,8       |

*Het behandelen.* In ruim 20 procent van de onderzochte gevallen werd aan de patiënt een therapeutische handeling verricht. Wij verstaan hieronder alleen ingrepen en manipulaties, dus niet het voorschrijven van geneesmiddelen en het geven van adviezen. Behalve de behandeling van traumata (verbinden) en het toedienen van injecties vallen hieronder kleine operatieve ingrepen, die de huisarts kan verrichten (verwijderen van atheroomcysten, wratten, en dergelijke) maar ook het uitspuiten van een cerumenprop en het inbrengen van een pessarium. Het relatief hoge percentage injecties bij kinderen (13,9) komt op rekening van de preventieve intentingen. Bij bejaarden liggen de aantallen weer wat lager dan het gemiddelde en dit wekt het vermoeden, dat hierbij meer wordt afgedaan met het recept dan met het pincet, althans door de huisarts zelf.

Men kan niet zeggen, dat in de medische opleiding het onderricht in technische vaardigheid een grote plaats inneemt; dit geldt zeker voor de grote universiteitsziekenhuizen. Wie het geluk heeft als coassistent te worden geplaatst in een perifeer ziekenhuis, maakt een goede kans tenminste naar behoren een wondtoilet te leren verrichten of een na-geextractie lege artis uit te voeren.

Of het zelfstandig behandelen van „minor ailments” een grote plaats zal innemen in de praktijkvoering van de huisarts is afhankelijk van verschillende factoren. In de eerste plaats is daar de persoonlijk gerichte belangstelling: de een praat liever, de ander snijdt graag. In de grote steden, waar goed geoutilleerde traumatologische poliklinieken dag en nacht zijn bemand, zal de huisarts vanzelf meer verwijzen dan ten plattelande, waar economische factoren een behandeling ter plaatse wenselijk maken. Tenslotte is een belangrijke factor: wat verwacht de patiënt van de huisarts in dit opzicht? Het zal de status van de huisarts niet verhogen indien hij een in lekenogen eenvoudige technische ingreep niet

zelf kan of wil verrichten. In dit opzicht zou men kunnen stellen: de huisarts moet behandelen, wat door hem behandelbaar is (*Huygen*).

Gezien de al eerder genoemde toenemende verstedelijking van Nederland dreigt het gevaar, dat de grote chirurgische centra ook de kleine traumata blijvend zullen gaan behandelen, hetgeen mede is toe te schrijven aan de vaak moeilijke bereikbaarheid of de onvoldoende interesse en uitrusting van de huisarts. Wil men hierin verandering aanbrenge, dan zal ook op dit gebied onderzoek moeten worden verricht naar de aard en duur van de behandeling van die afwijkingen, die in de huispraktijk kunnen worden behandeld. Behalve minimum-eisen aangaande de aandoeningen, die wel of niet hieronder moeten worden gerekend, zal men niet kunnen ontkomen aan een zekere standaardisatie in de behandelingsmethoden. Bij het opstellen van nascholingsprogramma's zal men hiermee rekening moeten houden, waarbij wordt gedacht aan practica en het vertonen van films en dergelijke. De specifieke eisen, die hierbij aan de huisarts worden gesteld, maken het noodzakelijk dat soms gebruik moet worden gemaakt van technieken, die in specialistische centra minder gebruikelijk zijn. Een fraai voorbeeld hiervan is de „no touch”-techniek bij het hechten van wonden, door Gaymans gedemonstreerd op de Utrechtse Artsencursus 1963. De huisarts zal de wondhechting dikwijls zonder assistentie moeten uitvoeren. Het is dan moeilijk om de handen steriel te houden. Bij de „no touch”-techniek worden noch de wond, noch de draad en naald met de handen aangeraakt.

Een belangrijk en dankbaar veld van onderzoek voor het Huisartsen-Instituut ligt in research over methodieken en technieken, die thans door middel van persoonlijke „trial and error” worden gehanteerd (*Huygen*). De huisarts dient zelf bewust eigen taken en mogelijkheden te formuleren, methodisch op te bouwen en hiertoe de nodige voorzieningen te creëren (*Buma*).

*Tabel 7 Het voorschrijven.  
Analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten,  
uitgedrukt in procenten*

|  | totaal | kinderen | volwassenen | bejaarden |
|--|--------|----------|-------------|-----------|
| Medicamenten .....                       | 39,3   | 27,0     | 39,4        | 56,6      |
| Dieet .....                              | 5,1    | 2,7      | 5,3         | 8,1       |
| Fysische therapie<br>en dergelijke ..... | 5,2    | 1,1      | 7,0         | 4,7       |

*Het voorschrijven.* In ongeveer 40 procent van de contacten werd door ons een geneesmiddel voorgeschreven. Naarmate de patiënten ouder waren was dit meer het geval, patiënten boven de 65 jaar kregen zelfs medicijnen in meer dan de helft van het aantal contacten (*figuur 3*). Uit de onderzoeken

van *Van Zonneveld* weten wij dat het geneesmiddelengebruik ook boven de 65 jaar nog sterk stijgt, volgens deze auteur betreft het hier vooral laxeer- en slaapmiddelen benevens vitaminepreparaten.

Van pas afgestudeerde artsen hoort men steeds weer de klacht dat zij op de universiteit zo weinig van de therapie hebben geleerd. Dit is maar ten dele juist. Wanneer een goede therapeutische werking van een geneesmiddel vaststaat, komt dit middel wel degelijk op college ter sprake. Dit is echter bij lang niet alle geneesmiddelen het geval! *Rypkema* heeft in zijn dissertatie „Een onderzoek naar het geneesmiddelengebruik in Nederland” een groot aantal recepten en voorschriften kritisch besproken. Deze onderzoeker zegt: „Hoe geringer de betekenis is, die aan het medicament bij de behandeling van een bepaald ziektebeeld moet worden toegekend, hoe groter de kans op spreiding in de aard van de receptuur”. Nemen wij als voorbeeld de hoestmiddelen. Hoesten is de meest voorkomende klacht waarmee de patiënt bij de huisarts komt (*Van der Wielen*). Over de werking van hoestmiddelen is de kennis echter nog betrekkelijk gering. „Velen zien deze middelen dan ook slechts als placebo's” schrijft *Rypkema*. Van een groot aantal geneesmiddelen kan echter hetzelfde worden gezegd!

\* \* \*

Het lijkt ons daarom een eerste vereiste dat de huisarts uiterst kritisch staat tegenover de werking van geneesmiddelen zolang niet uit wetenschappelijke publikaties is gebleken dat de gewenste werking evident is. Dit geldt speciaal voor nieuwe medicamenten. In Nederland komt per dag ongeveer één nieuw geneesmiddel op de markt. Hoe moet men nu als huisarts op deze overvloed reageren? Het beste lijkt ons: de eerste tijd in het geheel niet! Mocht een nieuw middel werkelijk iets bijzonders zijn dan leest men dit wel in de geneeskundige tijdschriften.

Een kritische instelling is niet alleen vereist ten opzichte van nieuwe medicamenten. De Nederlandse arts is, veel meer dan zijn buitenlandse collega, gewend combinaties van geneesmiddelen voor te schrijven. *Rypkema* schrijft hierover „dat het combineren van geneesmiddelen in het algemeen een zelden verantwoorde therapeutische speculatie inhoudt” en dikwijls veel bezwaren heeft. Wanneer de arts zich realiseert dat hij een aantal geneesmiddelen alleen als placebo's gebruikt, is het zonder meer duidelijk dat het dan noodzakelijk is dat hij uitsluitend de goedkoopste en de volmaakt onschuldige voorschrijft.

Het aantal werkelijke geneesmiddelen waarover de huisarts kan beschikken neemt echter gelukkig ook steeds toe. Juist door allerlei nieuwe ontdekkingen (onder andere de antibiotica) is de huisarts in staat sommige patiënten, die hij vroeger moest verwijzen, thuis te behandelen, terwijl ook het omgekeerde voorkomt (onder andere door de anti-coagulantia).

Ten aanzien van de geneesmiddelen die hij zelf

voorschrijft zal de huisarts bijzonder goed de toxische bijwerkingen moeten kennen. Het boek van *Meyler* behoort dan ook in de bibliotheek van iedere huisarts aanwezig te zijn.

Tenslotte mogen wij adviseren dat de huisarts, indien hij een juist oordeel wil krijgen over de werkzaamheid en toxische bijwerkingen van een geneesmiddel, uit elke therapeutische rubriek slechts een gering aantal medicamenten gebruikt, dus een of twee digitalispreparaten, een of twee soorten „maagtabletten”, twee of drie verschillende analgetica, enzovoort.

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat er bij de huisartsen in de toekomst een grote behoefte zal bestaan aan deskundige medisch-farmaceutische voorlichting.

Dezelfde kritische instelling, welke de huisarts dient te hebben ten aanzien van de werking van medicamenten, moet aanwezig zijn ten aanzien van het nut van het voorschrijven van een dieet. Uit ons onderzoek zien wij dat vooral de oudste leeftijdsgroep een dergelijk voorschrift kreeg. Het beste is een dergelijk voorschrift ook inderdaad schriftelijk te geven en zo eenvoudig mogelijk te houden. Moet een dieet werkelijk gedurende lange tijd worden gehouden, dan zal de huisarts de hulp van een diëtiste moeten inroepen. Speciaal geldt dit ten aanzien van vermageringsdiëten.

Hoe vaak dieetvoorschriften zinloos worden gegeven blijkt uit het onderzoek van *Van Zonneveld*: meer dan 10 procent van de onderzochte mannen boven de 65 jaar en meer dan 20 procent van de vrouwen boven de 65 jaar volgden een zoutloos of zoutarm dieet. Afgezien van de vraag of een dergelijk dieet nuttig is — het werkt zelfs vaak schadelijk, is kostbaar en remt de eetlust — komt er niets van terecht!

\* \* \*

Over de indicaties voor fysische therapie krijgt de arts tijdens zijn opleiding praktisch niets te horen. In Nederland bestaat op dit punt een grote achterstand, die enigermate wordt ingelopen nu de fysische therapie vooral wordt gekoppeld aan de reumatologie en de revalidatie (*Baruch*). Ondanks deze achterstand vormen de „mechanische en fysische behandelingsmethoden” een verstreking van de ziekenfondsen waarop de verzekerde „op verzoek van de behandelend arts” recht heeft. Het lijkt ons dat ook op dit punt de huisarts gaarne deskundige voorlichting ontvangt.

Men dient echter wel te bedenken, dat in de ruim 5 procent gevallen, waarbij in ons onderzoek fysische therapie werd voorgeschreven, ook zijn begrepen de eenvoudiger adviezen, welke de huisarts hierover geeft, zoals voet oefeningen, warme baden en het voorschrijven van een „smeersel”. In vele gevallen zal de werking slechts een suggestieve zijn.

*Tabel 8 Het adviseren.  
Analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten,  
uitgedrukt in procenten*

|                         | totaal | kinderen | volwassenen | bejaarden |
|-------------------------|--------|----------|-------------|-----------|
| Dagelijkse activiteit . | 18,9   | 16,8     | 20,3        | 17,0      |
| Voeding .....           | 8,6    | 28,0     | 2,3         | 2,7       |
| Persoonlijke hygiëne    | 8,2    | 13,3     | 7,0         | 4,9       |
| Verboden .....          | 1,4    | 0,8      | 1,9         | 0,9       |
| Verwijzen .....         | 7,5    | 4,6      | 8,8         | 6,9       |
| Andere adviezen .....   | 6,1    | 6,5      | 6,0         | 4,9       |

*Het adviseren.* Over het geven van een advies heeft een onzer (*Bremer*, 1963) in dit tijdschrift een algemene beschouwing gegeven. Wij beperken ons hier tot de verschillende onderwerpen waarover door ons tijdens het onderzoek een advies werd gegeven.

De adviezen betreffende de dagelijkse activiteiten (meer rust, vroeger naar bed, niet werken, weer gaan werken, enzovoort) staan, evenals bij Scott, bovenaan de lijst in frekwentie. In *tabel 8* zien wij dat deze adviezen over de drie leeftijdsgroepen vrij gelijkmatig zijn verdeeld (respectievelijk 16,8, 20,3 en 17,0 procent). Praktisch al deze adviezen berusten op empirie. Of op gewoontevorming? Waarom moet iemand met een maagzweer, met een hernia nuclei pulposi, of een hepatitis infectiosa altijd maar weer zes weken naar bed? In de toekomst zal de huisarts veel meer moeten individualiseren en zijn advies moeten baseren op objectieve verschijnselen in plaats van een star schema te hanteren. Ook over het moment van werkherhvatting geeft de huisarts dikwijls advies. Overleg tussen de behandelend en de controlerend geneesheer zal in de toekomst veel meer moeten plaats vinden om tot een, ook economisch, verantwoorde beslissing te komen. Beter dan vroeger ziet men tegenwoordig ook de gevaren in van het geven van rust in het algemeen en van bedrust in het bijzonder. Speciaal bij bejaarde patiënten moet de arts met het geven van dergelijke adviezen zuinig zijn (*Chapchal, Schreuder*).

Bij het geven van een advies betreffende de voeding doet zich het feit voor dat hier de groep kinderen zeer sterk overweegt: 28,0 tegen 2,3 en 2,7 procent bij de andere groepen. Dit is begrijpelijk omdat deze adviezen vooral worden gegeven op zuigelingen- en kleuterbureaus tijdens preventieve contacten.

Op twee punten willen wij hier de aandacht vestigen. In de eerste plaats geeft de arts hier advies aan gezonden. Het betreft hier in feite het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Onlangs verscheen een rapport over deze materie uitgebracht door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, waarin veel behartenswaardige dingen worden gezegd. In de tweede plaats heeft de arts

hier vooral te maken met de moeder van het kind. Het komt ons voor dat op dit feit nog te weinig de nadruk is gelegd. Over de relatie tussen moeder en kind leert de arts zo goed als niets, terwijl toch praktisch alle contacten van de huisarts met het kind via de moeder lopen. Hoe moet de arts te werk gaan als hij de relatie moeder-kind „on gezond” vindt, zoals dat bijvoorbeeld het geval is bij de zogenaamde overprotectie? Hier komen allerlei pedagogische aspecten ter sprake die tijdens de opleiding aan het gezond verstand van de aanstaande arts worden overgelaten. Waarschijnlijk ten onrechte.

Een belangrijk punt is dat de arts bij het geven van adviezen over de voeding moet spreken in een taal, welke de mensen verstaan. De begrippen koolhydraten, eiwitten en vetten zijn praktisch altijd onbekend. Dat melk „eiwit” bevat vindt men vreemd en boter is geen „vet”. Een aantal folders van het „Voorlichtingsbureau voor de Voeding” moet iedere huisarts ter beschikking hebben, waardoor een advies meer tot zijn recht zal komen.

Ook bij het advies geven op het gebied van de persoonlijke hygiëne overweegt de groep van de kinderen: 13,3 tegen 7,0 en 4,9 procent in de beide andere groepen. Ook hier begeeft de arts zich op het terrein van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (g.v.o.) en ook hier verwijzen wij de lezer gaarne naar het reeds genoemde rapport.

Het geven van negatieve adviezen (verboden) kwam bij ons weinig voor. Overigens moet aan deze post weinig waarde worden toegekend, omdat hier persoonlijke opvattingen een zeer sterke rol spelen, terwijl bovendien een deel van de verboden werd ondergebracht bij de desbetreffende onderwerpen (voorschrijven van een dieet, adviseren betreffende dagelijkse activiteiten, voeding, enzovoort).

Een zeer belangrijke taak van de huisarts is het verwijzen. Tijdens ons onderzoek kwam dit in 7,5 procent van de contacten voor. Het blijkt dat de huisarts het overgrote deel van de patiënten zelf kan behandelen. Dit feit is reeds zeer vaak aangetoond en steeds komen getallen van dezelfde orde van grootte te voorschijn. Het is daarom absurd te veronderstellen dat het beter zou zijn de genezende taak van de huisarts steeds meer aan de specialist over te laten.

Het verwijzen van de huisarts moet een selectie zijn zodanig, dat de specialistische geneeskunde haar toepassing vindt waar deze nodig is. Op deze manier gezien is deze functie van de huisarts ook economisch belangrijk: de huisarts moet er voor zorgen (voor zover dat in zijn vermogen ligt) dat het voor de curatieve gezondheidszorg uitgegeven geld terecht komt waar dit nodig is. Men moet de invloed van de huisarts op het kostenpeil niet onderschatten!

In 1958 had een arts-medewerker aan een ziekenfonds een verwijzingspercentage van 46,6; de totale kosten bij het ziekenfonds bedroegen voor deze praktijk f 120.000. In hetzelfde jaar had een andere arts-medewerker aan hetzelfde ziekenfonds, met een zelfde praktijkgrootte, een ver-

wijspercentage van 8,5. De totale kosten bedroegen hier f 35.000 (gegevens van Algemeen Ziekenfonds „Alphen en Omstreken”).

Terecht zegt *Ruhe* „dat het niet in orde is dat de verwijspersentages zo sterk uiteenlopen”. Er zijn verschillende redenen om te verwijzen: *Paterson* zegt: „because we do not know”, „because we cannot do” en „because we need moral support”.

De huisarts dient nu bij elke verwijzing door zijn onderzoek zover mogelijk te komen, zodat tenslotte de tweede groep de belangrijkste groep wordt. *Hopkins* poneert: alleen die patiënten moeten worden verwezen, die een behandeling moeten ondergaan welke niet in de algemene praktijk kan plaats vinden. Dit betekent dat de huisarts moet kunnen beschikken over röntgen- en laboratoriumfaciliteiten.

Ook in het maatschappelijk werk komt verwijzen voor. De commissie „Onderzoek Maatschappelijk Werk” gaf in 1962 een bulletin uit: „De verwijzing in het maatschappelijk werk” waarin ook voor de huisarts veel belangrijks staat.

Primair is dat de huisarts, wil hij goed verwijzen, kennis moet hebben van de eigen taak en mogelijkheden ten aanzien van zijn patiënten. Tevens moet hij op de hoogte zijn van de medische mogelijkheden in het algemeen en ook waar deze mogelijkheden zijn te realiseren. Elke verwijzing vergt een goede voorbereiding van de patiënt, een optimale contactlegging met de specialist en later vaak een bepaalde nazorg van de patiënt. Tenslotte is de groep van de verwezen patiënten belangrijk omdat de huisarts hier zijn diagnostisch vermogen kan toetsen aan de diagnose van de specialist (*Bloor*).

\* \* \*

Aan het slot van het hoofdstuk over het adviseren willen wij nog wijzen op het vraagstuk van de geboorteregeling dat „een van de belangrijkste gezondheidsproblemen is van deze tijd” (*Muntendam*). Hier moet de huisarts volledig in staat zijn alle nodige adviezen te geven. (In ons onderzoek werden deze adviezen ondergebracht bij „andere adviezen”). De techniek van de geboorteregeling, waar onze lieve (ongehuwde) Alma Mater zo voor terugschrikt, kan onder andere worden geleerd tijdens een stage op een van de bureaus voor huwelijks- en geslachtsleven (*Musaph*).

*Tabel 9 Het verklaren of uitleggen.  
Analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten,  
uitgedrukt in procenten*

|  | totaal | kinderen | volwassenen | bejaarden |
|--|--------|----------|-------------|-----------|
| Normale functies van het lichaam en dergelijke ..... | 2,2    | 3,2      | 2,4         | 0,4       |
| Uitleg ziekte .....                                  | 18,7   | 13,9     | 20,5        | 18,8      |
| Diversen .....                                       | 0,5    | 0,6      | 0,6         | —         |

*Verklaren of uitleggen.* Uit *tabel 9* blijkt dat wij tijdens ons onderzoek vooral uitleg betreffende ziekte gaven. Terecht zegt het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid dan ook: „De situatie van de huisarts brengt verder mede dat hij in het algemeen meer voorlichting zal geven over ziekte dan over gezondheid en hygiëne”. Het gaat hier dus om gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de curatieve sfeer, dat wil zeggen door middel van dit verklaren of uitleggen tracht de arts de patiënt te overtuigen van de zin en het belang van bepaalde therapeutische maatregelen om zodoende de nodige medewerking van de patiënt te verkrijgen. Gezien de voorlichting, welke het publiek tegenwoordig krijgt via pers, radio en televisie, zal de huisarts zich in de toekomst meer op deze zaken moeten toelagen. Ook hier mogen wij de lezer verwijzen naar het reeds eerder genoemde rapport en naar het referaat dat onlangs in dit tijdschrift verscheen (1963) huisarts en wetenschap 6, 239).

Afgezien van het werk dat de huisarts doet als leider van een zuigelingen- en kleuterbureau, geeft hij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in eigenlijke zin meer in incidentele gevallen. Men vraagt zich af of de aanpak hiervan niet wat systematischer kan zijn. Men zou zich kunnen voorstellen dat de huisarts zich bijvoorbeeld meer gaat toeleggen op de preventie van ongevallen in de woning (*De Haas*). Ook een bibliotheek voor patiënten (*Bremer*, 1962) kan worden gezien als een poging de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding meer systematisch te bedrijven.

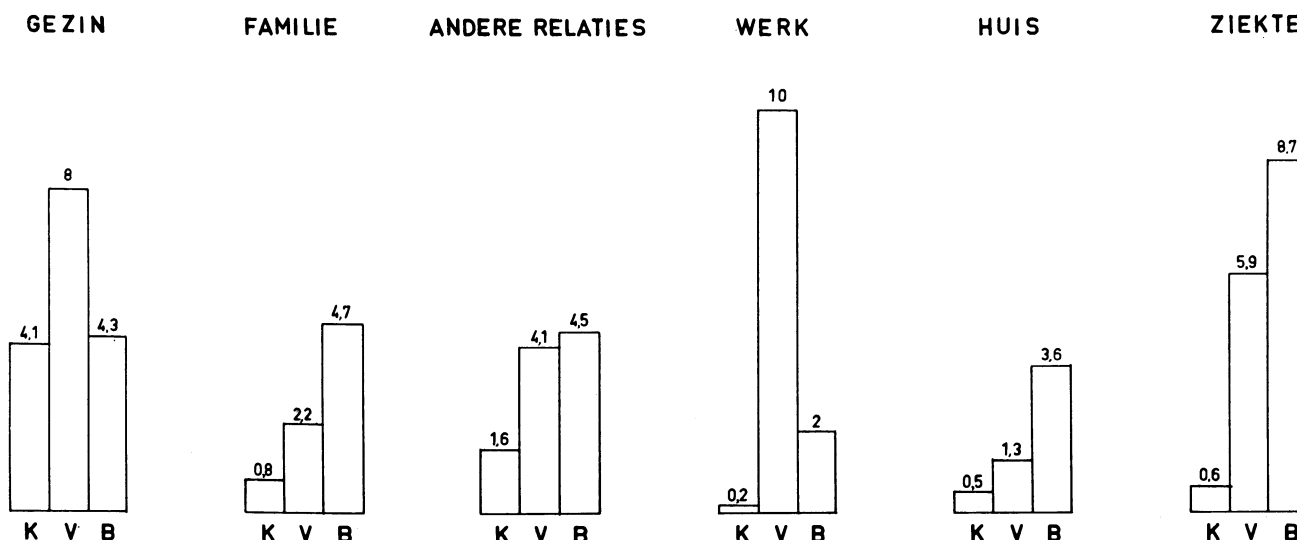
Tenslotte geven wij nog een citaat uit het reeds enkele malen genoemde rapport: „Vooralsnog hangt de gezondheidsvoorlichting in de huisartspraktijk in hoge mate af van de belangstelling en de psychische geaardheid van de individuele huisarts. Het zou van nut zijn, indien het N.H.G., dat zich bezig houdt met de meningsvorming over het wezen van de huisartsengeneeskunde, aan het aspect van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in dit verband meer aandacht zou geven”.

*Tabel 10 Het gesprek.  
Analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten,  
uitgedrukt in procenten*

|                               | totaal | kinderen | volwassenen | bejaarden |
|-------------------------------|--------|----------|-------------|-----------|
| Gezinsrelaties .....          | 6,4    | 4,1      | 8,0         | 4,3       |
| Familierelaties .....         | 2,3    | 0,8      | 2,2         | 4,7       |
| Andere relaties .....         | 3,5    | 1,6      | 4,1         | 4,5       |
| Werk .....                    | 6,3    | 0,2      | 10,0        | 2,0       |
| Huis .....                    | 1,4    | 0,5      | 1,3         | 3,6       |
| Ziekte .....                  | 5,1    | 0,6      | 5,9         | 8,7       |
| Diversen .....                | 1,4    | 1,0      | 1,4         | 2,2       |
| Therapeutisch luisteren ..... | 1,4    | —        | 2,1         | 1,1       |

## GESPREK

K = KINDEREN  
V = VOLWASSENEN  
B = BEJAARDEN  
IN PROCENTEN (%)



*Figuur 4 Huisarts-patiënt contacten verdeeld naar de verschillende onderwerpen van gesprek op de verschillende leeftijden*

*Het gesprek.* In de inleidende beschouwing werd reeds omschreven welke gesprekken tussen huisarts en patiënt als zodanig werden geregistreerd. Aangezien in de loop van één gesprek vanzelfsprekend verschillende betrekkingen van de patiënt tot zijn omgeving ter sprake komen, zoals bijvoorbeeld gezin en werkkring, is het totale aantal genoteerde contacten meer dan de som van het aantal gevoerde gesprekken. Indien wij toch ter vergelijking van de verschillende leeftijdsgroepen tot een optelling mogen besluiten, dan zien wij dat zowel bij volwassenen als bij bejaarden in ongeveer 30 procent een gesprek over een van de genoemde onderwerpen werd gevoerd, tegen nog geen 9 procent bij de kinderen. Dit laatste percentage wordt gedrukt door het relatief grote aantal preventieve contacten bij kinderen, waarbij een gesprek dikwijls overbodig is (inertingen).

Bij een vergelijking tussen volwassenen en bejaarden is het niet verwonderlijk dat bij de eerste groep het werk (10 procent) het voornaamste onderwerp van gesprek is, direct gevolgd door het gezin (8 procent), terwijl bij de ouden van dagen vooral problemen rondom de ziekte zelf de mensen bezig houdt (8,7 procent) (*figuur 4*). Het niet meer actief betrokken zijn bij het arbeidsproces en de verminderde zorg over het gezin doen de belangstelling voor de buitenwereld vernauwen en vooral concentreren op eigen gezondheid en de naderende kwalen, die de hogere leeftijd met zich brengt.

Aan welke voorwaarden een werkelijk gesprek tussen huisarts en patiënt moet voldoen is door een onzer reeds eerder in dit tijdschrift beschreven (Bremer, 1961). Uit deze beschouwing blijkt dat bij

de opleiding de gesprekstechniek zeker geen onderwerp van systematische studie is en dat zelfs lang niet alle artsen, die direct of indirect bij de opleiding zijn betrokken, het nut hiervan inzien. Wanneer wij hebben vastgesteld dat aan de universiteiten van een scholing in gesprekstechniek voorlopig geen sprake zal zijn, zo zal hieraan bij de nascholing van de huisarts meer aandacht dienen te worden besteed. Gezien het relatief grote percentage gesprekken, waarin gezin en werkmilieu een rol spelen, zou het wellicht niet onverstandig zijn indien wij ons oor te luisteren zouden leggen bij kringen uit het bedrijfsleven en het maatschappelijk werk, waar men ons in dit opzicht zeker voor is.

Een enkele woord over het gesprek, waarbij de ziekteproblemen aangeroerd worden. Na gezin en werk neemt dit bij de gemiddelde cijfers de derde plaats in (5,1 procent). Dat de huisarts hier een specifieke taak heeft, valt vooral op wanneer men een patiënt in het ziekenhuis opzoekt en men hem vraagt, wat de specialist over zijn toestand heeft gezegd. In vele gevallen zal het antwoord zijn: „Och, u weet wel, ze zeggen je hier toch niets!” Het komt voor dat patiënten worden geopereerd of geobserveerd en daarna ontslagen zonder dat er blijkbaar gelegenheid is geweest voor een rustig gesprek over de aard van de ziekte en de toekomstverwachting. Waar dit soms wordt overgelaten aan de jongste assistent, bestaat het gevaar dat het gesprek op minder tactische wijze wordt gevoerd en de huisarts na ontslag patiënt en diens familie in paniek aantreft. Meer overleg tussen specialist en huisarts is hier gewenst: het doet er niet altijd toe wie van beiden het gesprek voert, als het maar gebeurt.

De tijd, waarin de patiënt zich als vanzelfsprekend onderwierp aan de autoriteit van de arts, is voorgoed voorbij. In de toekomst zullen wij rekening hebben te houden met mensen, die terecht willen weten wat wij met hen van plan zijn, die op de hoogte willen worden gehouden met te verwachten onderzoeken en behandelingen. Bij de beperktheid van de mogelijkheden tot direct behandelen en gezien de twijfelachtige waarde van de wassende stroom geneesmiddelen, zal het gesprek voor de huisarts een grote diagnostische en therapeutische waarde kunnen hebben. Behalve als onderdeel van de anamnese zal de aard ervan veelal voorlichtend en adviserend zijn.

Therapeutisch ligt voor de huisarts de waarde van het gesprek vooral in de geruststelling van die patiënten, die hun onzekerheid en levensangst aan de huisarts aanbieden in de vorm van lichamelijke klachten. Wij verwachten, dat de betekenis hiervan in de toekomst zal toenemen.

Dat de huisarts bij het gesprek meestal zelf teveel aan het woord is, moge blijken uit het feit, dat in slechts 1,4 procent sprake was van werkelijk therapeutisch luisteren, waarbij wij wel dienen te bedenken, dat deze rubriek werd gereserveerd voor die gevallen, waarin inderdaad korte psychotherapie werd bedreven. Ook bij de niet onder deze categorie vallende contacten zullen er vele zijn geweest, waar het zwijgen van de arts heeft bijgedragen tot de genezing.

*Registreren.* Dat registreren een veel voorkomende bezigheid is in de huisartspraktijk zal wel niemand willen ontkennen. Wij gebruiken beiden de N.H.G.-kaart en wel in meer dan 40 procent van de contacten. Dit ogenschijnlijk lage cijfer wordt veroorzaakt door het niet elke keer noteren van iteraties, verbandwisselingen en dergelijke. Ook een groot deel van de preventieve contacten met kinderen werd niet op de werkaart genoteerd, maar uiteraard wel op de zuigelingen- en kleuterlijsten. Eveneens kwam het gebruik van de werkaart enige tijd na het contact dus niet ter sprake (overleg met specialisten, inschrijven van gegevens uit specialistenbrieven en dergelijke). Het is jammer dat niet iedere huisarts met deze kaart werkt. Het Engelse systeem, waarbij de National Health Service de kaarten beheert en waarbij deze kaart tevens het bewijs is dat de desbetreffende patiënt bij de arts is ingeschreven, heeft belangrijke voordelen. Het noteren van gegevens in de zuigelingen- en kleuterlijsten doet het registreren, onder „diversen”, in de kindergroep tot 32,1 procent stijgen. Het valt te betreuren dat deze lijsten later verzeild raken in een archief waar niemand er meer iets aan heeft.

De toenemende specialisering doet de betekenis van een centrale registratie van gegevens door de huisarts stijgen. Het is merkwaardig, dat bij verhuizing van een patiënt slechts zelden de nieuwe huisarts om toezending van deze gegevens vraagt, ook in gevallen waar men zonder nadere inlichtingen onmogelijk een goede behandeling kan continueren.

Mogelijk valt ook hier te denken aan het Engelse systeem, waarbij de huisarts verplicht is het medisch archief van de vertrekkende patiënt op te sturen naar een medical council, die voor doorzending naar de nieuwe huisarts zorg draagt.

*Nabeschouwing.* Uit het door ons ingestelde onderzoek zijn geen vergaande conclusies te trekken. Daarvoor is het te beperkt en te persoonlijk. Hetgeen echter wel duidelijk naar voren springt is, dat de werkzaamheden van de huisarts voor het overgrote deel in de curatieve sfeer plaats vindt. Behalve het begeleiden, adviseren en het te zijner tijd verwijzen zal hij zich voornamelijk hebben bezig te houden met de daadwerkelijke behandeling van die grote groep van patiënten, wier lichamelijke en geestelijke stoornissen buiten de muren van het ziekenhuis blijven. De huisarts van de toekomst zal zich niet zozeer hebben te richten naar wat er van hogerhand voor hem wordt uitgedacht, doch veel eerder naar wat zijn patiënten van hem verwachten. Hoewel de preventie een belangrijk onderdeel van zijn werk zal blijven, dienen wij er rekening mee te houden dat de toenemende urbanisatie van Nederland deze taak van de huisarts eerder zal doen verkleinen dan vergroten. Kennis, vaardigheid en menselijke belangstelling zijn en blijven essentiële voorwaarden voor een juiste uitoefening van dit beroep.

*Samenvatting.* Op de vraag hoe de toekomstige ontwikkeling van de huisartspraktijk in Nederland zou kunnen zijn werd getracht antwoord te vinden door eerst een systematische indeling te maken van de werkzaamheden van de huisarts in de volgende negen groepen: anamnese opnemen, onderzoeken, behandelen, voorschrijven, adviseren, verklaren of uitleggen, spreken met de patiënt, therapeutisch luisteren en registreren. Hierna werden deze negen werkzaamheden verder onderverdeeld in dertig soorten. Vervolgens werden in een stads- en een dorpspraktijk, gedurende vier weken, totaal 2.630 huisarts-patiënt contacten aan de hand van deze indeling geanalyseerd. Tenslotte werd elk van deze werkzaamheden afzonderlijk besproken waarbij aandacht werd geschonken aan: het kwantitatieve aspect, het onderwijs, de wetenschappelijke aanwinsten en de mogelijke toekomstige ontwikkeling.

*Summary. Activities in general practice, at present and in future.* The question of possible future developments in general practice in the Netherlands was raised. In an attempt to answer this question, the general practitioner's present activities were first systematically divided into the following nine categories: history taking, examination, treatment, prescription, advice, explanation or elucidation, discussion with the patient, therapeutic listening and registration. These nine categories of activity were then subdivided into 30 different types. During a subsequent four-week period, a total of 2630 practitioner-patient contacts in an urban and a rural practice were analysed on the basis of this division. Each of these activities was then separately discussed with reference to the quantitative aspect, teaching, scientific acquisitions and possible future developments.

- Backett, E. M. e.a. (1957) *Lancet* I, 37.  
Baruch, J. Z. (1958) *Academisch Proefschrift*, Amsterdam.  
Bloor, D. U. (1962) *Practitioner* 189, 660.  
Bremer, G. J. (1961) *huisarts en wetenschap* 4, 279.  
— (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 341.  
— (1963) *huisarts en wetenschap* 6, 292.  
Buma, J. T. (1959) *Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg*. Uitgave: Nederlandsch Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.



- Chapchal, G. (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 1837.
- Commissie Onderzoek Maatschappelijk Werk (1962) De Verwijzing in het maatschappelijk werk. Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage.
- Dool, C. W. A. van den (1960) Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. H. E. Stenfort Kroese n.v., Leiden.
- Dijkhuis, H. J. P. M. (1963) Ziekenfondsgids 4, 50.
- Goor, J. A. van (1961) Huisarts en preventieve gezondheidszorg. Van Gorcum en Comp., Assen.
- Haas, G. de (1958) Academisch Proefschrift, Groningen.
- Hopkins, P. (1956) Brit. med. J. II, 873.
- Huygen, F. J. A. (1959) huisarts en wetenschap 3, 54.
- Jansen-Emmer, E. M. (1958) Academisch Proefschrift, Amsterdam.
- Jordan, F. L. J. (1948) Handleiding voor het algemeen lichamenlijk onderzoek, 3e druk. Erven J. Bijleveld, Utrecht.
- Koos, Earl L. (1954) The health of Regionville. Columbia University Press, New York.
- Meyler, L. (1954) Schadelijke nevenwerkingen van geneesmiddelen, Van Gorcum en Comp., Assen.
- Muntendam, P. (1960) huisarts en wetenschap 3, 387.
- Musaph, H. (1960) Het consultatiebureau voor huwelijks- en geslachtsleven. Uitgave N.V.S.H. - 's-Gravenhage.
- Paterson, J. K. (1959) J. Coll. Gen. Pract. 2, 160.
- Raad, Centrale — voor de Volksgezondheid (1962) „Advies gezondheidsvoorlichting en -opvoeding”. Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid.
- Ruhe, H. A. M. (1957) Een huisartspraktijk in 1938 en 1954. Van Gorcum en Comp., Assen.
- Rypkema, B. H. (1954) Academisch Proefschrift, Amsterdam.
- Schreuder, J. Th. R. (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 410.
- Scott, R. e.a. (1960) Brit. med. J. II, 293.
- Vercruyse, E. V. W. (1960) Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek. Van Gorcum en Comp., Assen.
- Voorhorst, R. (1963) huisarts en wetenschap 6, 270.
- Westreenen, E. van (1961) huisarts en wetenschap 4, 20.
- (1962) huisarts en wetenschap 5, 202.
- Weijel, J. A. (1961) Medische Psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht.
- Wibaut, F. (1962) De methode der geneeskunde. De Erven F. Bohn n.v., Haarlem.
- Wielen, Y. van der (1960) De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Van Gorcum en Comp., Assen.
- Ziekenfonds „Alphen en Omstreken” Medisch-Statistische gegevens over 1958.
- Zonneveld, R. J. van (1961) The health of the aged. Van Gorcum en Comp., Assen.

## Continue morbiditeits-registratie in een huisartspraktijk

DOOR DR J. Z. S. PEL, HUISARTS TE MIDDELBURG

Sinds september 1957 noteer ik stelselmatig het aantal en de aard van de dagelijkse nieuwe visites. Door deze getallen per week op te tellen en in een grafiek uit te zetten, ontstaat een ziektecurve, die van jaar tot jaar volgens een vast patroon lijkt te verlopen (zie figuur 1, A t/m E).

Voordat hier verder op wordt ingegaan, moge eerst een omschrijving volgen van de gebruikte begrippen. Met „totaal aantal nieuwe visites per week” wordt bedoeld het totaal van de dagelijkse nieuwe boodschappen van maandag tot en met zaterdag. De weekeindvisites vervallen; wel wordt in dit geval een eventuele herhaalvisite op een weekdag meegeteld. Elke visite telt eenmaal, ook al zijn er meer gezinsleden gelijktijdig ziek. Een herhaalde aanvraag voor dezelfde ziekte of voor een eventuele complicatie wordt niet opnieuw meegeteld. Visites bij chronisch zieken worden alleen meegerekend wanneer het een intercurrente aandoening betreft.

Onder „luchtweginfecties” zijn verstaan alle infectieuze aandoeningen van de onderste en bovenste luchtwegen. Met „griep” wordt niet alleen bedoeld het syndroom bij volwassenen en oudere kinderen, dat wordt gekenmerkt door een acuut beginnende koortsperiode, met als voornaamste subjectieve klachten: hoofdpijn, keelpijn en myalgieën, maar ook kortdurende febriele perioden bij jonge kinderen waarbij geen andere oorzaak kan worden gevonden.

In figuur 1 geeft de bovenste getrokken lijn het totaal aantal visites aan, de middelste stippellijn het aantal luchtweginfecties, terwijl de onderste streeplijn het aantal „griep”-infecties aangeeft. De jaar-

lijkse vakantieperiode veroorzaakt in elke zomer een hiaat in de waarnemingen; daarom, en ook omdat in 1957 de registratie in de maand september is begonnen, loopt elke grafiek van zomer tot zomer. In figuur 1A ontbreekt de lijn van het aantal luchtweginfecties; deze cijfers waren niet meer te achterhalen.

*Bespreking van de verkregen gegevens.* De streeplijn, die de frequentie van de „griep” in de huisartspraktijk weergeeft, vertoont een opmerkelijk beeld. Wij zien namelijk dat de „griep” zich het gehele jaar door op een laag endemisch niveau handhaaft. Wanneer wij de weken waarin zich een influenza-epidemie voordoet, dat wil zeggen die weken, waarin het aantal griepboodschappen meer dan 15 per week bedraagt, elimineren, dan schommelt de gemiddelde frequentie tussen de 3 tot 8 nieuwe „griep”-boodschappen per week (tabel 1). Een duidelijke seizoensinvloed op deze „endemische griep” is niet aantoonbaar. Buiten de influenza-epidemieën komt de „griep” in de winter nauwelijks vaker voor dan in de zomer.

Naast deze „endemische griep” wordt de huisarts bijna elk jaar geconfronteerd met een explosie van influenza-gevallen, die een periode van overbelasting veroorzaakt, iedere huisarts bekend als „de griep tijd”. De eerste grafiek (figuur 1A) begint met de influenza-pandemie (A2), waarvan de top viel in de nazomer van 1957. Deze epidemie is atypisch, zowel door de excessief hoge morbiditeit — het maximum van 150 nieuwe boodschappen per week wordt in de volgende jaren niet meer bereikt — als