

gen van het werk in een huisartspraktijk indien men geen deel heeft aan de avond- en nachtvisites, die dikwijls zoveel emotionele factoren in zich dragen en snelle beslissingen vergen van de huisarts. In ons gezin is de aanwezigheid van „de jonge dokter” een welkome afleiding geweest in de lange en koude winter, en heeft in zoverre positief tot de opvoeding bijgedragen, dat mijn kinderen nu kunnen goochelen.

Om dan thans over te gaan tot de positieve elementen van de stage voor de huisarts zelf, zal men begrijpen dat dit heel wat meer is geweest dan het leren goochelen aan de kinderen. De voortdurende aanwezigheid van een jonge collega kan niet anders dan corrigerend werken op ingeslopen fouten en minder juiste behandelingsmethoden, die men zich in zijn eenmansbedrijf nimmer bewust is geweest. Al voor de komst van de semi-arts gaat men met zelfkritiek de spreekkamer langs en verbetert het een en ander, waarvan steeds was gezegd: dat en dat moet ik eens nodig veranderen, maar waarvan steeds niets was gekomen.

Voor mijzelf heeft het tot gevolg gehad, dat ik een betere praktijktas heb aangeschaft, hetgeen anders wellicht nog enige maanden had geduurd. In de dagelijkse besprekingen over onderzoekmethoden en behandelingen, die uiteraard bedoeld zijn ter scholing van de semi-arts zit een groot gedeelte nascholing voor de huisarts zelf. Het onder woorden

moeten brengen van begrippen en handelingen, die voor iedere huisarts duidelijk zijn, doch voor een andere arts irreëel of onbegrijpelijk schijnen is een aspect hiervan, een ander winstpunt is, dat de jonge collega nog heel wat nieuwe feitenkennis kan aandragen, die hij tijdens zijn universitaire opleiding heeft geleerd en dan meestal grondiger en beter, dan wij uit een tijdschriftartikel konden doen. Dergelijke besprekingen kosten natuurlijk wat extra tijd en ook het spreekuur kan niet helemaal in hetzelfde tempo worden volgehouden als anders.

Daartegenover staat, dat in de tweede helft van de maand verschillende patiënten zelfstandig door de co-assistent kunnen worden onderzocht en behandeld, eventueel na gezamenlijk overleg. Kleine manipulaties als het afnemen van bloed voor hemoglobinebepaling en bezinkingsnelheid, het toedienen van injecties kunnen eveneens door hem worden verricht, zodat het tijdverlies enigszins wordt gecompenseerd. Ook het zelfstandig afleggen van huisbezoeken na een eventuele eerste gezamenlijke visite is zowel voor de semi-arts nuttig in verband met het leren dragen van de nodige verantwoordelijkheid en werkt tevens verlichtend voor de opleider.

Samenvattend kan worden gezegd, dat de boven geschetste wederzijdse stimulering in de toekomst een onmisbaar onderdeel zal vormen van wat ons allen zo aan het hart gaat: de opleiding van de huisarts.

Verslag van de stage bij de huisarts

DOOR H. J. M. MARKUS, DESTIJD'S SEMI-ARTS

Om in de hieronder volgende ervaringen, opgedaan tijdens de stage bij de huisarts, meer inzicht te bieden, volgt eerst een beschrijving van de praktische gang van zaken.

De dag begon met het spreekuur voor ziekenfondspatiënten, waarbij ik de eerste twee tot drie weken naast de huisarts zat en, na vooraf gegeven inlichtingen, sommige patiënten onderzocht en een bloedbezinking of hemoglobinegehalte bepaalde. De laatste tien dagen heb ik op dit spreekuur patiënten, die met nieuwe klachten kwamen, van het begin af zelf onderzocht en zo mogelijk behandeld. Naar aanleiding van gemaakte notities werden dan later deze patiënten besproken. Na het ochtendspreekuur visites rijden, de eerste paar weken samen met de arts, daarna vaak alleen. In het begin bezocht ik bij zelfstandig gemaakte visites alleen bekende patiënten, maar geleidelijk aan werden ook „nieuwe” patiënten in mijn programma opgenomen. De bevindingen werden daarna met de huisarts besproken.

's Middags het spreekuur voor particuliere patiënten, waarbij ik als toehoorder aanwezig was en

geen patiënten zelfstandig weghielp. Daarna weer al dan niet alleen visites maken. In het begin van de avond werden de genoteerde vragen besproken; vooral in de eerste dagen waren er nogal veel en hadden ze meestal betrekking op de therapie. In de laatste weken hield ik 's avonds ook de administratie van de door mij bezochte patiënten bij.

Er kan nog worden vermeld, dat, op één particuliere patiënte na, niemand bezwaar maakte tegen mijn aanwezigheid.

Na deze uiteenzetting van de praktische gang van zaken zal ik nu proberen een kort, kritisch overzicht te geven van de ervaringen, welke ik gedurende de maand van dit co-assistentenschap heb opgedaan. Vooreerst krijgt men een goed gefundeerd indruk van het dagelijkse werk van de huisarts. Het lijkt mij onmogelijk om, als men niet van nabij kennis heeft gemaakt met de huisartspraktijk, zich hierover een verantwoord beeld te vormen. Men kan, als men van plan is later huisarts te worden, naar mijn mening eerst op volkomen reële, positieve gronden dit beroep kiezen als men van dichtbij het huisartsenbestaan heeft meegemaakt en ondergaan. Door ver-

halen en informaties van anderen krijgt men beslist een onvolledig en daardoor vaak ook onjuist beeld.

Het was, vooral in het begin van de stage, een grote ervaring te bemerken dat men bij het merendeel van de patiënten niet capabel was een adequate benaderingswijze en therapie te vinden. In het ziekenhuis richt men zijn gehele aandacht op de ziekte, maar hier krijgt men zeer vaak op het spreekuur een zieke, die deze benaming nauwelijks verdient en waarbij je voelt dat, als je je alleen op de meestal zeer geringe klacht concentreert, en de patiënt en jezelf er niet gelukkiger van wordt. Frappant was in dit verband wel, dat men zich bij de zelfstandig afgelegde visites veel zekerder voelde dan bij de zelfbehandelde spreekuurpatiënten. Immers, in het eerste geval kan men zich iets meer richten op de meer op de voorgrond tredende somatische verschijnselen, al is het maar een verhoogde temperatuur, en daarbij een appèl doen op de tijdens de co-schappen in het ziekenhuis verkregen routine. Tijdens het spreekuur wordt men meer geconfronteerd met de voor mij volkomen nieuwe „kleine” psychosomatiek en dit heeft mij voor grote problemen geplaatst. Je merkt dan dat je, wat betreft het opsporen, analyseren en de therapie van de meer psychogene oorzakelijke condities, totaal ongeschoold bent. Tijdens de stage heb ik ervaren, dat er een grote lacune is in de kennis van de receptuur van de minder ernstige aandoeningen. Wat betreft de diagnostiek van de belangrijke somatische ziekten kom je, lijkt mij, voldoende beslagen ten ijs, maar kennis van de diagnostiek en de therapie van de lichte ziekten is nauwelijks aanwezig.

Men krijgt ook een zeer duidelijk inzicht in de praktijkvoering van een grote huisartspraktijk. Je ziet en leert hoe een patiëntenadministratie op de meest efficiënte manier wordt bijgehouden; je leert overlijdenspapieren invullen, verwijfsbrieven schrijven, enzovoort. Ook leer je hoe een ervaren huisarts de patiënten dusdanig instrueert, dat hij 's avonds nog wat tijd voor zichzelf houdt. Je ziet het grote

nut van een afzonderlijk zuigelingen- en kleuterspreekuur en ervaart hoe belangrijk een langer gesprek, in de avonduren met een patiënt gevoerd, kan zijn. Je constateert de inrichting van een spreekkamer, een praktijktas en een verlostas. Van nabij maak je kennis met de intercollegiale verhoudingen en dit geeft vele nieuwe gezichtspunten. De tijdens de co-schappen in de verschillende ziekenhuizen wellicht ongewild gewekte indruk, dat het medisch kunnen van de huisarts op een niet al te hoog peil zou staan, meen ik, gezien mijn ervaring, beslist te moeten ontkennen. Eigenlijk constant maak je kennis met de meer pastorale kant van het werk van de huisarts; het helpen en behandelen van aan een maligne ziekte lijdende patiënten en hun familie, huwelijksmoeilijkheden, opvoedingsproblemen en dergelijke. Vaak merk je dan, dat je er met je gewone „common sense” niet komt en dat een grotere kennis van de gezinspedagogie en gezinspsychologie zeer nuttig zou zijn.

Nog twee praktische opmerkingen: zeer veel hinder ondervond ik bij het zelfstandig visites maken en spreekuur houden van het feit, dat ik nog niet kon oorspiegelen. In feite heb ik dat gedurende deze maand enigszins geleerd. In geringere mate geldt dit ook voor de dermatologie. Daarom verdient het aanbeveling, lijkt mij, de huisarts-stage te lopen na het co-assistentenschap keel-, neus- en oorheelkunde. Voorts geloof ik dat de stage bij de huisarts het co-assistentenschap sociale geneeskunde overbodig maakt. Wellicht is het mogelijk dit laatste te laten vallen, indien men een maand bij een huisarts gaat werken.

Tenslotte: deze maand zou ik niet graag hebben gemist, omdat het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk zo geheel verschilt van dat in een ziekenhuis en men ook ervaart en leert hoe de benadering van en het contact met de patiënt heel anders dient te geschieden dan in een ziekenhuis en op deze manier bepaalde lacunes in de artsopleiding enigermate worden ondervangen.

De toenemende betekenis van de tuberculine-reactie bij afnemende tuberculose

Het door de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie gekozen onderwerp van algemeen volksgezondheidsbelang ter gelegenheid van de viering — op 7 april — van de Wereldgezondheidsdag dit jaar is „De bestrijding van tuberculose”. Het door Dr C. R. N. F. van Joost, hoofd van de afdeling tuberculose-bestrijding van de geneeskundige inspectie van de volksgezondheid, opgestelde exposé over de betekenis van de tuberculinatie als methode van opsporing, bevelen wij gaarne aan in de belangstelling van onze lezers.
Redactiecommissie

Voor de bestrijding van tuberculose is de opsporing van actieve zowel als van potentiële besmettingsbronnen, dat wil zeggen zieken en zich niet ziek voelende lijders aan tuberculose alsmede besmette personen zonder aantoonbare afwijkingen, van fundamentele betekenis. In het begin was de opsporing uitsluitend gericht op de actieve besmettingsbronnen

en bestond uit het onderzoek op de consultatiebureaus van lijders aan (long) tuberculose en van personen met klachten, later ook van contact-personen. Uitbreiding van het onderzoek van contacten leidde ook vaak tot het vinden van potentiële besmettingsbronnen. In een volgende fase ontwikkelde zich het groeps- en bevolkingsonderzoek op tuberculose, dat onbekende en onopgemerkte tuberculose (tuberculosis inapparente) aan het licht bracht.

Naarmate als gevolg van verminderde besmettingskansen tuberculose in frequentie afneemt, daalt het aantal gevallen van actieve tuberculose dat met de beschreven methoden van opsporing wordt gevonden. Het rendement aan actieve tuberculose van de opsporingsarbeid der consultatiebureaus zowel als van het groeps- en bevolkingsonderzoek wordt hoe langer hoe kleiner. Uit een oogpunt van opsporing en bestrijding wordt dan het tuberculose-probleem in afnemende mate bepaald door klinisch manifeste en inapparente tuberculose,