

De bejaarde patiënt; diagnose, therapie en prognose

DOOR DR. J. TH. R. SCHREUDER, INTERNIST

Diagnose. Bij stijgende leeftijd wordt men vaker ziek. Uit het bekende onderzoek van Van Zonneveld blijkt, dat 40 procent van de mannen en 60 procent van de vrouwen gedurende de laatste drie maanden voor dit onderzoek een arts hadden geraadpleegd. Slechts 63 procent van de mannen en 45% van de vrouwen verklaarden niet geregeld medische hulp te behoeven. De bejaarde patiënt is dus de belangrijkste werkgever voor de artsen en de studie van zijn ziekten en hun behandeling verdienen daarom veel meer aandacht dan er op het ogenblik aan wordt gegeven. Dit geldt zowel voor het geneeskundig onderwijs als voor het voortgezet onderwijs op artsen-cursussen. De grootste moeilijkheid hierbij is dat wij over de bejaarde patiënt, en ook over de gezonde bejaarde, nog zo weinig weten. De geriatrie is op dit moment veel meer een taak dan een feit. Dat blijkt al bij de problemen betreffende de diagnostiek.

De diagnose wordt bemoeilijkt door het afwijkende verloop dat vele ziekten op hoge leeftijd hebben, vergeleken met het beeld dat zij op jeugdiger leeftijd vertonen. Hiervan zijn verschillende voorbeelden bekend. Zo zal iedere oudere huisarts de ervaring hebben opgedaan dat een appendicitis bij bejaarden vaak moeilijk valt te herkennen. De pijn is minder hevig en soms zelfs zeer gering. Koorts kan afwezig of minimaal zijn. Het ziektebeeld lijkt dan op de vage buikklachten bij constipatie, die oudere mensen vaak hebben, en men wordt plotseling door een catastrofe verrast.

Wie zich echter in de literatuur over het afwijkend verloop op hogere leeftijd verdiept, bemerkt hoe weinig exact de gegevens hierover zijn. Men beroept zich veelal op klinische ervaring en op enkele sterk sprekende gevallen. Veel vaststaande denkbeelden wat betreft het verloop van ziekten bij bejaarden moeten aan gerechte twijfel worden onderworpen. Verloopt carcinoom op hogere leeftijd werkelijk zoveel minder snel dan op jeugdiger leeftijd? Is longtuberculose op hoge leeftijd voor de patiënt zelf onschuldig en daardoor juist een groot gevaar voor het kleinkind? Of praten we deze dingen elkander maar na? Over de wijzigingen in het ziekteverloop van verschillende aandoeningen in verband met de leeftijd weten wij veel te weinig. Wij kunnen er pas meer van te weten komen door systematische onderzoekingen over de frequentie van bepaalde symptomen bij bepaalde ziekten op hoge leeftijd.

De diagnostiek wordt ook bemoeilijkt doordat bij onze overwegingen de frequentie van bepaalde ouderdomsziekten een te grote rol speelt. Bij maag-

klachten van jongeren bijvoorbeeld denkt men aan ulcus, bij maagklachten van oude mensen aan carcinoom. Er is echter geen enkele ziekte van jongeren, die op hoge leeftijd niet meer voorkomt. De jeugdige leeftijd pleit dus wel tegen carcinoom, maar hoge leeftijd volstrekt niet ervoor. Arteriosclerosis cerebri komt niet bij kinderen voor, maar niet elke psychische stoornis bij bejaarden berust op arteriosclerosis cerebri. Ofschoon dit natuurlijk algemeen bekend is, zijn we toch steeds weer geneigd om bij bejaarden voorkeur te hebben voor het diagnostiseren van de typische bejaardenziekten.

Wat de gegevens betreft, die het laboratorium ons bij de diagnostiek kan verschaffen: we weten te weinig over de invloed die de leeftijd op verschillende functies heeft. Ook hier is het bestaan van stereotype voorstellingen over bejaarden een handicap die men slechts langzaam overwint. Zo heeft lang de voorstelling geheerst dat op hoge leeftijd de longfunctie min of meer automatisch achteruit gaat en dat de bejaarde, die lang genoeg leeft, geleidelijk emfyseem krijgt. Dit is natuurlijk niet zo: bij gezonde boven-70-jarigen vindt men ongeveer dezelfde waarden als bij jongeren, alleen met een grotere spreiding. Daarentegen is de filtratie in de glomeruli bij boven-70-jarigen gemiddeld slechts 50 procent van de bij jongeren gevonden waarden, ofschoon ook hier de spreiding tamelijk groot is.

Er is nog veel onderzoek bij gezonde bejaarden nodig om tot een juiste waardering van de verschillende diagnostische hulpmiddelen in de kliniek te komen. Een voorbeeld van een bepaling die bij bejaarden sterk aan waarde inboet, is de bloedbezinkingssnelheid. Kleinere afwijkingen hiervan hebben slechts geringe betekenis, omdat, zoals onder andere uit het onderzoek van Van Zonneveld, is gebleken dat verhoging van de bezinkingssnelheid bij ouderen tamelijk veelvuldig voorkomt, namelijk bij 20 procent. Dit maakt het raadzaam om niet terstond het gehele diagnostische apparaat in te schakelen indien men bij een routineonderzoek van een bejaarde een verhoogde bloedbezinkingssnelheid vindt.

Een verlaagd hemoglobinegehalte werd bij het onderzoek van Van Zonneveld bij 15 procent van de onderzochten gevonden. Dit staat in tegenstelling tot de waarnemingen van Undritz, medege-deeld op het congres van de European Clinical Section van de International Association of Gerontology, gehouden in Scheveningen in 1961, die geen daling van het hemoglobinegehalte bij gezonde bejaarden vond. Bij de discussies op het congres in Scheveningen is wel gebleken, dat de grootste moeilijkheid wordt gevormd door de omschrijving van

het begrip gezond, speciaal op hoge leeftijd.

Een grote moeilijkheid in de diagnostiek op hoge leeftijd wordt gevormd door de multiple pathologie. Bejaarden die ziek zijn, hebben meer dan één ziekte. Dit is niet te verwonderen, omdat de frequentie van bepaalde aandoeningen, zoals arteriosclerose, met de leeftijd zeer sterk stijgt. Voor een goede diagnostiek is het noodzakelijk alle afwijkingen waaraan de patiënt lijdt op te sporen en zich een beeld te vormen van het geheel. Dit is een bijzonder moeilijke opgave.

In principe ben ik tegen het spreken over geneeskunst, omdat er een valse tegenstelling uit geconstrueerd kan worden tussen geneeskunde als exacte of althans empirische wetenschap en geneeskunst geleid door intuïtie en ervaring. De Duitse zeggwijze „diagnostisches und therapeutisches Fingerspitzengefühl” geeft uitdrukking aan een geestesgesteldheid, die individuele indrukken van de onderzoeker stelt boven zorgvuldige statistische waardering van de frequentie van symptomen en van de resultaten van behandelingen. Toch zit er in het stellen van de diagnose heel dikwijls een artistiek element. Men kan de diagnose vergelijken met een legpuzzel, waaraan stukjes teveel en stukjes te weinig zijn. Het creatieve of, zo men wil, het artistieke element in de diagnostiek is het plotseling zien van het geheel, ook waar delen aan de puzzel ontbreken. Indien men met vijf of zes verschillende diagnoses bij een patiënt heeft te maken, dan worden er aan dit intuïtieve element dat wordt gevoed door de ervaring, opgedaan bij vele zieken, grotere eisen gesteld. De diagnostiek bij bejaarden is daardoor in principe moeilijk.

Hiermede is de invloed van de multipale pathologie echter nog niet uitgeput. Verschillende ziekten zullen het beloop van elke ziekte afzonderlijk kunnen beïnvloeden. De toestand van de patiënt wordt dan ook niet voldoende gekarakteriseerd, indien men alle aandoeningen waaraan de patiënt lijdt met name heeft genoemd. Men moet zich tevens bewust kunnen worden hoe deze ziekten op elkander inwerken en wat voor invloed zij op de patiënt als psychosomatische eenheid in een bepaald milieu zullen hebben. Het moet op den duur mogelijk blijken om in de verwarrende veelheid van symptomen die bejaarden vertonen, bepaalde pathologische reactiepatronen te gaan onderscheiden en zo orde te scheppen in een gebied dat tot dusver nog geheel ongeëxploreerd is.

De bejaarde patiënt heeft als regel niet alleen verschillende aandoeningen tegelijk, men moet bovendien bedenken, dat een symptoom bij dezelfde patiënt vaak verschillende oorzaken heeft. Bij bejaarden komt dikwijls statisch oedeem voor. Dezelfde patiënt kan als oorzakelijke factor van het oedeem ook eiwittekort door langdurige eiwitondervoeding hebben of eiwitverlies door decubitus en bovendien nog decompensatio cordis. Dit maakt de behandeling uiteraard moeilijker.

Ter voorkoming van invaliditeit is het bij bejaarden veelal van fundamenteel belang dat de behan-

deling zo vroeg mogelijk begint. Men kan in het algemeen niet wachten tot de gehele diagnostische fase is afgelopen. De diagnostiek duurt bij bejaarden bovendien gewoonlijk langer dan bij jongeren, omdat men de belasting met allerlei diagnostische proeven zo gering mogelijk moet houden. Een van de fundamentele eigenschappen van de ouderdom is, dat verstoringen van biologische evenwichten in een langzamer tempo worden hersteld. Zo geeft bijvoorbeeld intraveneuze glucosetoevoer hogere bloedsuikerwaarden dan bij jongeren en deze dalen langzamer tot normaal. Hieruit volgt, dat men diagnostische tests in het algemeen niet te snel op elkander kan laten volgen. Ook moet men zich, meer dan bij jongeren, steeds weer afvragen of het nut dat men van een bepaald onderzoek voor de diagnose verwacht, overeenstemt met de moeite en het ongemak dat de bejaarde ervan heeft. In het algemeen moet men onderzoeken, die de patiënt uit zijn evenwicht kunnen brengen, nalaten, indien het te verwachten resultaat geen enkele invloed kan hebben op de behandeling.

We stuiten dus op de paradox, dat er geen soort patiënten is, bij wie de diagnostiek zoveel tijd vraagt als bij de bejaarden, terwijl men er juist bij hen zo weinig tijd voor heeft. Wij hebben een groot gebrek aan exacte kennis over de maximaal toelaatbare arbeidsbelasting voor iedere patiënt, maar de bewegingstherapie kan men veelal niet uitstellen tot de diagnostische fase is afgelopen. Tot nog toe moeten ervaring en klinische blik hier het tekort aan meetbare waarden vervangen.

Therapie. Bij het behandelen van oudere patiënten kan men nooit genoeg doordrongen zijn van de grote gevaren, die elk verblijf in bed voor oudere mensen medebrengt. Ook voor jongeren heeft bedrust schadelijke gevolgen in de vorm van achteruitgang van het spierstelsel en van het skelet. Oudere mensen zijn echter tegen schadelijke invloeden veel minder bestand dan jongere en, zoals reeds opgemerkt, bij hen wordt een verstoord evenwicht altijd moeilijker hersteld.

De inactiviteitsatrofie van het spierstelsel, die bij bejaarden door hun zittende levenswijze vaak toch al aanwezig is, wordt door bedrust in hoge mate verergerd, terwijl herstel door training veel langzamer gaat, veel grotere inspanning vereist en op veel meer weerstanden stuit dan bij jongeren. Veel sneller dan bij jonge mensen ziet men contracturen ontstaan in voet-, knie- en heupgewrichten, contracturen, die vaak alleen met veel moeite en pijn weer zijn op te heffen en die soms elke hervatting van de normale lichamelijke activiteit onmogelijk maken. Een ander schadelijk gevolg van bedrust, dat men bij jongeren niet ziet, is de bij ouderen zo veelvuldig optredende incontinentie.

Wellicht het belangrijkste schadelijke gevolg van bedrust bij bejaarden is de grote psychische achteruitgang die er het gevolg van kan zijn. Vandaar dat de voornaamste zorg van de arts die bejaarden behandelt, moet zijn het uit bed en mobiel houden

van de patiënt. Er zijn niet veel indicaties voor bedrust op hoge leeftijd. Natuurlijk moet een fractuur kunnen genezen en moet men patiënten die tot shock neigen, niet op laten zitten. Lijders aan hartinfarcten, maagbloedingen en patiënten met zeer hoge temperatuur kunnen niet buiten het bed worden verpleegd. Maar zelfs bij deze aandoeningen moet men zich steeds weer afvragen of wat in het algemeen zinvol is, in het individuele geval nog nuttig is. Als de bejaarde lijder met een hartinfarct enige keren des nachts uit bed is geweest en door de kamers heeft gespoekt, kan men beter besluiten hem overdag op een stoel te verplegen in de hoop, dat hij des nachts minder onrustig zal zijn. Bij iedere bedlegerige patiënt behoort men zich elke dag af te vragen of, in dit concrete geval, voor de patiënt meer levensgevaar verbonden is aan het zitten op een stoel dan aan het liggen in bed. Indien men zich hieraan strikt houdt, zullen slechts uiterst weinig bejaarden bedlegerig worden.

Indien men voor een korte periode bedrust voorschrijft, is het noodzakelijk de schade, die door het in bed liggen wordt aangericht, zoveel mogelijk te beperken. Wat het bewegingsapparaat betreft komt dit erop neer, dat men iedere bedlegerige patiënt regelmatig bewegingstherapie, zowel actief als passief, in bed moet geven. De heilgymnast zou in het algemene ziekenhuis een even belangrijke plaats moeten innemen als de verpleegster. Zijn opleiding zou dan ook in ziekenhuizen geconcentreerd moeten zijn, zodat hij samenwerking met artsen en verplegend personeel in de praktijk beoefent. Omgekeerd zullen het verplegend personeel en de artsen dan tevens meer op de hoogte komen van de algemene beginselen van de bewegingstherapie.

Men mag hopen, dat door minder bedrust en door bewegingstherapie voor degenen voor wie bedrust absoluut geïndiceerd is, de ontstellende frequentie van trombose en embolie op hoge leeftijd zal verminderen. De verpleging in bed moet voor alles een reacterende verpleging zijn. De patiënt moet dus alles zelf doen wat hij zelf kan doen; met name zichzelf wassen, zelf eten, zelf actief bezig zijn. Het welfarewerk van het Rode Kruis kan hierbij onschatbare diensten bewijzen. Door het verschaffen van de mogelijkheid van activiteit en door het scheppen van een geschikt sociaal milieu moet men trachten, de psychische achteruitgang die zo dikwijls het gevolg is van een verblijf in bed, zoveel mogelijk tegen te gaan.

Bij de bestrijding van incontinentie als gevolg van bedrust is het van het grootste belang, het gebruik van ondersteken en urinalen te beperken tot die gevallen waarbij het gaan naar het toilet of het gebruik van een closetstoel absoluut gecontraïndiceerd is. Het dwingen tot urineren en defeceren in liggende houding doorbreekt de geconditioneerde reflex, die de moeder bij de zindelijkheidsstraining aan de kleuter heeft bijgebracht en schept hierdoor de mogelijkheid voor het ontstaan van incontinentie. Het doorbreken van deze dwang in ziekenhuizen schijnt een vrijwel onmogelijke taak.

Wat de medicamenteuze behandeling betreft spreekt het vanzelf dat de multiple pathologie dikwijls vraagt om een multiple therapie. Hierbij is echter grote voorzichtigheid geboden. Men ziet herhaaldelijk oudere patiënten die elke dag tien tot twintig chemische stoffen toegediend krijgen. Vooral wanneer verschillende specialisten, die van elkaanders therapie niet op de hoogte zijn, worden geconsulteerd, terwijl de patiënt zelf soms nog medicijnen bijkoopt, komt men tot het gebruiken van een ontstellend aantal farmaca tegelijkertijd. Dit wordt bijzonder in de hand gewerkt door de propaganda voor gemengde preparaten. Deze leiden bovendien tot koppilverkoop.

Indien men bijvoorbeeld in een preparaat aantreft fenobarbital, papaverine, nitroglycerine, Eufylline en atropine dan is het gevolg van een dergelijke combinatie dat indien men twee keer zoveel nitroglycerine geeft, er ook twee keer zoveel fenobarbital wordt gegeven. Het behoeft geen betoog dat dit geen logische wijze van voorschrijven is. Waar men verschillende geneesmiddelen tegelijk nodig heeft, moet men bij iedere patiënt afzonderlijk vaststellen hoeveel men van elke chemische stof moet voorschrijven om in het concrete geval de beste resultaten te bereiken. Vervolgens moet men, voor zover mogelijk, deze stoffen in één voorschrift samenbrengen.

Omdat geen arts voldoende parate kennis kan hebben over de al of niet verenigbaarheid van allerlei moderne geneesmiddelen, is een goede samenwerking van huisarts en apotheker noodzakelijk. Ook zouden wij meer moeten weten over de interferentie van verschillende geneesmiddelen, vooral bij bejaarden. Een waarschuwend voorbeeld zijn de artikelen, die de laatste tijd zijn verschenen over de schadelijke gevolgen van mono-aminoxydaseremmers bij patiënten, die veel kaas gebruikten.

De reactie van bejaarden op een enkele stof is ook vaak verschillend van die van jongeren. De tolerantie van bejaarden voor digitalispreparaten is bijvoorbeeld vaak lager dan bij jongere mensen. Barbituraten en broom worden soms slecht uitgescheiden en leiden bij regelmatig gebruik tot toestanden van schijndementie, die tot ieders verbazing plotseling verbeteren wanneer men de patiënt, de familie of het verplegend personeel er toe kan krijgen de barbituraten werkelijk af te schaffen. Ook dit is een gebied waar de geriatrie nog in de kinderschoenen staat. Over het verschil in reactie van hoogbejaarden en jongeren op bepaalde geneesmiddelen en combinaties van geneesmiddelen is nog niet veel bekend.

Wat de chirurgische behandeling betreft mag worden vooropgesteld, dat de leeftijd als zodanig voor geen enkele ingreep een contraïndicatie vormt. De obligate ouderdomsafwijkingen, zoals presbyopie, presbyacusis, elasticiteitsverlies, verlaagd levenstempo, verlaagd zuurstofgebruik, zijn geen van allen op zichzelf een reden om bij ouderen operaties achterwege te laten, die men overigens geïndiceerd vindt. Of bij een bejaarde een bepaalde ingreep

mogelijk is, moet dus vooral afhangen van de ziekten waaraan hij lijdt. Men houde hierbij echter wel in het oog dat elke verstoring van het evenwicht voor bejaarden een langdurige aanpassingsperiode meebrengt, gedurende welke hij blootgesteld blijft aan alle schadelijke invloeden welke een verblijf in het ziekenhuis nu eenmaal meebrengt. In het algemeen moet men zich ernstig bedenken bij het aanraden van ingrepen die weliswaar het leven kunnen verlengen, maar niet de levensvreugde of levensmogelijkheden kunnen vergroten.

Prognose. Tenslotte iets over de prognose van ziekten bij bejaarden. Hoe ouder iemand is, hoe onbelangrijker de prognose quo ad vitam wordt. Een tachtigjarige heeft statistisch nog slechts enkele jaren te leven en, als hij ziek is, waarschijnlijk minder dan het statistisch gemiddelde. Men moet zich daarom niet zozeer afvragen wat de prognose van een bepaalde ziekte is voor het leven, maar wel wat deze is ten aanzien van de validiteit. Bij de therapie gaat het evenzeer niet in de eerste plaats om het verlenen van het leven als zodanig, alswel om het verlenen van een levenswaardig leven. Vermijden van berust, goede reacterende verpleging, bewegings-

therapie in een vroeg stadium van alle ziekten, zijn de beste middelen om de prognose voor een levenswaardig leven gedurende de resterende jaren te verbeteren.

Samenvatting. Bij bejaarde patiënten is de diagnostiek moeilijker door afwijkend ziekteverloop, de multiple pathologie, het ontbreken van kennis over de normale waarden van verschillende laboratoriumgegevens bij personen op hoge leeftijd en doordat één symptoom vaak verschillende oorzaken heeft.

Bij de therapie is het meest essentiële het vermijden van bedrust. Daarnaast is bijna steeds bewegingstherapie noodzakelijk. Medicamenteus is grote voorzichtigheid geboden met het geven van combinaties van geneesmiddelen. Zowel bij de therapie als bij het schatten van de prognose moet men steeds in het oog houden, dat het behoud van het leven alleen zin heeft als men ook kan zorgen, dat het levenswaardig is.

Summary. The aged patient. In aged patients, diagnosis is impeded by an aberrant clinical course, multiple pathology, lack of knowledge of normal values of various laboratory data in advanced age, and the fact that a single symptom often has multiple causes.

An essential feature of treatment is that bed rest must be avoided; kinesitherapy, moreover, is nearly always called for. In drug therapy, great caution is necessary in prescribing combinations of drugs. Both in treatment and in prognostic prediction it must always be borne in mind that life is worth saving only if it can be made worth living.

Studiereis in Engeland*

De reisgenoten. Behalve van Engeland leerde ik veel van mijn reisgenoten. Dr. Dubravka Stampar is een vrouwelijke huisarts uit Joego-Slavië. Zij is een „Master in General Practice”, ofwel zij heeft een graad in de huisartsgeneeskunde gehaald. Het zal de lezers bekend zijn dat men in Joego-Slavië een specialisering tot huisarts heeft gecreëerd, waarop ik hier niet verder hoef in te gaan. Het zal minder bekend zijn dat in Joego-Slavië een groot verschil bestaat tussen een huisarts in de stad en ten plattelande. In de stad zijn grote groepen van de bevolking aan de zorg van de huisarts onttrokken. Hij doet daar weinig preventief werk en heeft bijvoorbeeld praktisch niets met kinderen te maken, daar dit onder de competentie van de kinderarts valt, en niet met zwangeren omdat deze onder de hoede komen van de gynaecoloog. Dr. Stampar praktiseert op het platteland. Als een Master in General Practice is haar status gelijk aan die van een specialist. De Masters in General Practice verdienen ook evenveel als een specialist, soms zelfs meer door toeslagen, onder andere voor nachtdienst. Een belangrijk stuk voor hun opleiding bestaat uit een training in sociale geneeskunde en hygiëne, maar ook aan de klinische zijde wordt veel aandacht besteed.

Dr. Jack Medalie was tot voor kort huisarts in Israël. Hij heeft een graad gehaald in openbare gezondheidsleer in Amerika. Op het ogenblik is hij verbonden aan een researchproject over hart- en vaatziekten. In Israël was hij ongeveer zeven jaar leider van een gezondheidscentrum. Hierin werkten een aantal huisartsen samen met wijkverpleegsters en vroedvrouwen, later ook met maatschappelijk werkers. Men deed veel aan preventief werk. Hij heeft getracht de resultaten van zijn gezondheidscentrum te evalueren. Daarbij bleek, dat de ziekenhuisopname-frequentie van de bevolking, waarvoor men zorg droeg, dusdanig daalde, dat de totale kosten van de staf alleen hierdoor drie jaar konden worden betaald!

Hij was met mij van mening dat men de health visitor niet

als een echte maatschappelijk werker kon beschouwen. Men zou misschien zelfs kunnen zeggen dat men haar daarvoor „bederft” door haar eerst drie jaar als verpleegster en daarna nog geruime tijd in de verloskunde te trainen. Dit geeft namelijk een autoritaire instelling. Wij konden ons moeilijk voorstellen dat men haar kan omschakelen door hierop een jaar maatschappelijk werk te superponeren. Wij kregen dan ook de indruk dat de meeste Engelse huisartsen eigenlijk niet goed weten en beseffen wat het samenwerken met een pur sang maatschappelijk werker inhoudt en voor de patiënten kan betekenen.

Als reisgenoten discussieerden wij veel onderling. Het prettige van de organisatie van onze reis was, dat men overal groepen huisartsen, soms samen met specialisten en sociaal-geneeskundigen, voor onze komst had bijeengeroepen. Hierdoor ontstonden zeer levendige en stimulerende groeps gesprekken, waarbij veel gedachten tussen ons en de Engelse artsen werden uitgewisseld. Dit was een groot voordeel voor beide partijen. Namen, die wij tot nu toe alleen uit publikaties kenden, kwamen nu voor ons tot leven door directe persoonlijke ontmoetingen.

Alles bijeen was dit een uiterst leerzame en stimulerende studiereis, waarvoor ik het College zeer dankbaar ben.

Samenvatting. Wanneer ik nu tracht de verzamelde indrukken te ordenen en in het kort samen te vatten zou ik willen stellen dat wij veel positiefs leerden, maar dat wij ook met negatieve kanten in aanraking kwamen. Ik wil trachten dit in een aantal punten naar voren te brengen. Positief zijn de volgende:

1 Het eerste waardoor wij werden getroffen was de grote openheid waarmee men ons tegemoet trad. Onze gastheren waren over het algemeen merkwaardig vrij van zelfvoldaanheid. Men liet ons zien hoe men de problemen aanpakte, maar stond daarbij geheel open voor andere visies en suggesties.

2 Wij kregen de indruk dat de Nationale Gezondheids-

* Eerste deel zie (1965) huisarts en wetenschap 8, 149.