

Onderlinge observatie der praktijkvoering door huisartsen

DOOR J. J. BERGSMA, HUISARTS TE DE STEEG*

Inleiding. Het voorbeeld geldt als de beste opvoedingsmethode. In het kader van de nascholing van huisartsen leidde deze stelregel tot het idee, dat een verbetering van de praktijkvoering van de huisarts is te verwachten, wanneer de huisarts in de gelegenheid wordt gesteld het functionerend bezig zijn van een aantal collegae mede te maken. Verwacht werd dat hijzelf in staat zou zijn een aantal feilen in de praktijkvoering van zijn collegae op te merken en met hen te bespreken, zodat deze bezoeken tot wederzijds nut zouden kunnen zijn. Wel werd verondersteld dat aan een dergelijk onderzoek enige bezwaren kleven, die voor een deel worden bepaald door de onbekende reactie van de bezochte arts en zijn patiënten op het bezoek.

Theoretisch zouden zich de volgende puntsgewijs samengevatte voordelen en bezwaren bij dergelijke wederzijdse bezoeken kunnen voordoen.

Voordelen:

- 1 Het onderzoek geschiedt geheel door huisartsen, die met betrekking tot dit onderwerp het best tot oordelen in staat zijn.
- 2 Het onderzoek doorbreekt — tijdelijk — het isolement waarin de huisarts werkt.
- 3 De bezoeker ervaart dat zijn gastheer met dezelfde problemen en moeilijkheden worstelt als hij zelf.
- 4 De bezoeker zal nieuwe ideeën kunnen opdoen en kunnen trachten deze geschikt te maken voor toepassing in de eigen praktijk.
- 5 De bezoeker krijgt een indruk over de integratie van het gezin en de praktijk van zijn gastheer.
- 6 De bezoeker zal na het onderzoek met meer enthousiasme het werk in zijn eigen praktijk weer opnemen.
- 7 Het meedoen aan dit onderzoek stimuleert tot het zo goed mogelijk praktijk doen en het in zo goed mogelijke staat hebben van de accommodatie en de uitrusting.
- 8 Het kritische verslag van de bezoeker, dat on-

der andere kan leiden tot vermindering van het aantal blinde vlekken bij de bezochte arts, kan tot verbetering van de praktijkvoering bijdragen.

Bezwaren:

- 1 De bezoeker ziet momentopnamen en kent geen voorgeschiedenis. Hij kan dus slechts onder veel voorbehoud commentaar leveren.
- 2 De mogelijkheid bestaat dat de gastheer zich toch in zijn wijze van praktijk doen door de bezoeker laat beïnvloeden.
- 3 De patiënt-arts-relatie zou door de bezoeker kunnen worden gestoord.
- 4 Men dient in enkele weken tijds enkele malen zijn praktijk een dag te verlaten.

Vijf huisartsen hadden elkaar leren kennen tijdens een onderzoek voor de Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Bij dit onderzoek hadden zij de „anatomie” van elkaars praktijken beoordeeld, waartoe zij verschillende malen bij elkaar thuis waren geweest. Deze bijeenkomsten bleken voor de technische verbetering van hun eigen praktijkuitrusting zo vruchtbaar te zijn, dat de mening post vatte, dat het meebelevan van de „fysiologie” van elkaars praktijkvoering eveneens en mogelijk in nog sterker mate stimulerend zou kunnen werken. Tegelijkertijd zouden zij dan in de gelegenheid komen de bovengenoemde theoretische voor- en nadelen van praktische kanttekeningen te voorzien.

Uitvoering van het onderzoek. Ieder van de vijf huisartsen bezocht binnen een bepaalde tijd de vier anderen. Het bezoek duurde vanaf het begin van het ochtendspreekuur tot na de laatste medische verrichting van diezelfde dag. Er werd zo weinig mogelijk gesproken naar aanleiding van de gebeurtenissen van die dag, teneinde de gastheer vooral niet te beïnvloeden en hem zoveel mogelijk de aanwezigheid van de ander te doen vergeten. Tevoren was in de wachtkamer van de gastheer een briefje opgehangen met de mededeling dat er die dag in verband met een wetenschappelijk onderzoek een tweede arts (naam en woonplaats werden vermeld) in de spreekkamer aanwezig was. Tijdens de huisbezoeken werd door de gastheer aanvankelijk toestemming gevraagd om de gast-arts mede te mogen nemen; toen later bleek dat nimmer werd ge-

* Met medewerking van T. S. J. A. Bonga, destijds huisarts te Haastrecht, Th. A. Cost Budde, huisarts te Wijhe, Dr. C. W. A. van den Dool, huisarts te Stolwijk en L. van de Pol, huisarts te Bennekom.

weigerd of zelfs gearzeld bij deze vraag, werd volstaan de gast-arts voor te stellen en slechts, afhankelijk van de situatie, zijn aanwezigheid te verklaren. Waar dit technisch mogelijk was, bleef de gast, zowel op het spreekuur als tijdens het huisbezoek, buiten het blikveld van arts en patiënt.

Enkele dagen na het bezoek ontving de gastheer van zijn gast een verslag van diens bevindingen. Deze verslagen werden in vijfvoud getypt en, nadat ieder alle bezoeken had afgelegd, ook de andere deelnemers aan het onderzoek toegestuurd. Aangezien twee deelnemers dicht bij elkaar woonden en de onderlinge observatie mogelijk verwarring onder de patiënten zou kunnen geven, bezochten zij elkaar niet.

Het bleek dat het zo snel mogelijk sturen van het verslag aan de gastheer het nadeel had dat deze door het verslag werd beïnvloed, terwijl er nog bezoeken van anderen moesten volgen. Anderzijds werd het van belang geacht dat de gastheer het verslag ontving op een tijdstip, dat hij zich de sfeer van die dag en bepaalde situaties daarin nog goed kon herinneren. Dit was noodzakelijk daar de gast in zijn verslag veelal niet over namen kon beschikken en slechts kon schrijven in de orde van „het jongetje met buikpijn” of „de oude dame met een ulcus cruris”. Iedere deelnemer aan het onderzoek kreeg dus over zijn eigen praktijk vier (twee kregen er maar drie) verslagen en aan het einde van het onderzoek beschikte hij over in totaal achttien verslagen. Over de wijze van verslag geven waren geen stringente richtlijnen vastgesteld, hoewel afgesproken was dat de bezoeker een aantal objectieve gegevens zou trachten vast te leggen zoals gemiddelde duur en samenstelling van de spreekuurbezoeken, de visites en dergelijken, terwijl men elkaar niet zou sparen met zijn kritiek.

Verslagen. De verslagen kenmerkten zich door een grote openhartigheid. Deze was het gevolg van een reeds tevoren bestaande positieve instelling ten opzichte van elkaar en het besef, dat ook negatieve kritiek opbouwend was bedoeld. De kritikus wist bovendien dat hij op zijn beurt hetzelfde lot zou of had ondergaan. De uiteindelijke beleving van deze bezoeken is bij ieder der deelnemers zo intens geweest, dat zij niet goed in een verslag tot uiting kan worden gebracht. De meest indringende wijze om deze beleving uit te dragen is het weergeven van een bloemlezing uit de verslagen. De schrijvende gasten en de beschreven gastheren zijn hiermede akkoord gegaan. Terwille van de anonimiteit zijn de namen der deelnemende artsen en die van hun woonplaatsen in codeletters weergegeven. De lezer dient wel te bedenken, dat er geen sprake is van een primair op publikatie gerichte stijl.

Uit de brieven van A

Aan B: „Spreekuur: Sfeer zeer prettig, duidelijk positieve houding van de patiënten. Tempo nogal wisselend.

Houding arts: positief, soms wat geforceerd, soms duidelijk

ingrijpen in hetgeen de patiënt wil vertellen. Ik kreeg de indruk, dat je door bepaalde opmerkingen een zekere gemoeidelijkheids sfeer wilde scheppen. Mijns inziens overbodig en negatief werkend, want die sfeer was er al. Onderhoudsdosering of invloed bijzitter? Een voorbeeld: Patiënte met dysurie na operatie: „Vanmiddag fles halen, drank op, pijn weg.” Man met „vreemde voetklacht”: „Zeg maar tegen je baas: met geheimzinnige ziekte in ziektewet.” —

Nogmaals, zo goed als alle patiënten gingen bevredigd weg en ik schrijf dit slechts met tegenzin (want er waren zoveel positieve dingen, die niet onder woorden te brengen zijn) omdat ik geloof, dat deze houding juist voor jouzelf zo vermoeiend moet zijn. —

Ik dacht, dat je met vingerverbandjes een hoop tijd zou besparen met het tube-gauz systeem. Over je copieermethode van brieven aan specialisten ben ik enthousiast en ik zal dat in ons centrum ter sprake brengen. Het belletje in de spreekkamer zit niet erg gelukkig; je moet er telkens voor opstaan en dat doe je toch al veel, ondanks het feit, dat je alles om je heen verzameld hebt. —

Visites: Hier bleek pas goed, hoe de mensen je waarden, maar het lijkt me goed mogelijk, zonder hen te kort te doen, de duur ervan aanzienlijk in te krimpen. Je benadering van ernstige patiënten is een gave apart... Wat was de oorzaak van de depressie van mevrouw...? Zij wilde er over praten; de man herhaalde het nog eens. Je vluchtte mijns inziens in de somatiek: bloeddruk - tweemaal tong kijken - laten wandelen - nog eens aankijken - medicijnen voorschrijven - notities maken. Ik heb deze dag bijzonder gewaardeerd, zowel in de praktijk als privé. De wijze van praktijk voeren draagt een heel eigen stempel.”

Aan D: „Spreekuur: Beantwoording probleemstelling patiënt (voor zover te beoordelen): 17 goed - 8 matig - 2 niet. Sfeer: rustig, tempo opvallend gelijkmatig. Houding: erg neutraal, soms wat onzeker, de therapie wordt mijns inziens te veel door de patiënt bepaald. Misschien komt die neutrale houding wel voort uit de isolatie van je praktijk: het voorkomt botsingen en te sterke overdrachtssituaties: Aan de andere kant dreigt het gevaar, dat de „client-centered” therapie een „situation-centered” therapie wordt, zoals bij dat jongetje met buikpijn op zondag, dat een dieet kreeg, terwijl je zelf ook dacht, dat religieuze aspecten mogelijk een rol speelden. —

Visites: Hier was je veel positiever. Wat een tempo! Tot mijn opluchting liet je nu ook eenmaal iets van je persoonlijke gevoelens blijken, toen je iemand met een hele diepe zucht toestemming gaf om een hoestdrankje nog diezelfde middag te laten vullen. De uitrusting van je visitetas en de auto is voortreffelijk. Je omgang met de auto echter onmenselijk. Afreageermiddel?”

Uit de brieven van B

Aan C: „In nuchtere getallen uitgedrukt leverde deze dag 19 spreekuur-consulten in totaal 128 minuten, 6½ minuut per patiënt (10 vrouwen, 8 mannen en 1 kind). Interne: 6 v. en 5 m.; k.n.o. 1 m. en 1 k.; gyn./verloosk. 2 v. en huid/wond 2 v. en 2 m.

20 visites in totaal (met vervoer) 272 minuten, 4 à 5 visites per uur, ongeveer 11 minuten per consult per patiënt (11 vrouwen, 3 mannen en 6 kinderen). Interne: 7 v., 3 m. en 2 k.; k.n.o. 2 k.; gyn./verl. 3 v.; chirurgie: 2 k.; sociaal: 1 v. —

Tot slot nog enkele kritische opmerkingen. Komt de patiënt ten aanzien van klachten spuien, onderzoek en therapie wel volledig aan zijn trekken bij een zo enthousiast tegemoet treden van de arts? —

Het viel mij op, dat het geven van medicijnen soms zonder uitleg werd gegeven. Ook de afspraak voor controle was vaak vaag of werd vergeten (8 maal wel medicijn voorgeschreven zonder afspraak voor controle). —

Het spreekuur was globaal wat onrustig, met frequente onderbrekingen tijdens het consult voor nevenbehandelingen en adviezen in de assistentekamer. Is het telefoneren aan het bureau tijdens de aanwezigheid van een patiënt niet een kunstfout? —

Het was een feestelijke en geestelijke verkwikking zonder

eigen praktijk te zijn. Met nieuwe moed — en misschien wat meer bewust — ben ik de volgende dag weer begonnen.”

Aan E: „In de huiselijke kring vervulde de gastvrouw haar moeilijke en veelzijdige taak voortreffelijk. Zij wist alles van de praktijk, bediende de telefoon, wist de visite-route. Daarbij voerde zij de redactie over de kinderen en zag kans alle magen op tijd met kostelijke spijzen te strelen. Voor de buitenstaander leek het dat dit alles zo te coördineren voor haar nauwelijks een probleem was. Wat tobben die mannen toch hoorbaar, merkbaar, en stuntelig met hun praktijkordening! —

Er was een vrij grote „consumptie”. Op 2.500 zielen in een vrij groot rayon een geschat gemiddelde van een 20 spreekuurconsulten en 30 visiteconsulten en een permanente ziekenhuisbezetting van 7-25 patiënten. De concurrentiepositie bemerkt men bij de praktijkvoering — deze komt misschien het duidelijkst tot uiting in de hoge visitefrequentie en het (sociale) ziekenhuispatiëntenbezoek (2 x per week iedere klinische patiënt).

Ieder consult was naar de klassieke norm: anamnese - onderzoek - therapie - revisie, praktisch altijd compleet. Het onderzoek heel nauwkeurig. De psychische achtergronden werden wel onderkend - maar therapie in deze richting welbewust niet bedreven. Wel werd praktische hulp geboden bij sociale moeilijkheden (woning e.d.). De administratie tijdens het spreekuur was gering en betrof het meest nog de farmaceutische voorschriften. —

Eindoverpeinzing ten aanzien van mogelijke „bezuinigingen”: 1 Spreekkameropstelling veranderen. 2 Minder frequent bezoeken per ziektegeval. 3 Het onderzoek kan misschien iets bekort worden; zeker niet verminderd in veelzijdigheid. 4 Minder frequent attentie aan de ziekenhuispatiënten.

Als ik grofweg onze praktijkvoering mag vergelijken dan geloof ik dat wij ongeveer dezelfde opvattingen en werkwijze hebben. Opvallend was dat ik enige keren adviezen hoorde geven, die haast woordelijk, ook dagelijks, door mij verkonddigd worden.”

Uit de brieven van C

Aan B: „Het viel mij op, dat het contact met de patiënten in het algemeen goed was te noemen; veelal werden ze met een grapje of een persoonlijke opmerking op hun gemak gesteld. Een enkele maal was je optreden wat dominerend en kreeg ik de indruk, dat de patiënt zijn verhaal niet helemaal „kwijt” kon. Wellicht kon het curatieve element incidenteel iets meer in het luisteren, dan in het geruststellende advies of wel het geen afwijkingen opleverende onderzoek geleegd worden; een opmerking overigens, die wel ieder van ons zal gelden.

De spreekkamer, waarin onderzoekruimte en apotheek zijn ondergebracht is klein. Zij munt uit in praktische combinaties en goed uitgedachte plaatsingen, zodat het geheel een autominnaar aan een compactcar doet denken. Deze compactopstelling biedt ongetwijfeld voordelen, naast de hygiënische en huishoudelijke nadelen! Wee de periodieke schoonmaak! Ik miste de gelegenheid voor een goed speculumonderzoek, daarvoor was de onderzoekbank minder geschikt. Het was er niet warm. De spreekkamer was bijzonder smaakvol en stijlvol ingericht met kunstvoorwerpen, waartoe wel geen plaats onbenut was gelaten. De telefonen werden tijdens het spreekuur door de echtgenote aangenomen, die hiervoor slechts éénmaal behoefde te storen.

Kleine laboratoriumverrichtingen werden door B zelf verricht tijdens het spreekuur, aangezien de assistente pas om half elf verschijnt. Het zou ook niet doenlijk zijn haar een onopvallende positie in te laten nemen tijdens het spreekuur.

Een enkele maal kreeg ik de indruk, dat het psychische contact wat werd omzeild en B zich onbewust tot het somatische deel beperkte. Wellicht had mijn aanwezigheid hier invloed op. De visitetas muntte uit in praktische ordelijkheid en doelmatigheid, méér dan in streven naar steriliteit. Spuitklare penicilline bevordert echter het steriel werken. —

Wanneer ik mij nu achteraf uitput in kritische opmerkingen, waarvoor ik tenslotte mijn bezoek bracht, zou dit wellicht de onjuiste indruk kunnen wekken, dat er geen grote waardering zou zijn voor B's werk. Dit is zeker het geval. Bovenal heeft zijn werk „stijl”. Stijl en liefde voor het detail.

Vooraf dit laatste bemoeilijkt, naar mijn indruk, B's streven naar efficiëntie; de liefde voor het detail kan in een aantal gevallen tot voordeel van de patiënt strekken. In verschillende gevallen, ook op het consultatiebureau, meende ik, dat B moeite heeft zich van het detail te abstraheren.”

Aan D: „Ik kreeg de indruk dat mijn aanwezigheid noch op de patiënten noch op collega D een storende invloed uitoefende. Er zal geen belangrijk verschil zijn zonder aanwezigheid van een derde. —

Het viel mij op, dat tijdens het spreekuur medische bevindingen even pijnlijk nauwkeurig werden bijgehouden, als dit tijdens het visiterijden werd nagelaten. Hierin schuilt wel iets onlogisch, tenzij D 's avonds nog geruime tijd zou administreren, wat zonder aantekeningen wel nimmer die graad van perfectie zal kunnen bereiken. Dit hangt waarschijnlijk samen met het administratiesysteem in de vorm van een overzichtelijk handboek, waarin alle patiënten hun plaats vinden, maar dat helaas geen scheiding te zien geeft van medische en financiële gegevens. Wel werkt dit bijzonder snel. Het voorkomt minstens één handeling per verrichting. —

Wanneer ik dan mijn best doe, op- en aanmerkingen te maken (en daar was ik tenslotte voor), lukt mij dat met moeite. Vooral, omdat het een volkomen aanvaardbare en verantwoorde praktijkvoering betreft. Het spreekuur werd met witte jas gedaan. Na een korte groet werd snel op het doel afgegaan. Er werd tijdens het spreekuur niet en ook verder op de dag nauwelijks of niet gerookt; een goede gewoonte! En een goed voorbeeld. Collega D kende ieder die binnenkwam (gelukkig) onmiddellijk, en zocht zelf de kaart op.

Het contact met de mensen is voor het overgrote deel van de dagelijkse ontmoetingen goed te noemen. In het begin van het spreekuur wat stroef. In een klein aantal gevallen kwam mij zijn optreden wat distantieënd voor, tutoyerend waar dit toch niet geheel voor de hand lag. Ook tijdens het consultatiebureau viel me af en toe het tutoyeren als niet geheel natuurlijk op. De U-vorm behoeft de afstand namelijk niet te vergroten; het omgekeerde kan zeker het geval zijn. In geval de patiënt — of diens omgeving — wat agressief was dan paste D zich snel aan diens visie aan. —

Gezien de arbeidsintensiteit, 30-40 visites daags, 20-40 consulten daags, wekelijks consultatiebureau, kleuterconsultatiebureau, avondsprekeuur voor graviditeit, enz., meen ik, dat dit slechts door enkelen op den duur vol te houden zou zijn. Ik zelf zou zeker niet zonder een zekere relax kunnen werken. Dit dient toch wel te worden overwogen in het besef dat de consumptie gestaag zal blijven toenemen. In dit licht bezien overwoog ik voortdurend, waar de efficiëntie zou kunnen worden opgevoerd en de bezigheden meer tot de medische (en noodzakelijke) beperkt zouden kunnen worden. Strikt genomen waren de „urine was nu goed” visites overbodig. Dit had telefonisch gekund, met de wenk, nog eenmaal met plas op spreekuur te komen, over een week. —

De aanwezigheid van de assistente gedurende het ochtendspreekuur is iets, wat zijn vruchten royaal zal afwerpen; ook kunnen dan vaker mensen hun geneesmiddelen meteen meenemen. Wel is het een minder reverseerbare situatie; dit is geen bezwaar gezien de toename van het aantal opleidingen, jaarlijks. Het is als met de zakagenda: men traint zich niet meer in het onthouden, of in het snel zelf doen.”

Uit de brieven van D

Aan A: „Het was voor mij een bijzondere ervaring een dag in deze — van onze groep — grootste en tevens, althans deze dag, rustigste praktijk mee te mogen maken. Tevoren had het mij wat verbaasd dat A toch nogal wat bezwaren voelde in de aanwezigheid van een voor de patiënten onbekende arts. Nu ik zijn sterk psychosomatisch ingestelde wijze van praktijk voeren heb mogen meemaken, waarbij mogelijk extra remmingen bij de patiënt als storend worden ondervonden, kan ik dit begrijpen. —

Ook het middagspreekuur, waarbij in bijna 1½ uur dertien patiënten werden geholpen was weer zeer rijk aan psychosomatische problematiek en dienovereenkomstige therapie. Gezien door iemand die minder psychosomatisch is ingesteld leek de somatiek soms wel eens iets te kort te komen. Zo zou het, bijvoorbeeld bij de nerveuze vrouw met maag- en galblaasklachten, waar een half jaar geleden een röntgenfoto van

de maag goed was, en die vertelde nu 17 pond te zijn afgevallen, toch wel nuttig geweest zijn haar te wegen. Een vrouw die drie maanden gravida was en nog niet verzoend was met deze graviditeit kreeg de uitnodiging als ze er behoefte aan had nog eens te komen praten, terwijl ze niet voor controle werd terugbesteld (waarbij ik natuurlijk niet veronderstel dat dit niet zal gebeuren).

Ik had niet verwacht dat collega A reeds bij een eerste consult in verband met vermagering en dieet zou combineren met amfetaminepreparaten, waar hij overigens — door zijn psychotherapie — betrekkelijk weinig medicamenten gebruikt. Wellicht zou het aanbeveling hebben verdiend om de vrouw die 15 butazolidinedragees voor haar arthrosis meekreeg te waarschuwen dat ze bij keelklachten of algemene malaise diende te waarschuwen. —

Blijft tenslotte de vraag, waarom de praktijk van collega A zoveel psychosomatische problematiek oplevert. Allereerst heeft hij er een zeer speciale feeling voor; bij de artskeuze kan dit zeker van invloed zijn, vooral als de andere collegae uitgesproken somatici zijn. Bovendien bevordert de aanwezigheid van industrie en de sterk uiteenlopende sociale milieus in zijn praktijkgebied, vooral bij huwelijken tussen vertegenwoordigers van deze verschillende milieus, waarschijnlijk het ontstaan van psychosomatische klachten. —

Tot slot gaarne mijn bijzondere dank aan de gastvrouw. Dit bezoek zal stellig nawerken op mijn eigen wijze van praktijk voeren."

Aan E: „Een bezwaar was, dat de assistente eerst na het spreekuur komt, zodat patiënten voor hemoglobinebepaling e.d. na het spreekuur moesten terugkomen. Ook was E daardoor gedwongen zelf de patiëntenkaarten op te zoeken, indien hij iets moest noteren, hetgeen nogal wat tijd kostte, vooral omdat de kaarten nogal dicht opeen stonden en er betrekkelijk weinig tab-kaarten waren. Tijdens het middagspreekuur moest E ook zelf de kaarten opzoeken; het zou waarschijnlijk toch de moeite lonen om voor de kaartenbak een plaatsje in de apotheek vrij te maken, waar de assistente contact met de wachtenden heeft.

De algemene houding tegenover de patiënten was belangstellend, meevoelend, opgewekt, actief en vertrouwelijk, waarbij de indruk van gehaast te zijn nooit gewekt werd. Het viel op, dat een aantal patiënten meenden hun arts te moeten tutoyeren, iets wat mijn bezwaren kan hebben. Elke patiënt kreeg een duidelijk advies mee naar huis; in geval dit een dieet betrof had dit waarschijnlijk beter schriftelijk meegegeven kunnen worden. —

Zo efficiënt als de inrichting van de praktijk binnenshuis is, zo weinig efficiënt is de verdeling van de patiënten over de omgeving, wat vele extra kilometers kost, doch voor de bezoeker een hele prettige afwisseling was, vooral omdat het weer zich van zijn beste zijde liet zien. Tijdens de visites viel ook weer de nauwgezetheid waarmee het lichamelijk onderzoek werd verricht op, en de intensieve zorg die E zijn patiënten geeft, zich onder andere uitend in herhaald telefonisch contact met de specialist, indien deze een patiënt poliklinisch onderzocht heeft. Nergens viel enig wantrouwen van de zijde van de patiënt te beluisteren; er bleek integendeel een zeer sterke band met hun arts te bestaan, door deze onder andere bevorderd door bij patiënten die op een laag bed lagen op de knieën naast het bed te gaan zitten voor het onderzoek en het gesprek. —

Zuiver medisch gezien lijkt geen enkele kritiek gerechtvaardigd. Waarschijnlijk is de voorkeur voor ochtendurine voor onderzoek niet juist. —

De nawerking van het bezoek viel mij vooral de volgende dag op toen bleek dat ik het werk in mijn eigen praktijk weer met meer enthousiasme en plezier kon doen dan daarvoor. Ik ben benieuwd of anderen dit ook signaleren."

Uit de brieven van E

Aan A: „Niet altijd komt het probleem van de patiënt tot zijn recht, omdat A vrij spoedig de gesprekslijn in zijn eigen richting tracht te stuwen en daarmee de patiënt van hém afhankelijk maakt. Aan de vaak mede behulpzame symptomatische therapie wordt dikwijls te weinig waarde gehecht, beter gezegd: er wordt niet genoeg de nadruk op gelegd bij de afgifte (persoonlijk) ervan.

Het valt op, dat zeer snel in het Quicksysteem de gegevens zijn gevonden en A direct geheel georiënteerd is over zijn binnenkomende patiënt. Anderzijds komt in het gehele consult het organische nazien en „onderzocht zijn" door de dokter door de gespreksindruk niet geheel tot zijn recht (althans misschien vanuit het oogpunt van de patiënt gezien). —

Van de rustige middagroute met twaalf patiënten in drie uur en vlak bijeen wonend, zal ik de patiënte met de elleboog en haar overdreven bezorgde echtgenoot niet gauw vergeten. Het gesprek met de man in de bedstee was voor mij een zeer voorname les in praktisch huisarts zijn bij de mens in nood.

Om 18.50 uur dook A alleen in de spreekkamer — waarvoor hij zijn kroost niet eens naar bed zag gaan — voor twee psychosomatische patiënten. Een bijzitter kan mijns inziens aan het gesprek onder vier ogen slechts schade toebrengen. Misschien is een iets latere afspraak beter voor de toch al vaak sterk tekortschietende interesse voor de gepasseerde dag van onze kinderen, die óók belangrijke dingen gedaan hebben, waarvoor een luisterende vader nodig is. —

Technisch gezien nog het volgende: dikke naalden zuigen sneller op en doen bij injiciëren vaak minder pijn dan dunne.

De achterwand van de spreekkamer, waarheen de patiënten, gezeten met hun rug naar het daglicht, langs hun arts zien, geeft een sombere indruk. Een egaal gele wand met rustig kunstlicht als toekomstblik zou misschien de hele sfeer van het spreekuur kunnen verlichten. —

Mijn respect gaat uit naar de gastvrouw, die naast een druk gezin de praktijk draagt, technisch en moreel van 's morgens vroeg tot 's avonds laat een permanente ruggesteun voor A bij zijn werk, daarnaast punctuele gastvrouw."

Aan C: „Er is één spreekkamer, waarin een uitkleedhoekje met gordijn. Neonlicht boven de onderzoekbank. Het bureau staat centraal in de kamer. Patiënt komt vóór het bureau (tje) te zitten. Aan het bureau zit een houten bak met schappen, voor allerhande papieren, die zeer overzichtelijk zijn opgeborgen. Achter het bureau met één slag draaien van bureaustoel, de werkboy, waarnaast de patiënt behandeld wordt. Erboven verstelbare lamp, elektrische oorspiegel enz. Voordeel: korte looptijd; nadeel: één patiënt tegelijk kan worden behandeld. De deur naar de apotheek ligt één stap gaans achterwaarts van de bureaustoel.

De apothekers-praktijkassistente is om acht uur aanwezig. Zij legt op rangnummer van binnenkomst de kaarten op het bureau van de arts klaar; maakt iteraties klaar; maakt verbanden los van de wondjes, die door haar verbonden worden na gezien te zijn door de arts. Het valt op dat kinderen onder twee jaar voorrang hebben (navolging waard). Zij vervult bijna alle medische en papieren administratie onder en buiten het spreekuur.

Hoewel ik merkte dat C na de derde patiënt meer hinder van mij kreeg, misschien daardoor wat minder „gelukkig" was tegenover zijn patiënten, was voor ieder alle mogelijke tijd om te luisteren (voor mij bewonderenswaardig). Ik voelde, dat men thuis was in de spreekkamer bij de eigen arts, maar dit thuis-zijn werd op een of andere manier door mijn stille aanwezigheid verstoord. Het spreekuur gaf geen aanleiding tot vrij uitvoerige onderzoeken. Het gesprek werd soms afgebroken voor het doorgeven van recepten aan de assistente. Eenmaal slechts moest een telefonisch consult in de apotheek worden gegeven. Er heerst rust en toewijding in de spreekkamer.

Technisch is het mijns inziens onjuist een patiënt staande een incisie aan de voet te geven met bevriezen, al was de stand misschien handig en de onderzoektafel te ver weg van het gereedschap.

Eén voortreffelijke kreet zij mij vergund te citeren: „Ik zal u speciaal een goed ziekenhuis geven en een echt goede arts" - patiënte was van de bedeling?

Misschien zou een samenvattend advies aan het einde van het consult, in plaats van steeds kleine adviezen onder het gesprek, je oordeel en advies meer kunnen beklemtonen, al schrijf ik dit in alle bescheidenheid.

Na de koffie met route-achterlating in de huiskamer gaan we in totaal andere stemming en sfeer — C geheel zoals hij werkelijk is — visites maken op boerderijen op matige afstand van elkaar gelegen. Schrik niet, acht patiënten boven de 70 jaar. Conclusie voor mij deze morgen: Jaloers op de

machtig mooie streek, met *de* dokter op stap, volmaakt vertrouwend op de dokter, wat hij zegt en doet, dankbaar, dat hij komt kijken, waarbij een harmonisch geïnteresseerd contact. —

Het vrijuit praktisch doen zonder enige reserve of concurrentiegedachte werkt mijns inziens sterk in positieve zin op de patiënten.”

* * *

Commentaar. Ten aanzien van de, in het begin van dit artikel genoemde, voordelen en bezwaren van het wederzijds praktijkbezoek hebben de deelnemers de volgende ervaringen opgedaan: Het is gebleken dat een dergelijke observatie door huisartsen de houding van de arts, gedurende de dagen dat hij bezocht wordt, betrekkelijk weinig beïnvloedt. Bij het eerste bezoek dat een deelnemer ontving kwam dit storende element nog het meest tot uiting (zie bijvoorbeeld de brief van E aan C). Door het zelf bezoeken van een ander, werd deze natuurlijkheid bevorderd: de gastheer wist dan reeds, dat hij niet de enige zou zijn, op wie iets aan te merken zou zijn. De neiging om voortdurend „het beste beentje voor te zetten” en daardoor niet ontspannen te werken werd minder naarmate men een meer „geroutineerde” gast respectievelijk gastheer werd.

Het isolement waarin de huisarts pleegt te werken en dat voor hem de vraag: „Doe ik het nu beter of slechter dan een ander?”, grotendeels onoplosbaar maakt, werd door dit onderzoek inderdaad duidelijk doorbroken en gaf de deelnemers een hernieuwd zelfvertrouwen. Dit zelfvertrouwen en het gezien hebben van nieuwe mogelijkheden uitte zich meermalen in een toegenomen arbeidsvreugde in de eigen praktijkvoering (zie bijvoorbeeld B aan C en D aan E).

Het aantal deelnemers (5) aan het onderzoek leek optimaal. Bij een groter aantal dient de praktijk te vaak een dag te worden verlaten, terwijl bij een kleiner aantal de kans, dat meer dan één bezoeker een bepaald facet van de praktijkvoering van de bezochte opmerkt, kleiner wordt. Bij een incidentele opmerking kan de bezochte dit als toevallig of onjuist beoordeeld ter zijde leggen. Vallen echter enkele bezoekers over een bepaald punt dan zegt hem dit meer. Zo werd A tweemaal duidelijk gemaakt, dat hij wel aan „psyche more” maar tevens aan „soma less” deed, (D en E aan A), dat B iets te geforceerd „vaderlijk-dominierend” optrad en psychosociale problematiek omzeilde (A en C aan B) terwijl D te horen kreeg dat hij te passief was en een te grote distantie schiep (A en C aan D), onder meer door zijn patiënten volgens C te veel te tutoyeren; toevalligerwijze (?) viel het D juist op dat E door zijn patiënten zo dikwijls getutoyeerd werd (zie D aan E)!

Het is alle deelnemers ook opgevallen, dat de meeste patiënten zo weinig door de observator werden beïnvloed. Slechts éénmaal gingen twee patiënten na het lezen van de mededeling in de wachtkamer onverrichterzake naar huis: het bleek dat de mededeling toen niet juist was geredigeerd!

Tijdens het gehele experiment werden 480 con-

sulten, 320 huisbezoeken, 5 consulatiebureaus en geen enkele partus bijgewoond. Afsproken was dat het bijwonen van een partus bij voorkeur niet zou plaats vinden, tenzij de ontvangende arts er zeker van was, dat het door de aanstaande kraamvrouw volledig positief zou worden beleefd. Tijdens de consulten verwijderde de observator zich achtmaal spontaan en eenmaal op verzoek van de gastheer; zestien huisbezoeken werden niet bijgewoond.

Een onverwacht aspect was de spontane waardering, die de bezoeker dikwijls aan de dag legde voor de achtergrond-werkzaamheden van de echtgenote der bezochte collega. Dit heeft bij de huisartsen in positieve zin bijgedragen tot de waardering voor de overeenkomstige prestaties van hun eigen partner, hetgeen nog werd versterkt door de positieve opmerkingen, die de anderen over haar maakten (zie bijvoorbeeld B aan E en E aan A). Deze bezoeken hebben ook positief bijgedragen aan een verbetering van de integratie van het gezinsleven in de praktijkvoering. Zo werd A geattendeerd door E op het feit, dat hij zijn kinderen niet aan hun trekken liet komen.

* * *

Het zal de lezer niet zijn ontgaan, dat er uit de brieven een zekere graagte tot beoordeling van elkaars praktijken valt te lezen. De huisarts werkt zelf voortdurend in een zekere examensituatie: zijn patiënten beoordelen de waarde van zijn prognostische uitspraken al of niet gekoppeld aan medicamenteuze therapie; de specialisten beoordelen of zijn voorlopige diagnostiek juist is geweest; wijkzusters, zielszorgers en anderen, die eveneens aan een ziekbed komen, beoordelen zijn prestaties als deskundig medemens. Vanuit deze situatie valt het niet te verwonderen, dat er in het nu zelf eens mogen beoordelen van een collega een moment van geestelijke bevrijding schuilt, dat zeker als positief wordt beleefd. Dit aspect dreigt de objectiviteit van een dergelijk onderzoek aan te tasten. Deze objectiviteit wordt echter niet gevraagd: de bevrijding zelf rechtvaardigt het initiatief reeds, terwijl de wederkerigheid der bezoeken het onderzoek bovendien ethisch aanvaardbaar maakt.

Deze zelfde emotionele aspecten maakten het de deelnemers moeilijk hun ervaringen aan de buitenwereld en met name aan kritische lezers van een tijdschrift, dat huisarts en *wetenschap* heet, toe te vertrouwen. Anderzijds echter waren zij zich bewust, dat het juist dit emotionele aspect van het onderzoek was, dat het zo waardevol maakte. Dit is dan ook de reden, dat zij bereid waren hun zo persoonlijke gevoelens aan de openbaarheid toe te vertrouwen, in de verwachting, dat anderen dit experiment tot hun voordeel zullen navolgen. Want behalve het emotionele aspect, welk vooral tot uiting kwam in het oordeel over de persoonlijke benadering van de patiënten door de gastheer, zijn door allen aan allen in ruime mate praktische adviezen gegeven, die zó positief hebben gewerkt op

ieders praktijkvoering, dat allen nog steeds met dankbaarheid aan het thans reeds vier jaar geleden meegemaakte experiment terugdenken.

Samenvatting. Vijf huisartsen hebben getracht door een onderzoek vast te stellen of een verbetering van de praktijkvoering van de huisarts mogelijk is door middel van wederzijdse bezoeken gedurende een werkdag met aansluitende rapportage aan de gastheer. Na een opsomming van de voordelen en de bezwaren welke verbonden zijn aan het wederzijds praktijkbezoek, wordt de uitvoering van het onderzoek beschreven, waarna een uitvoerige bloemlezing uit de verslagen volgt. Bij de evaluatie van het onderzoek komt naar voren dat het isolement, waarin de huisarts werkt, door

dit onderzoek wordt doorbroken. Ten slotte wordt geconcludeerd dat de vraag positief kan worden beantwoord.

Summary. Reciprocal observations on practice procedure by general practitioners

Five general practitioners have made a joint effort to establish whether the procedure of general practice can be improved by reciprocal visiting during a working-day with subsequent reporting to the host. A summary of the advantages and disadvantages inherent to reciprocal practice visits is followed by a description of the procedure of the investigation and an exhaustive anthology of the reports. The evaluation of this study indicates that it broke the isolation in which the general practitioner works. It is concluded that the question posed can be answered in the affirmative.

Frequent voorkomende oorzaken van hoesten in de huisartspraktijk

DOOR DR. A. LÖWENBERG, HUISARTS TE GRONINGEN

Inleiding. Hoesters behoren tot de groep van patiënten, die ons waarschijnlijk het meest frequent om advies vragen. Terwille van de eenheid van het betoog worden alleen hoesters vanaf ongeveer vijftienjarige leeftijd in deze bespreking behandeld. Het is namelijk moeilijk sputum van jonge kinderen te verkrijgen en het longfunctie-onderzoek is bij hen vaak niet op dezelfde wijze uitvoerbaar als bij volwassenen.

Het blijkt, dat het merendeel van onze patiënten de volgende oorzaken van hoesten heeft: virusinfecties; bacteriële infecties (niet-tuberculeus) en chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen (cara *). Minder frequent voorkomende oorzaken zijn: tuberculose; locale bronchostenose (tumor, corpus alienum, oude tuberculose); overbelasting of decompensatie van het linker hartgedeelte; aspiratie; prikkelende stoffen (bijvoorbeeld tabaksrook) misschien ten dele te plaatsen onder de groep van chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen (*Van der Wal*); longembolie en sarcoidosis.

Het is niet onze bedoeling deze lijst van oorzaken, die natuurlijk nog door andere, zoals schimmelinfecties en rickettsiosen, kan worden aangevuld systematisch te bespreken. Wij willen ons tot de meest frequente, de dagelijks voorkomende oorzaken van hoesten beperken: virusinfecties, bacteriële infecties en cara. In deze tijd van dalende morbiditeit aan tuberculose dienen wij natuurlijk waakzaam te blijven ten aanzien van het voorkomen van deze ziekte; ook dienen wij bij onze uit het ziekenhuis ontslagen operatiepatiënten — vooral bij de oudere patiënten — aan de mogelijkheid van longembolie en aspiratie te denken. Decompensatie van het linker hartgedeelte konden wij in tegenstelling tot ons vermoeden als enige oorzaak van hoesten slechts

relatief zelden (namelijk tweemaal bij 168 hoesters) aantonen. In het bijzonder bij oude patiënten, bij patiënten met hypertensie en coronairsclerose, hadden wij verwacht dat hoest en dyspnoe vaker op een decompensatie zouden hebben berust; bij onderzoek bleek evenwel dat een aantal van hen caralijders waren.

Aetiologie en pathogenese. Virus- en bacteriële infecties. Op het gebied van de ontdekking van virussen, die als verwekker van luchtweginfecties van betekenis zijn, werden in de laatste jaren grote vorderingen gemaakt. Als belangrijkste virussoorten kunnen worden genoemd: influenzavirussen; para-influenzavirussen; adenovirussen; rhinovirussen; respiratory syncytial virus (RS-virussen). Slechts zelden wordt een luchtweginfectie door het psittacosis- of ornithosisvirus veroorzaakt. Q-koorts, trouwens een rickettsiosis, is in Nederland niet inheems. Het valt te voorzien, dat op dit gebied in de nabije toekomst nieuwe vorderingen zullen worden gemaakt, onder andere door de ontdekking van nog onbekende virussen, door de verdere ontwikkeling van de laboratoriumdiagnostiek en mogelijk door de ontdekking van werkzame geneesmiddelen. Daar de huisarts deze infecties dagelijks behandelt, kan het van praktisch belang zijn, dat hij de vorderingen op dit terrein tenminste in grote lijnen blijft volgen.

In tegenstelling tot het grote aantal virussen hebben slechts enkele bacteriën grote betekenis voor de pathologie van de luchtwegen zoals: *eaton agens*; *neisseria catarrhalis*; *diplococcus pneumoniae*; *stafylococcus aureus* en *haemophilus influenzae*. Sporadisch is ook de kinkhoestbacil de verwekker van langdurige of afmattende hoestaanvalen bij volwassenen. Jaren geleden behandelde ik een 60-jarige patiënte, lerares aan een middelbare school, die last had van hoestbuien. Bij deze reeds wekenlang hoestende patiënte werden uit de nasopharynx kinkhoestbacillen gekweekt. Van contact

* Cara is een afkorting voor de groep van chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen. In dit betoog worden de termen cara en astma zonder onderscheid gebruikt, volgens de opvatting van de Groningse kliniek.