*Het behoeftepakket van de huisartsgeneeskunde**

DOOR G. W. LUGER, HUISARTS TE GOIRLE

Onder het behoeftepakket van de huisartsgeneeskunde moet men verstaan het geheel aan voorzieningen, dat nodig is om de huisartsgeneeskunde in stand te houden en te verbeteren. Tot dit behoeftepakket behoren, afgezien van de behoefte aan een specifieke opleiding tot huisarts, onder meer voorzieningen op het gebied van bij- en nascholing ter verbetering van de wetenschappelijke kennis en de technische vaardigheid van de huisarts; de bevordering van wetenschappelijk onderzoek door de huisarts tot verdieping van de kennis van het morbiditeitspatroon van de huisartsgeneeskunde en van de specifieke huisartsenproblematiek; verder verbetering van de huisarts-specialistcommunicatie, waarbij de techniek van het verwijzen en een goede verzorging van de specialistenbrief een belangrijke rol spelen en tenslotte de uitbreiding van technisch-diagnostische mogelijkheden ten behoeve van de huisartsgeneeskunde. In het hierna volgende wil ik nader ingaan op de laatstgenoemde behoefte, daarbij in het bijzonder aandacht bestedend aan de uitbreiding van laboratoriumfaciliteiten ten behoeve van de huisarts.

Het staat buiten twijfel dat hier sprake is van een reële behoefte. In een artikel over de toekomst van de huisarts schrijft *Huygen*: „dat de huisarts in Nederland zal blijven bestaan, dat er voor hem een groot perspectief in de toekomst is. Hij zal dan echter zijn werk beter moeten verrichten dan thans in het algemeen het geval is. Wil dit mogelijk zijn, dan zal hij over alle hulpmiddelen moeten kunnen beschikken, die voor hem dienstig zijn, zoals klinisch-chemische, röntgendiagnostische, farmaco-, fysico- en psychotherapeutische mogelijkheden, hulp van psychologische en maatschappelijke deskundigen en andere. Wij moeten constateren, dat sommige van deze hulpmiddelen op het ogenblik alleen voor de specialist beschikbaar zijn". In zijn inaugurele rede wijst *Stolte* op het belang van de instandhouding van het instituut huisarts, maar men zal, teneinde die instandhouding te bevorderen, het nodige moeten doen om technische verbeteringen aan te brengen.

Technische verbetering van de huisartsgeneeskunde houdt uiteraard niet in dat de huisarts zich op het terrein van de specialist moet gaan begeven. Wel kan hij de specialist onnodig werk uit handen nemen, omdat er patiënten zullen zijn, die dank zij die verbetering niet naar de specialist behoeven te worden verwezen. Andere patiënten zullen daarentegen eerder, dit wil zeggen op een vroeger tijdstip kunnen worden verwezen, omdat de huisarts meer mogelijkheden krijgt op het gebied van de vroege diagnostiek. Het kunnen beschikken over ruimere diagnostische mogelijkheden verschaft de huisarts de gelegenheid zich meer in het somatopathologisch gebeuren te verdiepen. Hij kan zodoende zijn communicatie met de specialist meer inhoud geven.

Een meer uitgebreide technische uitrusting zal door de huisarts op de juiste wijze moeten worden gehanteerd. Dit kan nader worden toegelicht aan de hand van de laboratoriumdiagnostiek, een onderdeel van de technische uitrusting, welke uitbreiding behoeft. In zijn „thuis-laboratorium" staat de huisarts een aantal eenvoudige onderzoekmethoden ter beschikking; het betreft hier in het algemeen gemakkelijk uitvoerbare, meest kwalitatieve bepalingen, met behulp waarvan hij het somatisch onderzoek van menige patiënt completeert. Voordat de huisarts zich voor zijn laboratoriumdiagnostiek naar elders gaat begeven, doet hij er goed aan zich eerst af te vragen of hij alle mogelijkheden in eigen huis volledig heeft benut; hij moet zich realiseren wat hij bepaalt, waarom hij het doet en wat de uitkomsten hebben te betekenen, met inachtneming van mogelijke foutenbronnen.

Ter illustratie moge het urine-onderzoek dienen, uitgevoerd met behulp van clinistix, bij een patiënt van wie wij veronderstellen dat hij diabetes heeft. Een positieve clinistix-reactie betekent slechts, dat er reducerende stoffen in de urine voorkomen; dit kan glucose zijn, maar het kunnen ook resten zijn van een peroxyde bevattend wasmiddel, waarmee het receptaculum werd schoongemaakt. Bij uitsluiting van dit laatste betekent een positieve clinistix nog niet, dat er van diabetes sprake is; evenmin sluit een negatieve glucosereactie van de urine een diabetes uit.

Sommige onderzoekmethoden vereisen een grote mate van nauwkeurigheid en routine, zoals het tellen van erytrocyten of leukocyten; andere methoden kunnen op eenvoudige wijze worden uitgebreid en verbeterd, zoals het sedimentonderzoek bij de diagnostiek van urineweginfecties. Dit kan met inachtneming van bepaalde voorschriften worden uitgebreid tot een voldoende betrouwbaar bacteriologisch onderzoek. Dit laatste is ook van belang bij het controleren of de therapie effect heeft. Voor de diagnose en het vaststellen van het genezen zijn

* Naar een voordracht, gehouden tijdens het Symposion Huisartsgeneeskunde, georganiseerd door het centrum Tilburg van het N.H.G. op 13 november 1965 in het gebouw van de Economische Hogeschool te Tilburg.

van deze infecties is het onderzoek van de urine op leukocyten een onbetrouwbaar criterium. Ook het bacteriologisch sputumonderzoek is, zij het met iets meer moeite, in het „thuislaboratorium" mogelijk. Volgens Pijpers is het bepalen van de doorsnede der erytrocyten een eenvoudige en nuttige onderzoekmethode voor de huisarts bij de diagnostiek van anemieën.

Zeker wanneer de huisarts zijn eigen laboratorium vrij intensief wil gebruiken, is hulp van een assistente praktisch onmisbaar. Zonder deze hulp zal hij zich vaak moeten beperken tot enkele noodzakelijke onderzoekmethoden. De mogelijkheid om laboratoriumbepalingen elders te laten verrichten zal daarom voor vele artsen een verlichting betekenen.

Een dergelijke uitbreiding zal er echter in het bijzonder op gericht moeten zijn aan alle huisartsen de zo noodzakelijke aanvulling van hun diagnostiek te bieden en geen aanleiding mogen geven tot het laten verrichten van series bepalingen, zonder deugdelijke indicatie; de huisarts zou zich daarmee beslist buiten zijn somatisch-diagnostische paden begeven. Een op zichzelf staand geval vormen series bepalingen, bestaande uit een tevoren vastgesteld pakket en bedoeld als screening in bepaalde omstandigheden. Een dergelijke screening zou kunnen worden gebruikt bij het periodiek geneeskundig onderzoek, zij kan een belangrijke functie vervullen in de vroege diagnostiek.

Wil verbetering van de technische uitrusting door verruiming van laboratorium-diagnostische mogelijkheden een gunstig effect hebben, dan zal de huisarts deze faciliteiten op de juiste wijze moeten weten te gebruiken. Ik moge in dit verband enige regels citeren uit een voordracht van *Borst*, waarin hij, sprekend over noodzakelijk, overbodig en schadelijk geneeskundig onderzoek onder meer zegt: „dat men de eis moet stellen, dat voor ieder onderzoek, bij ieder geval een indicatie moet bestaan; dat men veel tijd moet besteden aan discussiëren, lezen en vooral nadenken, hoe men met zo weinig mogelijk en zo eenvoudig mogelijk onderzoek de noodzakelijke gegevens kan verkrijgen. Het nuttig rendement van vele routine-onderzoekingen is bedroevend klein". Borst neemt hiermee stelling tegen het vele onderzoek dat in de kliniek vaak bijna schematisch bij vele patiënten wordt toegepast.

In de huisartspraktijk ligt deze zaak enigszins anders, doordat van alle patiënten, die de huisarts in een zeker tijdsverloop ziet, slechts bij een aantal nader röntgenologisch of klinisch-chemisch onderzoek noodzakelijk is. Maar dit neemt niet weg, dat ook de huisarts op de juiste wijze zal moeten selecteren. De uitkomsten, welke de huisarts van voor hem verrichte laboratoriumbepalingen ontvangt, zijn dode gegevens die alleen door middel van een goede indicatie en interpretatie tot leven kunnen worden gebracht. Gebeurt dit niet dan raakt hij gemakkelijk verzeild in een soort getallendiagnostiek, met alle bezwaren van dien. Het volgende moge dit verduidelijken.

Er wordt tegenwoordig bij het bacteriologisch urine-onderzoek veelvuldig gebruik gemaakt van de zogenaamde bacterietelling. Hiertoe wordt van het te onderzoeken verse urinemonster een druppel van bepaalde grootte geënt op een voedingsbodem en vervolgens gekweekt, waarna men het aantal gevormde bacteriekolonies telt en het aantal bacteriën per ml urine berekent. Volgens de meest gangbare, vooral door *Kass* gepropageerde opvatting, spreekt men van een urineweginfectie indien het aantal bacteriën per ml urine 100000 of meer bedraagt, van contaminatie bij een aantal van 10000 of minder en van mogelijke contaminatie, respectievelijk infectie indien het aantal tussen deze twee waarden ligt. In vele publikaties worden alleen nog maar deze getallen vermeld, terwijl het sedimentonderzoek, zo dit al werd verricht, niet ter sprake komt. Op grond van het aantal gevonden bacteriën stelt men de diagnose pyelonephritis, wanneer het kritische getal wordt bereikt of overschreden. Het bacteriologisch onderzoek mag dan juist zijn, hoewel het kritische getal waarschijnlijk lager behoort te liggen, het stellen van een klinische diagnose, uitsluitend op een laboratoriumuitkomst die in dit geval alleen het bestaan van een infectie aanduidt, is beslist onjuist. Het laboratoriumonderzoek behoort in het algemeen slechts een aanvullende en geen overheersende functie te hebben in de diagnostiek.

* * *

Na deze theoretische beschouwing, iets over de mogelijkheid tot praktische verwezenlijking van de uitbreiding van laboratorium-diagnostische mogelijkheden. De bereidheid van de ziekenfondsen om mee te werken aan het tot stand komen van laboratoria voor huisartsen, blijkt uit een schrijven van de Ziekenfondsraad te Amsterdam (1958) waarin de voorwaarden worden genoemd waaraan moet worden voldaan om een laboratorium als huisartsenlaboratorium erkend te krijgen. Wat de organisatievorm van een dergelijk laboratorium betreft, worden in het schrijven in principe drie mogelijkheden genoemd: gebruikmaking van bestaande ziekenhuis- of particuliere laboratoria; oprichting van een speciaal laboratorium voor huisartsen en, voor kleine plaatsen zoals op het platteland, een klein laboratorium met een analyste, die werkt onder supervisie van een der huisartsen.

Welke mogelijkheid wordt gekozen hangt af van de plaatselijke omstandigheden. Steeds zal echter moeten worden gestreefd naar de meest efficiënte organisatievorm, ook in financieel opzicht. Verder wordt gesteld, dat bij een verzoek om goedkeuring van een plaatselijke regeling bovendien rekening zal worden gehouden met outillage en accommodatie van het laboratorium, met het verwachte aantal onderzoekingen voor ziekenfondsrekening, met het

aantal artsen, die in het laboratorium onderzoekingen zullen laten verrichten en met de leiding en de financiële opzet van het laboratorium. Het schrijven gaat vergezeld van twee bijlagen: bijlage A betreft laboratoriumonderzoekingen, die met of zonder voorafgaande goedkeuring voor rekening van het ziekenfonds kunnen geschieden, bijlage B vermeldt de onderzoekingen, die niet voor rekening van het ziekenfonds kunnen plaatsvinden, omdat zij worden geacht bij het abonnementshonorarium van de huisarts te zijn inbegrepen.

Een indruk omtrent organisatie, financiële opzet, aantal verrichtingen en dergelijke van een groot huisartsenlaboratorium verkrijgt men bij doorlezing van het jaarverslag van de Stichting Klinisch-Chemisch Laboratorium te Rotterdam (1963). Dit laboratorium wordt geëxploiteerd door de plaatselijke ziekenfondsen op basis van een vaste bijdrage per ingeschrevene (in 1963 was dit *f* 0,67). Uit het verslagjaar blijkt dat 68 personeelsleden, waaronder 40 analysten, werkzaam waren voor 267 huisartsen. In totaal werden ruim 175000 onderzoekingen verricht, welke in het verslag naar soort en aantal werden gespecificeerd.

Deze specificatie maakt het mogelijk om na te gaan aan welke bepalingen bij huisartsen de meeste behoefte bestaat. In *tabel 1* zijn de meest gevraagde onderzoekingen naar frequentie gerangschikt. Bovendien is aangegeven hoeveel keer in totaal de onderscheiden bepalingen werden verricht en verder de gemiddelden per huisarts.

Hoewel men kan opmerken dat het faeces-benzidine-onderzoek zeer gemakkelijk in het thuislaboratorium van de huisarts kan geschieden, en men zich verder kan afvragen of een stofwisselingsonderzoek in een huisartsenlaboratorium thuis hoort, toch kan men van bovenstaande gegevens nuttig gebruik maken bij het uitstippelen van een op te richten laboratorium voor huisartsen. Het initiatief zal plaatselijk moeten worden genomen. Indien een plaatselijke huisartsenvereniging een uitbreiding van laboratorium-diagnostische mogelijkheden ten behoeve van haar leden wenst, dan zal mijns inziens bij voorkeur een commissie van plaatselijke huisartsen moeten worden belast met de uitvoering van een dergelijk plan, onder supervisie van het bestuur van deze vereniging. Als uitgangspunt en leidraad voor een dergelijke commissie moeten de door de Ziekenfondsraad gegeven richtlijnen, alsmede de praktische ervaring opgedaan in de bestaande huisartsenlaboratoria dienen. Wellicht het moeilijkste deel van haar taak zal bestaan in de uiteindelijke verwezenlijking van de plannen omdat deze afhankelijk is van de bereidheid tot medewerking van de daartoe geëigende instellingen of personen. Opgemerkt dient nog te worden, dat het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging te allen tijde bereid is om hulp te bieden bij zich eventueel voordoende moeilijkheden; hetzelfde geldt ook voor het bestuur van het Nederlandse Huisartsen Genootschap.

Tabel 1. Onderzoekingen verricht in 1963 door de Stichting Klinisch- Chemisch Laboratorium te Rotterdam

Soort bepalingen	Totaal aantal	Gemiddelden per huisarts
Protrombinetijden	119846	± 450
Morfologisch bloedonderzoek	43303	± 160
Grondstofwisseling	1725	± 6,5
Alkalische fosfatase	1222	± 4,5
Thymol Troebelings Test	1146	± 4,2
Bloedsuikercurve	760	
Ureum	752	
Cholesterol	699	± 1,5-3,0
Bilirubine	628	
Transaminasen S.G.O.T. .	518	
S.G.P.T. .		
Bloedsuiker	476	
Creatinine	317	
Faeces-microscopie	298	
Bloedingstijd-Stollingstijd	278	
Bloedsuiker-dagcurve ..	185	± 0,5-1,5
Sputum Ziehl-Neelsen ..	180	
Serumijzer	160	
Zure fosfatase	130	
Faeces benzidine	119	
Overige bepalingen	0-100	± 0,0-0,5

Samenvatting. Het bestaan van een behoeftepakket van de huisartsgeneeskunde wordt uiteengezet; de belangrijkste onderdelen daarvan worden opgesomd. Aandacht wordt besteed aan de behoefte de laboratorium-diagnostische mogelijkheden als onderdeel van de technische uitrusting van de huisartsen, uit te breiden. Tot slot wordt in grote lijnen aangegeven langs welke weg een plaatselijke laboratoriumdienst ten behoeve van de huisartsen tot stand kan komen.

Summary. Desiderata of general medical practice. The principal desiderata of general medical practice are discussed with special reference to enlargement of possibilities of laboratory diagnosis as part of the general practitioner's technical equipment. An outline is presented of ways and means to establish a local laboratory service for the benefit of general practitioners.

Borst, J. G. G. (1961) Ned. T. Geneesk., *105,* 2449.
Huygen, F. J. A. (1963) huisarts en wetenschap *6,* 347.
Kass, E. (1957) Arch. Int. Med. *100,* 709.
Stolte, J. B. (1965) Ons Ziekenhuis *27,* 138.

Twee jaar preventief geneeskundig onderzoek in een huisartspraktijk

DOOR DR. R. S. TEN CATE, HUISARTS TE WASSENAAR

Reeds eerder — (1965) huisarts en wetenschap 8, 81 en 399 — publiceerde ik over een preventief geneeskundig onderzoek, dat op 10 september 1963 werd aangevangen in mijn praktijk van 2.315 zielen. In het onderstaande worden de resultaten van het tweede onderzoekjaar beschreven. Alvorens hiertoe over te gaan eerst een aanvullende opmerking. Waar in de vorige artikelen werd gesproken van „afwijkingen", welke bij de onderzochten tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek (P.G.O.) werden gevonden, zij hier uitdrukkelijk vermeld, dat dit afwijkingen betreffen, welke de onderzoeker nog niet eerder bekend waren. „Geen afwijkingen" wil dus zeggen: „Bij het P.G.O. werden geen afwijkingen gevonden, die aan de onderzoeker nog niet bekend waren." Een patiënt met een ernstig hartlijden, die hiervoor regelmatig onder behandeling is en bij wie tijdens het P.G.O. geen andere afwijkingen worden gevonden, valt dus onder de categorie „geen afwijkingen".

Organisatorische resultaten. In het tweede onderzoekjaar werden zes jaargroepen opgeroepen, in totaal 164 personen (95 vrouwen en 69 mannen). Hiervan werden 120 (69 vrouwen en 51 mannen) onderzocht; een percentage van 73, respectievelijk 72 en 74. In *tabel 1* staan deze gegevens naar jaargang aangegeven. In het vorige onderzoekjaar werden de jaargangen 1923 tot en met 1919 opgeroepen. Hiervan staan de gegevens ook in *tabel 1* vermeld. In een vorige publikatie — (1965) huisarts en wetenschap 8, 81 — werd berekend dat in het eerste onderzoekjaar 78 (vrouwen 88, mannen 69) procent werd onderzocht. Aangezien gedurende het tweede verslagjaar nog zes personen uit de jaarklassen 1923 tot en met 1919 werden onderzocht bedragen deze percentages uiteindelijk 83 (vrouwen 91, mannen 72). In *tabel 1* blijkt het totaal aantal onderzochten van de jaargangen 1923 tot en met 1919 één groter te zijn dan het aantal vermeld in het verslag over het eerste onderzoekjaar. Dit komt omdat een vrouw, die op 10 september 1963 reeds wel tot de praktijk behoorde, abusievelijk nog geen ponskaart had ontvangen. Deze vrouw werd alsnog opgeroepen. De vijf anderen uit deze jaarklassen, die gedurende het tweede verslagjaar werden onderzocht, behoorden tot de categorie die had opgegeven: „Ik heb nu geen tijd; kom later wel eens." In totaal omvatte deze categorie dertien personen.

Zoals in een vorig artikel werd verondersteld, verminderde het aantal patiënten dat zich op eigen initiatief of op dat van de echtgeno(o)te eerder liet onderzoeken en wel van zestien in het eerste tot

Tabel 1. Organisatorische resultaten van twee jaar preventief geneeskundig onderzoek.

Geboortejaar	Aantal patiënten			Niet opgeroepen						Opgeroepen			Hiervan onderzocht			Niet onderzocht			
	Man	Vrouw	Beiden	a	b	c	d	e	Totaal	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Verlaagd tarief
1918	11	18	29	1	—	—	2	—	3	9	17	26	5	13	18	4	4	8	—
1917	8	22	30	1	—	1	1	1	4	6	20	26	5	15	20	1	5	6	1
1916	19	17	36	2	—	—	1	2	5	15	16	31	11	12	23	4	4	8	2
1915	10	18	28	3	—	1	—	1	5	7	16	23	5	12	17	2	4	6	—
1914	20	10	30	—	—	—	—	—	0	20	10	30	16	5	21	4	5	9	—
1913	15	19	34	1	—	—	—	5	6	12	16	28	9	12	21	3	4	7	—
Totaal 1918 tot en met 1913	83	104	187	8	—	2	4	9	23	69	95	164	51	69	120	18	26	44	3
Eerste verslagjaar 1923 tot en met 1919	60	68	128	2	1	5	—	—	8	54	66	120	37	57	94	17	9	26	4
Dit jaar 1923 tot en met 1919	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	6	—2	—4	—6	—
Totaal 1923 tot en met 1913	143	172	315	10	1	7	4	9	31	123	161	284	90	130	220	33	31	64	7
1912 en eerder en 1924 eigen initiatief of op dat van echtgeno(o)t(e))	7	2	9	—	—	—	—	—	—	7	2	9	7	2	9	—	—	—	—
Vergelijkbare groep eerste verslagjaar onderzocht	5	11	16	—	—	—	—	—	—	5	11	16	5	11	16	—	—	—	—
Totaal resultaat van twee jaar	155	185	340	10	1	7	4	9	31	135	174	309	102	143	245	33	31	64	7

Tabel 2. Medische resultaten van twee jaar preventief geneeskundig onderzoek.

Geboortejaar	Onderzocht			Geen afwijkingen			Alleen advies tijdens P.G.O.			Terug op spreekuur			Naar tandarts			Naar specialist			Roken meer dan 8 sigaretten per dag			Gewicht meer dan 5 kg te zwaar			Gewicht meer dan 5 kg te licht		
	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden	Man	Vrouw	Beiden
1918	5	13	18	2	1	3	1	4	5	0	3	3	1	3	4	1	5	6	1	3	4	1	4	5	2	2	4
1917	5	15	20	1	4	5	1	3	4	2	3	5	1	0	1	1	5	6	1	3	4	1	3	4	0	4	4
1916	11	12	23	1	5	6	3	2	5	3	4	7	3	0	3	3	1	4	4	2	6	3	2	5	1	5	6
1915	5	12	17	2	3	5	3	3	6	0	4	4	0	3	3	0	3	3	1	3	4	1	2	3	1	1	2
1914	16	5	21	5	1	6	4	1	5	4	2	6	0	2	2	3	2	5	4	0	4	5	1	6	1	0	1
1913	9	12	21	2	3	5	4	3	7	2	2	4	2	0	2	1	4	5	5	0	5	1	3	4	3	0	3
Totaal 1918 tot en met 1913	51	69	120	13	17	30	16	16	32	11	18	29	7	8	15	9	20	29	16	11	27	12	15	27	8	12	20
Eerste verslagjaar 1923 tot en met 1919	37	57	94	11	13	24	11	12	23	11	22	33	5	3	8	6	15	21	16	11	27	8	15	23	13	17	30
Dit jaar 1923 tot en met 1919	2	4	6	1	1	2	1	1	2	0	2	2	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	2
Totaal 1923 tot en met 1913	90	130	220	25	31	56	28	29	57	22	42	64	12	11	23	15	36	51	33	23	56	20	30	50	22	30	52
1912 en eerder en 1924 op eigen initiatief of op dat van echtgeno(o)t(e)	7	2	9	2	0	2	3	0	3	2	2	4	0	0	0	1	0	1	3	1	4	1	0	1	2	1	3
Vergelijkbare groep eerste verslagjaar onderzocht	5	11	16	4	2	6	1	0	1	0	5	5	0	1	1	0	6	6	2	0	2	2	2	4	2	3	5
Totaal resultaat van twee jaar	102	143	245	31	33	64	32	29	61	24	49	73	12	12	24	16	42	58	38	24	62	23	32	55	26	34	60

negen in het tweede onderzoekjaar. De categorie personen, die eerder dan met hun leeftijd overeenkwam, op mijn initiatief, werd onderzocht op een bepaalde indicatie (in het eerste onderzoekjaar tien) komt nu in de tabellen niet meer voor. Deze personen werden voor dit onderzoek niet representatief geacht.

In het vorige verslagjaar werden drie categorieën personen niet opgeroepen: beroepsmilitairen en beroepsvliegers (a); patiënten verpleegd in een psychiatrische inrichting (b) en patiënten, die in een ziekenhuis lagen of onder behandeling van een internist waren (c). In dit verslagjaar kwamen hier nog twee categorieën bij: enkele personen, die gedurende lange tijd in het buitenland verbleven, maar werden geacht toch weer in de praktijk terug te keren (d) en de personen, die in het vorige onderzoekjaar reeds op eigen initiatief eerder waren onderzocht (e).

Vergelijken wij de percentages onderzochten, dan blijkt dit jaar 73 procent van de opgeroepen personen te zijn onderzocht tegen 78 procent in het vorige jaar. Gedeeltelijk kan dit teruglopen van het percentage worden verklaard uit het feit dat minder dan in het eerste jaar werd getracht een zo groot mogelijk aantal deelnemers te verkrijgen — (1965) huisarts en wetenschap *8*, 399. De redenen die dit jaar werden opgegeven om niet aan het onderzoek mee te doen waren: Ben onder behandeling van een specialist (3); ben al zoveel nagekeken (2); ben regelmatig onder behandeling (1); heb kort geleden in het ziekenhuis gelegen (1); ben net gekeurd voor yogha (1); voel me te gezond (3); vind het niet nodig (12); voel er niets voor (3); geen interesse (1); vind het onzin (1); psychische bezwaren (een patiënte met een waan); deze ronde niet (1); kan 's zomers niet, alleen 's winters (1); kom later wel eens (2); geen tijd (1) en reden onbekend (10). Dertig personen waren wel en veertien geen lid van een ziekenfonds.

Medische resultaten. Evenals tijdens het vorige verslagjaar wordt verschil gemaakt tussen de personen, die volgens hun leeftijdsklasse (45- tot en met 50-jarigen) waren opgeroepen en degenen, die op eigen initiatief of op dat van de echtgeno(o)t(e) eerder werden onderzocht dan met hun leeftijd overeenkwam. Tevens worden de gegevens vermeld van de zes personen, die in het vorige verslagjaar waren opgeroepen en pas dit jaar waren gekomen. Bij de volgende opgave heeft het eerste cijfer betrekking op de 45- tot 50-jarigen en het tussen haakjes geplaatste cijfer op de 40- tot 44-jarigen, die tijdens het eerste en tweede verslagjaar werden nagekeken.

Bij 30 (26) personen werden geen afwijkingen gevonden. Bij 32 (25) personen werden afwijkingen gevonden, maar kon worden volstaan met een enkel advies. Bij 29 (35) personen werden afwijkingen gevonden, die het nodig maakten hen op het spreekuur terug te bestellen. Bij 15 (8) personen werden afwijkingen aan het gebit gevonden, die het nodig

maakten hen naar de tandarts te verwijzen. Bij 29 (22) personen werden afwijkingen gevonden, die het nodig maakten hen naar een specialist te verwijzen. Deze aantallen zijn nader gespecificeerd in *tabel 2*. Aan 27 (29) personen werd het advies gegeven minder te roken. De andere adviezen welke werden gegeven lagen in hetzelfde vlak als het vorige jaar: een patiënte werd verwezen naar de pedicure; een andere patiënte bleek reeds jarenlang een eens in verband met menopauzeklachten gegeven recept voor Lynoral te itereren; aan enkele mannen en vrouwen werden steunkousen voorgeschreven vanwege het bestaan van lichte varices; in twee gevallen werd geadviseerd het alcoholgebruik te verminderen.

De afwijkingen waarvoor de onderzochten op het spreekuur werden terugbesteld waren de volgende: vermageren 6 (7); oor uitspuiten 14 (10); anemie 1 (4); erosio portionis met fluor 1 (5); verhoogde bezinkingssnelheid van de erytrocyten 6 (2); hypertensie 3 (0); reumatische of artrotische klachten 1 (1); afdraaien van een portiopoliep; verwijderen van een lipoom, behandeling van pyurie, van hematurie en van neurotische klachten.

De verwijzingen naar de specialist betroffen: oogarts 22 (11); gynaecoloog 4 (4); chirurg 2 (4); keel-, neus- en oorarts 2 (1); huidarts 1 (0); diabetesspecialist 2 (1) en endocrinoloog 1 (0).

Aan het einde van dit verslagjaar werd tevens berekend hoeveel maal de patiënten uit het eerste verslagjaar, die na het P.G.O. op het spreekuur waren terugbesteld, gedurende een jaar na het onderzoek het spreekuur bezochten. Het betrof 33 personen van de groep van 94 die tussen 1923 en 1919 waren geboren. Hiervan gaven vier aan het verzoek terug te komen geen gehoor, namelijk een aan wie een vermageringsdieet was aangeraden; een aan wie tijdens het P.G.O. een prolapspessarium was gegeven en die daarop post of propter prompt zwanger werd, welke zwangerschap in een abortus eindigde, waarop zij werd opgenomen. Bij de twee overigen, was fluor respectievelijk een portio-erosie geconstateerd. Na een jaar werden zij alsnog opgeroepen.

Van de 29 patiënten, die wel het spreekuur bezochten, kwamen 17 eenmaal op het spreekuur voor uitspuiten van het oor; twee kwamen voor controle van een anemie; een kwam voor vage buikklachten; een voor een vermageringsdieet; twee voor erosie van de portio; een voor hoesten en koorts en een voor een verhoogde bezinkingssnelheid van de erytrocyten. Zes patiënten kwamen tweemaal (een voor anemie; twee voor vermageren; een voor neurasthene klachten; een voor hypertensie en een voor prostatitis). Vier patiënten kwamen viermaal (twee voor vermageren, een voor neurasthene klachten en een voor een verhoogde bezinkingssnelheid van de erytrocyten en koorts). Een patiënt kwam achtmaal voor een vermageringsregime en een patiënt 36 maal voor controle van de hyperthyreoidie en tellen van de leukocyten. In totaal gaf het eerste jaar P.G.O. bij 94 personen extra werk van 89 spreekuurbezoeken gedurende een jaar na het onderzoek.

Ten slotte nog iets over de frequentie van het onderzoek. Van de 315 in aanmerking komende personen zijn er nu in twee jaar tijds 220 onderzocht en bovendien nog 35 anderen. Op grond van deze resultaten mag men aannemen dat alle personen tussen 40 en 65 jaar (682) in vier jaar tijds kunnen worden onderzocht. Mede gezien het feit, dat intussen elders in het land (Breda) een onderzoek in voorbereiding is van personen van 65 jaar en ouder besloot ik aan het einde van dit verslagjaar met dit onderzoek door te gaan tot de 65-jarige leeftijd.

Dit betekent dat in de loop van het volgende jaar voorbereidingen dienen te worden gemaakt voor de formulieren, wijze van oproepen en wat dies meer zij samenhangende met het herhalingsonderzoek. Dit is van des te meer belang nu steeds meer patiënten met een coupon van een levensverzekeringmaatschappij komen, welke recht geeft op een belangrijke reductie van de onderzoekkosten. Aangezien in sommige gevallen de coupons om de drie jaar worden uitgereikt laat het zich aanzien dat een aantal patiënten eerder dan na vier jaar om een herhaling van het P.G.O. zal vragen.