

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

66-03r *Annals of General Practice*. (1965) *The Australian College of General Practitioners* 10, 5.

In 1964 is door Clifford Jungfer een onderzoek verricht bij huisartsen in Australië. Deze arts bezocht o.a. 100 praktijken intensief, door mee te lopen en vragenlijsten te laten invullen, ten einde hierdoor te worden geïnformeerd over de aard en de kwaliteit van de huisartsenhulp. Het Australian College of General Practitioners kon hiermee beter beoordelen wat er gedaan moest worden om de praktijkuitvoering te verbeteren. Het heeft hierbij een kwalificatie gevolgd van Osler Petersen, die in 1953 en 1954 richtlijnen heeft opgesteld om de kwaliteit van een huisarts te beoordelen. In dit artikel worden de richtlijnen echter nauwelijks genoemd. Aan 140 huisartsen werd een vragenlijst toegestuurd, waarin zij hun mening kenbaar konden maken over de medische vraagstukken in Australië, onder andere de National Health Service (N.H.S.).

Tot slot komt Clifford Jungfer tot een lijst van aanbevelingen voor het College of Australian General Practitioners.

„Standards in Australian General Practice”. Elke beoordeling kent vijf graden, waarbij graad 1 zeer slecht is en graad 5 zeer goed. Als algemene indruk gaf Jungfer aan dat 6 procent in klasse 1 werd ingedeeld en dus volledig ongeschikt was de huispraktijk uit te oefenen. Voor de beoordeling der kwaliteit van een huisarts vindt Jungfer vier vragen van kardinaal belang:

- 1 In het algemeen kan men bij patiënten direct twee groepen onderscheiden: a een kleine groep die een ernstige ziekte blijkt te hebben en die daarvoor veel en uitgebreid moet worden onderzocht; b een grote groep met allerlei uiteenlopende symptomen en ziekten die echter „self-limited diseases” blijken te zijn. Nu is het de kunst in de huisartsgeneeskunde deze kleine groep te vinden en te weten wie uitgebreid moet worden onderzocht. Bij de tweede groep behoort de huisarts te weten tot welke regio en organen hij zich bij zijn onderzoek moet beperken.
- 2 Is de behandeling uitgebalanceerd? Is de initiële therapie en ook de zorg voor de chronisch zieken voldoende?
- 3 Is de totale zorg van de huisarts, dus ook de aandacht die hij besteedt aan psychologische factoren of aan preventief werk, voldoende?
- 4 Is de kwaliteit van zijn kaartsysteem voldoende?

Hierna analyseert Jungfer deze vier onderdelen verder en bekijkt achtereenvolgens diagnose-stelling, anamnese en onderzoek, therapie, de psychologische en preventieve werkzaamheden en tenslotte het kaartsysteem. Stelt de huisarts bijvoorbeeld voor de anamnese voldoende tijd ter beschikking, heeft hij voldoende bekwaamheid en krijgt hij voldoende informatie? Stelt hij bij het onderzoek genoeg tijd ter beschikking? Onderzoekt hij de juiste onderdelen van het lichaam en beschikt hij over voldoende vaardigheid? (Bij het grootste gedeelte der artsen blijkt wel voldoende tijd beschikbaar te worden gesteld, maar bij het onderzoek worden bijvoorbeeld niet altijd de juiste lichaamsonderdelen onderzocht). Wordt bij de therapie de klacht juist behandeld?

Verder punt van beoordeling is bijvoorbeeld: wordt de totale patiënt behandeld? - dus niet alleen zijn organische afwijking, maar wordt er ook aandacht besteed aan de mogelijke onrustgevoelens of psychologische gevolgen? Deze psychologische aspecten vindt Jungfer van groot belang; de tegenwoordige tijd is er duidelijk een waarbij psyche en soma onafscheidelijk met elkaar zijn verbonden, en hij onderzoekt of de huisarts deze tendens volgt. Hierbij onderscheidt hij drie soorten arts: de positief ingestelde arts, die

mede naar de psychologische factoren zoekt; de neutrale medicus, die wel beseft dat er psychologische factoren zijn, maar er verder als medicus niet naar vraagt; en dan de negatief ingestelde arts, die psychologische factoren zelfs afwijst (behorende tot klasse 1.). Naast het zoeken naar psychologische aspecten beoordeelt hij ook het behandelen van psychologische klachten. Twaalf procent behandelt psychische en somatische klachten even goed; 84 procent behandelt de patiënten met somatische beter dan met psychische klachten en vier procent blijkt beter de behandeling van psychische klachten te kunnen hanteren. Bij alle huisartsen bleek echter een grote behoefte te bestaan aan betere nascholing op dit terrein.

De preventieve zorg onderscheidt Jungfer in algemene en individuele preventie, waarbij zijn onderzoek zich vooral tot de individuele preventie beperkte. Bijvoorbeeld is de prenatale zorg voldoende? (frequentie, hemoglobine-gehalte, bloedgroep, Rhesus-factor, enzovoort, enzovoort), of: gebruikt de huisarts bij infectieziekten voldoende preventie? (isolatie, voorkómen van uitbreiding bij infectie, enzovoort), of: heeft de huisarts het routine-onderzoek voldoende in zijn praktijk opgenomen?

„What the Australian General Practitioner is thinking”. In Australië blijkt de huisarts een bijna geheel particuliere praktijk uit te oefenen, met uitzondering ten aanzien van een groep gepensioneerden, van wie de huisarts zijn betaling ontvangt via de N.H.S. Verder begeeft de N.H.S. zich eigenlijk uitsluitend op het gebied van de verzekeringen en geeft zij de patiënt via fondsen terug wat deze de huisarts betaalt.

De Australische huisarts heeft zeer nauwkeurig zijn standplaats uitgezocht. Als men vraagt waarom een huisarts zich juist op die plaats heeft gevestigd, volgt een grote lijst met argumenten, bijvoorbeeld: groepspraktijk, de mogelijkheden om in een ziekenhuis te werken, de bevolking, die hem hier op deze plaats aanstaat, de mogelijkheid om hier veel medische werkzaamheden te verrichten (vooral een platte-landsgedachte), om de goede collegiale verhoudingen of om de goede nascholingsmogelijkheden. Als nadelen van deze bepaalde plaats geeft de huisarts op: de constante arbeid zonder rustmogelijkheden, de slechte nascholing, de onvoldoende mogelijkheden zich medisch uit te leven, het tekort aan artsen en slechte klimatologische en sociale omstandigheden.

Over het algemeen echter is de Australische huisarts zeer tevreden. Over de N.H.S. zoals die in Engeland werkt was men bijzonder ontevreden en men verwachtte eigenlijk van de Australian Medical Association dat deze een soortgelijke gezondheidsvorm verre van Australië zou houden.

Ongeveer 70 procent van de huisartsen had een vrij intense postgraduate study ondergaan in de twee jaar voordat dit onderzoek was verricht; doch in het algemeen gold ook hier weer de klacht dat de nascholing te specialistisch was opgezet.

Het bleek dat de eigen artsenopbrengst in Australië te klein was en dat men het aantal huisartsen slechts op peil kon houden door de grote immigratie, vooral uit Engeland.

Als algemene tendens werd tenslotte duidelijk gesteld dat de huisarts recht had op ziekenhuisbedden.

Aanbevelingen ten einde een betere praktijkvoering van de huisarts te verkrijgen.

1 Scholing tot huisarts. Iedere student moet kennis nemen van de huisartsgeneeskunde door colleges en co-assistent-schappen. Na het artsexamen moeten vijf jaren worden besteed aan de opleiding tot huisarts, waarvan twee jaren voor de basisopleiding en drie jaren praktisch. In het algemeen wordt ook gesteld dat in de eerste vijf jaren na het diploma zal blijken of een arts zich kan ontwikkelen tot een goede huisarts of niet. Blijkt dit na vijf jaar niet het geval te zijn dan wordt hij dit nooit. Ten slotte wordt gepleit voor een

betere centrale nascholings-organisatie; de nascholingsplaats moet gemakkelijk zijn te bereiken en er dient een goede coördinatie te zijn van alle nascholingskwaliteiten.

2 Aantal huisartsen. Volgens Jungfer zijn 20 procent meer huisartsen nodig in Australië. Moet er meer reclame worden gemaakt om het huisartsentekort op te heffen?

3 Organisatie van de algemene praktijk. Vorming van een groepspraktijk geeft de volgende voordelen: betere verzorging van medische en administratieve hulp; door samenwerken van huisartsen is de gezamenlijke kennis groter; door het instellen van groepspraktijkhuizen wordt het mogelijk het eigen huis te ontlasten; de groepspraktijken kunnen worden gebruikt om huisartsen op te leiden.

Echter ook in de eenmanspraktijk moet men samenwerken met andere medische instellingen; terwijl men daarnaast tot een betere organisatie dient te komen. Jungfer stelt voor bureaus ter voorlichting in te stellen waarop artsen, die alleen praktijk willen blijven uitoefenen, kunnen zien hoe een praktijk beter wordt georganiseerd en hoe bepaalde vormen van samenwerking kunnen worden ontwikkeld.

A. P. Oliemans.

65-10. Chronische Borsäurevergiftung. Herren, Ch. en F. Wyss, (1964) Schweiz. med. Wschr. 94, 1815.

Er wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van een ziektegeval waarbij zich na het innemen van een boorzuurbevattend anti-epilepticum chronische vergiftigingsverschijnselen vertoonden, die heel veel geleken op de bijwerkingen van cytostatica, zoals cachexie, haaruitval, therapieresistente dermatiden, hypoplastische anemie en maagulcera.

De acute intoxicatieverschijnselen zijn duizeligheid, hoofdpijn, braken, bloederige diarree, erythrodermie en de verschijnselen van tubulusnecrose. Een antidoticum is niet bekend. De verschijnselen verdwijnen echter snel na het weglaten van de boorzuurbevattende preparaten.

Tot 1962 zijn 86 gevallen van dodelijke boorzuurintoxicatie gepubliceerd, zowel tengevolge van percutane resorptie (boorzalf op brandwonden en zuigelingeneceem, boorpoeder bij de babyverzorging en blaaspoelingen met drieprocentige boorzuuroplossing), als per os opgenomen boorzuur in de vorm van medicamenten en (verboden) conserveringsmiddelen. Aan gezien boorzuur „een wolf in schaapsvacht”, een gevaarlijk medicament van geringe antiseptische of sederende waarde is, met een aanvechtbare anticonvulsieve werking en als vermaergingsmiddel absurd, is het medische gebruik van boorzuur niet te rechtvaardigen en volkomen obsoleet.

M. Sanders

Het lezen waard

In de serie „Mens en Medemens”, die als ondertitel draagt „Aspecten der sociale werkelijkheid”, komen enkele deeltjes voor die voor de huisarts zeer het lezen waard zijn. Als nummer 66 in deze reeks is verschenen: Leven en eendigheid, een psychogerontologische studie. Hierin zijn drie belangwekkende voordrachten, gehouden op een vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, bijeengebracht. Uitgegeven bij Het Spectrum, Utrecht, 1965; 60 bladzijden, prijs f 2,50.

Boekbesprekingen

L. H. Levie. *Inseminatio artificialis. Deel 6 van de Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1965; 112 bladzijden, prijs in abonnement f 11,—; los f 13,75.*

In zijn „ten geleide” schrijft de auteur dat deze monografie uitsluitend is bestemd voor de medicus. Het is een waagstuk om binnen de gestelde opdracht (gemiddeld 128 pagina's) voor kritisch ingestelde vakgenoten een verantwoorde uiteenzetting te geven over het veelbesproken en veel omvattende vraagstuk van de kunstmatige insemina-

tie (K.I.). De indeling van het boekje is overzichtelijk; de inhoud getuigt van een grote deskundigheid. Uiteraard worden de indicaties en de contra-indicaties voor de homologe (K.I.E.) en de heterologe (K.I.D.) inseminatie uitvoerig besproken. Eveneens belangrijk voor de huisarts is het te weten, hoe de techniek van de K.I. wordt bedreven. De huisarts moet enige voorlichting kunnen geven, wanneer de probleemstelling zich vroeg of laat in zijn praktijk voordoet. Toch kan ik mij niet aan de indruk onttrekken, dat de auteur zich bij het schrijven heeft laten beïnvloeden door de negatieve wijze van benaderen van vele officiële en religieuze instanties of personen ten aanzien van de K.I., vooral van de heterologe donor-inseminatie. Zijn schrijfrant is hier en daar emotioneel getint, hetgeen de leesbaarheid ten goede komt, maar waardoor het probleem enigszins eenzijdig wordt belicht. De paragraaf over de juridische aspecten van de K.I. is te kort. Daar waar de kinderloosheid zo wordt beleefd, dat men zich hiermee tot een arts om hulp wendt, kan men, gezien de verstrekkende consequenties, niet te enthousiast de methode van de K.I. als de oplossing naar voren brengen, zonder ook de formele, juridische, ethische en ook medische bezwaren in zijn overwegingen te betrekken.

Komen in de korte beschouwing aangaande de juridische aspecten van de K.I. het vóór en tegen niet geheel uit de verf, des te meer en beter laat schrijver aan de hand van eigen ervaringen en die van anderen zien, hoe voorzichtig en uiterst behoedzaam men moet zijn met het nemen van een beslissing pro of contra de K.I. (homoloog of heteroloog uitgevoerd). Fouten en mislukkingen worden vermeld, maar belangrijker is, dat door oprecht medeleven en objectief afwegen van alle factoren bij deze door de mens verworven methode een positieve grondslag kan worden gelegd voor het levensgeluk van twee mensen, bij wie de komst van een kind op niet neurotische wijze wordt verlangd.

Het zijn slechts korte kanttekeningen bij een boekje dat ik bijzonder aan huisartsen kan aanbevelen. Het is in goede stijl geschreven. Drukfouten heb ik niet opgemerkt. De uitgave is prettig en goed verzorgd. In een uitgebreide literatuurlijst worden de belangrijkste geschriften op dit gebied genoemd.

J. A. Stoop

J. A. Verdoorn. *Volksgezondheid en Sociale Ontwikkeling. Aula-pocket nummer 199, Spectrum, Utrecht, 1965, 460 bladzijden, prijs f 5,50.*

Aanwijzingen voor de brede oriëntatie en de veelzijdige kennis, welke nodig was om dit boek te kunnen schrijven, vinden wij in de levensloop van de schrijver: Oosterse letteren-studie, geneeskunde, zendingsarts, promotie over de verloskunde onder de Indonesische bevolking (een sociaal-medische studie), Departement van Gezondheid te Djakarta, Instituut voor Sociale Geneeskunde te Amsterdam.

Achter de commercieel aandoende titel gaat een niet geheel door deze titel gedekte inhoud schuil: de beschrijving van het gezondheidswezen van Amsterdam gedurende de 19e eeuw, een medisch-historisch onderzoek. Uitgangspunt van deze studie was de constatering dat vanaf het jaar 1884 de sterfte-cijfers van Amsterdam in een aanhoudend en snel tempo dalen. Dit blijkt niet alleen in Amsterdam maar ook in geheel Nederland en in vele andere geciviliseerde landen het geval te zijn. Verdoorn vraagt zich nu af: hoe komt het dat omstreeks 1880 de sterftcijfers gaan dalen? Deze vraagstelling loopt als een rode draad door het hele boek en wel tegen de achtergrond van de toestanden en de ontwikkelingen in de stad Amsterdam. Zo heeft dit boek niet alleen een ontwikkelings-medisch-sociologisch aspect, doch het brengt de lezer tegelijkertijd in aanraking met de problemen van een bepaalde groeiende stad in de perioden van industrialisatie, urbanisatie, demografische omwenteling en liberale cultuur.

Verdoorn beschouwt het gezondheidswezen als een dynamisch proces. Als een proces dat ontstaat uit een functionele relatie tussen enerzijds de elementen van de gezondheidszorg (in economische termen uitgedrukt de „productie” van gezondheidszorg) en anderzijds de integratie van deze zorg in het cultureel patroon van de bevolking (dit medisch