

Dassel, sociaalgeneeskundige; Mr. C. A. Erdman, secretaris van de Raad voor Revalidatie; Mr. A. H. Heering, wetenschappelijk hoofdamtenaar Ministerie Sociale Zaken en Volksgezondheid; Drs. A. J. Heesbeen, secretaris van het Wit Gele Kruis; Mevrouw H. P. P. Post, staffunctionaris NCVR en

C. D. Moulijn, eindredacteur. Men kan zich abonneren voor f 12,50 per jaar, door opgave bij de NCVR, Stadhouderslaan 142, Den Haag, tel. 070-55 66 00. Desgewenst stuurt het bureau der vereniging gaarne proefnummers toe.

C. D. Moulijn

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

67-01r. Working time in general practice. How general practitioners use their time. Eimerl T. S., R. J. C. Pearson, (1966) *Brit. med. J. II*, 1549-1554

In dit artikel worden de resultaten weergegeven van een onderzoek gedurende één week bij 134 huisartsen, waarbij de aantallen patiënten die zij zagen en de uren die zij aan de diverse onderdelen besteedden, werden geteld.

Een eerder verricht onderzoek van één week in augustus 1964 met hetzelfde doel, ontmoette veel kritiek, omdat augustus een stille maand zou zijn, waarop in 1965 de maand februari werd uitgezocht voor een hernieuwd onderzoek. Van de 309 leden van de afdelingen North-Wales en Merseyside van het College of General Practitioners registreerden er 134 gedurende één week hun werkzaamheden. Op een formulier werd elke dag vermeld hoeveel patiënten zij zagen op het spreekuur, hoeveel patiënten zij thuis bezochten en hoeveel tijd zij besteedden aan praktijk-administratie, terwijl ook nog over bijkomende werkzaamheden (ziekenhuis en dergelijke) werd geïnformeerd.

Welbewust werd niet uitgegaan van een bekende praktijkgrootte, omdat men meende dat het aantal verrichtingen niet in rechtlijnig verband zou staan met de grootte van de praktijk, doch meer afhankelijk van de arts zelf. Bij analyse van de deelnemerslijst bleken vooral de jonge artsen, die bovendien over meer diploma's (letters achter hun naam) beschikten en vooral afkomstig uit Liverpool, deel te nemen; echter waren deze verschillen niet significant.

Gemiddeld vergde de werkweek 44 uur, waarvan 19 uur voor het spreekuur (met 210 patiënten) en 17½ uur voor visites (68 patiënten); ziekenhuiswerk kostte 3 uur en administratie 4½ uur.

De verdeling van de artsen naar het aantal uren en het aantal behandelde patiënten in een werkweek van 5½ dag was als volgt: (zie onderstaande tabel)

Opvalt dat 26 procent van de artsen 151-200 patiënten en 26 procent meer dan 250 patiënten zag. Een arts zag in de week van het onderzoek 533 patiënten; vooral de oudere artsen hadden de neiging meer tijd te besteden in hun arbeidsweek.

De zondagdienst eiste twee uren „face to face”-contact; nachtvisites vergden ongeveer 1½ uur per verrichting (de 134 artsen bezochten tezamen 103 patiënten tussen 7 uur 's avonds en 7 uur 's morgens), waarbij vooral de grotere gemeenten hun portie opeisten.

De drukst bezochte spreekuren bleken maandagochtend en -avond en woensdagavond. In het algemeen bleek maandag een tweemaal zo drukke dag te zijn als een der andere wekdagen. In de grote steden werden meer spreekuurconsulten verricht en minder visites gemaakt.

Een vergelijking met Peterson, North Carolina 1956, Clute in Canada (1963), Querido (1963), (Janssen-Emmer) en Van der Wielen (1955-56) gaven de volgende resultaten. Peterson vond een gemiddelde werkweek van 51,2 uren; Clute tussen 50 en 60 uur. Janssen en Van der Wielen gaven het aantal patiënten dat per week werd gezien (Van der Wielen 185, Querido en Janssen tussen 160 en 370). Deze vier rapporten hebben overal veel kritiek gekregen, omdat zij zich niet zouden confronteren aan het vastgeroeste geloof.

Een consult in augustus bleek gemiddeld 6½ minuut en in februari 5½ minuut te duren, terwijl in het algemeen 40 tot 60 procent der totale tijd nodig bleek te zijn voor het visiteren. In februari consulteerde 29 procent meer patiënten de arts, wat de arts op 16 procent meer tijd kwam te staan; circa 25 procent der artsen werkt ook in een ziekenhuis.

Tenslotte blijkt dat de huisarts in Engeland in vergelijking met Schotland, Ierland, Denemarken, Verenigde Staten, Tsjecho-Slowakije en Zweden het grootste aantal visites maakt.

Er wordt een pleidooi gehouden het aantal visites aan huis te verminderen om zodanig meer gebruik te kunnen maken van de accommodatie van spreek- en onderzoekkamer.

Ook vragen de auteurs zich af, of het zin heeft bepaalde gedeelten van het werk af te stoten, zodat een verder onderzoek in deze richting toch wel noodzakelijk lijkt om de hoeveelheid werk, die besteed wordt in de praktijk, te verminderen.

A. P. Oliemans

66-20. Pain in the neck and arm: a Multicentre trial of the effects of physiotherapy. Arranged by the British Association of Physical Medicine, (1966) *Brit. med. J. I*, 253-258.

De British Association of Physical Medicine is van plan een aantal onderzoeken te doen naar het effect van fysieke therapie. Het onderhavige artikel is daarvan het eerste. De beoordeling van de resultaten geschiedde door een objectieve commissie van artsen-specialisten en statistici. Negen ziekenhuizen in Londen werkten er aan mee.

Bij dit eerste onderzoek werd de conservatieve therapie

Totaal aantal uren	onbekend	30	35	40	45	50	55	meer dan 55
Totaal 134 artsen	8	7	18	34	26	25	12	4
Aantal uren	onbekend	10	15	20	25	meer dan 25		
a voor spreekuur	7	2	26	48	40	11		totaal 134 artsen
b voor visites	10	18	35	42	21	8		totaal 134 artsen
Aantal patiënten op spreekuur	onbekend	-100	101-150	151-200	201-250	meer dan 251		
Totaal 134 artsen	6	7	25	35	28	33		
Aantal patiënten thuis bezocht	onbekend	-40	41-80	81-120	121-160	meer dan 161		
Totaal 134 artsen	7	19	82	22	3	1		

van het schouder-nek-syndroom geanalyseerd. In het onderzoek werden patiënten opgenomen, die voldeden aan de volgende criteria: 1 Pijn in de nek en arm, met of zonder paresthesiën, waarbij de symptomen een radicaire uitbreiding hebben en gepaard gaan met een beperking van de bewegingen van de nek en pijnlijke daarvan; 2 pijn in de nek en arm, met volledige radicaire uitbreiding, met paresthesiën, doch zonder klinische tekenen van de een of andere afwijking in de nek; 3 pijn of paresthesiën in nek en arm, welke pijn slechts gedeeltelijk een radicaire uitbreiding had, doch waarbij duidelijke afwijkingen aan de nek-wervelkolom aantoonbaar waren. Patiënten met andere vormen van het schouder-nek-syndroom werden van het onderzoek uitgesloten.

In totaal werden 493 patiënten (203 mannen en 290 vrouwen) onderzocht. De leeftijden varieerden van 20 tot 85 jaar, gemiddeld 40 tot 70 jaar; 280 patiënten maakten hun eerste aanval door, 92 patiënten hadden al vijf voorafgaande aanvallen.

Niet alle soorten fysische therapie werden bij onderzoek beschouwd; men beperkte zich tot de volgende vormen van therapie: 1 Tractie. De fysiotherapeut mocht daarbij alle voorbereidende maatregelen treffen, zoals warmte-applicatie en voorzichtige bewegingsoefeningen. Passieve bewegingen of manipulaties waren niet toegestaan. De tractie werd ononderbroken gedurende 20 minuten uitgeoefend op de halswervelkolom, terwijl de patiënt achterover lag met de nek op een elektrisch verwarmde onderlaag. De tractie-hoek werd zodanig gekozen dat de patiënt een maximale verlichting van pijn ervoer. 2 Het alleen maar laten liggen van de patiënt in dezelfde houding als onder 1, doch zonder dat tractie werd uitgeoefend. 3 Houdingsoefeningen. De patiënten werd onderwezen hoe zij op de beste wijze hun hoofd en nek konden houden tijdens hun werk, spel en slaap. 4 Een halskraag. Eenvoudige kragen, gemaakt van vilt of schuimplastic en van zodanige vorm en afmeting dat het hoofd in die stand werd gefixeerd, welke als het gemakkelijkst werd aangegeven. Aan de patiënten was opgedragen de kraag te dragen gedurende de nacht, 's avonds thuis en voor zover mogelijk was gedurende de dag. 5 Placebo-tabletten, die er als fenylbutazon uitzagen, moesten driemaal daags worden ingenomen. 6 Niet speciaal afgestemde korte golf diathermie. De toepassing van korte golf diathermie, die niet speciaal is afgestemd is een nutteloze manoeuvre, maar het brengt een zekere hoeveelheid belangstelling voor de patiënt en voorbereidend werk mee en het dwingt de patiënt even vaak op de fysiotherapie-polikliniek terug te komen, als de andere patiënten. Deze behandeling dient men als een placebo-therapie te beschouwen. 7 Analgetica. Aangezien aangenomen kan worden dat vele patiënten analgetica gebruiken, of ze voorgeschreven zijn of niet, werd als pijnstillend middel uitsluitend oplosbare acetosal gegeven, tenzij de patiënt overgevoelig was voor dit middel, in welk geval een overeenkomstig analgeticum werd voorgeschreven.

Deze zeven vormen van therapie, werden gecombineerd gegeven. De 466 patiënten werden willekeurig verdeeld in vijf ongeveer gelijke groepen; 29 patiënten waren uitgevallen. Groep 1 kreeg als therapie: acetosal, houdingsoefeningen, een kraag en tractie. Groep 2: Precies dezelfde behandeling, met uitzondering van de tractie, welke werd vervangen door de behandeling genoemd onder 2. Groep 3: acetosal, houdingsoefeningen en een kraag. Groep 4: acetosal en onafgestemde korte golf diathermie. Groep 5: acetosal en indifferente tabletten.

Alle patiënten werden driemaal in de week gedurende vier weken behandeld. Daarna werd rapport opgemaakt over de objectieve en subjectieve bevindingen, waarna iedere fysiotherapeut verder vrij was zijn patiënten verder te behandelen. De beoordeling van de resultaten geschiedde na twee en vier weken, en na zes maanden.

Resultaten: Groep 1: 99 procent verlichting van de pijn. Groep 2: 86 procent verlichting van de pijn (verschil niet statistisch significant). De patiënten die geen verbetering bespeurden werden aan een extra onderzoek onderworpen. Zij vormden geen groep van bijzonder ernstige gevallen. Er waren ernstig lijkende gevallen, die snel en goed verbeterden en er waren lichte gevallen die geen verbetering ervoeren. Bij

het controle-onderzoek na twee en vier weken, was het percentage verbeteringen in alle vijf groepen ongeveer gelijk.

Na zes maanden volgde een herhaling van de controle. Van de 466 meldden 320 patiënten zich voor onderzoek: 100 waren zonder pijn, 128 hadden wel wat pijn, maar geen verdere medische hulp gevraagd en 92 hadden wel verdere hulp gezocht. Er was geen significant verschil te zien, wanneer men het resultaat beziet bij de vijf groepen patiënten die op de boven beschreven, verschillende wijzen waren behandeld.

Wanneer men uit het totale aantal patiënten, die gevallen (66) lichtte, die het schouder-nek-syndroom het meest uitgesproken hadden, dan bleken deze gevallen gelijkelijk verdeeld over de vijf verschillende therapiegroepen. Over het algemeen duurde het langer voordat bij deze patiënten verbetering werd bereikt, maar het percentage verbeteringen was in alle groepen ongeveer gelijk. Ook wanneer men de patiënten met abnormale neurologische verschijnselen vergeleek met diegenen die deze verschijnselen niet hadden, was geen verschil te zien in snelheid en mate van verbetering en ook hierbij waren de resultaten in de vijf groepen gelijk. Ten slotte kon men constateren dat de resultaten bij patiënten met beperking in de bewegingsmogelijkheid van de nek gelijk waren aan die bij patiënten die die beperkte bewegingsmogelijkheid niet hadden.

De conclusie is dat er geen verschil is in resultaat bij de vijf verschillende therapie-groepen. Ook het percentage verbeteringen in de twee placebo-groepen was gelijk aan dat bij de drie andere groepen en ook tussen de twee placebo-groepen was geen verschil.

De volgende factoren hadden invloed op de prognose: leeftijd, ernst van de aanval, aantal voorafgegangene aanvallen, gemiddelde duur van de verschijnselen bij vroegere aanvallen en het feit dat de symptomen bij het eerste onderzoek juist aan het toe- of afnemen waren. L. J. Bastiaans

Boekbesprekingen

P. Chauchard. *De Vermoeidheid, fysieke en psychische aspecten. Deel 67 van Mens en Medemens. Uitgeverij Het Spectrum, Utrecht-Antwerpen, 1966; 130 bladzijden, prijs bij intekening op de serie f 4,40, los f 4,90.*

In zijn inleiding zegt de schrijver, dat „de vermoeidheid een fundamenteel menselijk probleem is, dat gebonden is aan alle harmonieën en disharmonieën van de individuele psychosomatische integratie”. Het eerste deel omvat een beschrijving van de fysiologische vermoeidheid van protoplasma, van organen, van het individu als geheel. De vermoeidheid ontstaat door een tekort in aanvoer van de voor de activiteit benodigde stoffen en een tekort in de eliminatie van de bij de activiteit geproduceerde toxische stoffen. Automatisch treedt dan een reguleringsmechanisme in werking, dat de activiteit afremt. Daardoor wordt celbeschadiging voorkomen. Wordt de activiteit om welke reden dan ook niet of niet voldoende afgeremd, dan treedt een uitputtings-toestand op met celbeschadiging. Een beschrijving hiervan is te vinden in deel twee onder de titel: Pathologie van de vermoeidheid. Hierin behandelt de schrijver ook de ziekelijke vermoeibaarheid, de zenuwuitputting en de vermoeidheidsneurosen. In het derde deel gaat de schrijver in op de preventie en de therapie van de vermoeidheid. Tenslotte wordt een overzicht gegeven van de organisatie van de arbeid en het leven, waarbij het voorkómen van vermoeidheid centraal wordt gesteld.

Het boek is niet speciaal voor medici geschreven en gaat, althans voor hen, niet voldoende op de problematiek van de vermoeidheid in al zijn aspecten in. P. Blankevoort

P. Neumann-Mangoldt. *Der Arztbrief. Eine Fibel zum praktischen Gebrauch. Urban und Schwarzenberg, München-Berlin, 1964; 171 bladzijden, prijs f 25,75.*

In het voorwoord van dit boek wijst Th. von Uexküll er op dat de communicatie tussen de artsen door de vèrgaande specialisering in de geneeskunde dermate moeilijk is gewor-