

De storingen, die zo frequent zouden voorkomen dat daardoor het afspraakstelsel onmogelijk zou zijn, komen in werkelijkheid maar zelden voor. Daar bovendien een deel van de patiënten direct telefonisch kan worden bereikt is het mogelijk met hen voor dezelfde of voor de volgende dag een nieuwe afspraak te maken. Dit is vergeleken met de situatie van vroeger een belangrijke verbetering.

*Samenvatting:* De wijze van introductie en organisatie van een volledig afspraakspreekuur wordt beschreven.

*Summary. Consulting hours by appointment (I).* The manner of introducing and organizing consulting hours exclusively by appointment is described.

Cate, R. S. ten (1958) huisarts en wetenschap 1, 186.  
Rapport van de commissie afspraakspreekuren (1966) Medisch Contact 21, 482.  
Woudschotenrapport (1966) huisarts en wetenschap 9, 372.

## Over de behandeling van drie veel voorkomende huidafwijkingen: impetigo, wratten en furunkels

DOOR DR. G. J. BREMER\* EN DR. D. SUURMOND\*\*

Als onderdeel van de Boerhaavecursus „Dermatologie voor Huisartsen” die op 22 en 23 oktober 1966 te Leiden werd gehouden, werd door Bremer een kleine enquête gehouden — onder 25 van de ongeveer 200 deelnemende huisartsen — over de behandeling van impetigo, wratten en furunkels. Het leek ons nuttig om in ruimere kring aan het resultaat van deze enquête bekendheid te geven; daarbij zullen Bremer (als huisarts) en Suurmond (als dermatoloog) hun visie op de antwoorden geven.

De 25 enquête-formulieren werden enige weken voor het begin van de cursus aan de deelnemers toegezonden. Ongeveer de helft van hen woonde in of nabij grote steden. De volgende vragen werden gesteld.

- 1 Een jongen van vier jaar, oudste zoon van een onderwijzer met twee kinderen, komt met zijn moeder op het spreekuur met een guldengrote impetigoplek op de kin.
  - a Welke lokale behandeling past u toe?
  - b Verbindt u de plek? Waarmee?
  - c Moet patiënt terugkomen en zo ja wanneer?
  - d Welke algemene behandeling past u toe?
  - e Welke adviezen geeft u de moeder?
  - f Mag het kind naar de kleuterschool?
- 2 Een jongen van tien jaar komt op het spreekuur met ongeveer tien wratten op de dorsale zijde van de vingers van beide handen.
  - a Verwijst u deze patiënt?
  - b Zo niet, welke lokale behandeling past u dan toe?
  - c Moet patiënt terugkomen en zo ja wanneer?
- 3 Een metaalarbeider van 25 jaar komt op het spreekuur met een flinke furunkel op de dorsale zijde van de rechter onderarm. De puist is nog niet „rijp”.

\*) Huisarts te Nieuwkoop

\*\*\*) Lector in de Dermatologie te Leiden.

- a Welke lokale behandeling past u toe?
- b Wanneer moet patiënt terugkomen?
- c Welke algemene behandeling past u toe?
- d Mag patiënt doorwerken?

Het ingevulde formulier werd door 22 artsen op tijd teruggezonden, één collega bleek geen huisarts meer te zijn, één zond de lijst te laat in, en één liet niets van zich horen. De antwoorden op de gestelde vragen worden puntsgewijs besproken.

### *Impetigo*

- 1a Zoals kon worden verwacht bleek de wijze waarop de patiënt met de impetigoplek werd behandeld zeer uiteen te lopen. Elf artsen gaven een zalf met zwavel, meestal zwavelkrijtpasta. Zeven behandelden de plek met een breed-spectrumantibioticum: vier met terramycinezalf, één met aureomycinezalf, één met chloramfenicolzalf en één met neomycinezalf. De overige vier artsen gaven ieder een andere behandeling: zo gaf één locacortenzalf en een ander celestoderm-neomycinezalf. Het bleek dus dat 22 artsen negen verschillende medicamenten toepasten ter lokale behandeling van de impetigoplek.
- 1b Elf artsen verbonden de plek in het geheel niet, vijf wel en zes deden dit soms. Gebruikt werden: hansaplast, hydrofielgaas of een katoenen lapje met pleister.
- 1c Een groot onderling verschil bestond ook ten aanzien van de vraag of en zo ja wanneer de patiënt moest terugkomen. In *Figuur 1* zijn de antwoorden op deze vraag samengevat. Vier artsen noemden geen dag maar lieten het van de toestand afhangen wanneer de patiënt moest terugkomen.
- 1d Een algemene behandeling werd door acht artsen direct toegepast: Zeven van hen gaven een oraal penicillinepreparaat, een arts gaf een sulfa-

verbinding. Negen anderen merkten op dat zij eerst dan tot een dergelijke behandeling overgingen wanneer de lokale behandeling niet het gewenste resultaat had.

- 1e In de meeste gevallen gaf men algemeen hygiënische adviezen: wassen met G 11-zeep (dit kwam zesmaal voor), aparte handdoek enz.
- 1f Van zeven artsen mocht het kind naar de kleuterschool, van tien mocht dit niet. Twee collegae gaven geen duidelijk antwoord.

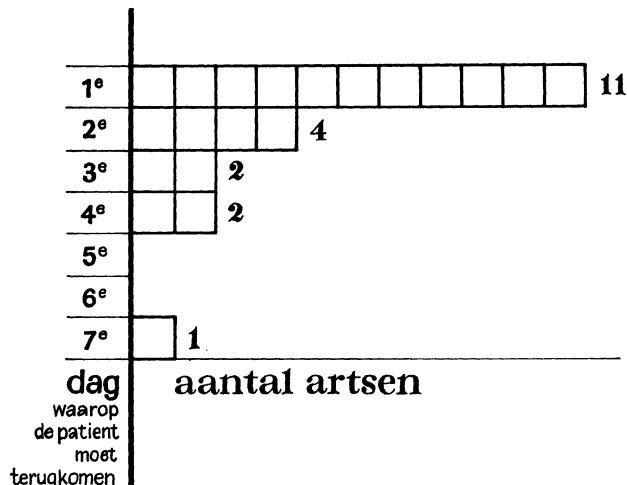
**Wratten**

- 2a Zeven artsen verwezen de jongen met zijn wratten naar de specialist.
- 2b De vijftien die dit niet deden behandelden patiënt met: wrattentinctuur (vier maal), de scherpe lepel (tweemaal) of de hyfrecator (vijfmaal). Vier artsen behandelden de wratten in het geheel niet. Zij vertelden de patiënt dat wratten vanzelf verdwijnen.
- 2c Afhankelijk van de wijze van behandelen werd de patiënt door dertien artsen terugbesteld. De collegae die wrattentinctuur gebruikten vroegen in de regel de patiënt na twee weken terug te komen; zij die werkten met de hyfrecator bestelden de patiënt na een tot twee weken terug.

**Furunkels**

- 3a De behandeling van de furunkel was meer uniform: dertien artsen gebruikten diachylonzalf, vier ichthyolzalf, vier een mengsel van deze zalven. Eén medicus appliceerde diachylon met acidum salicylicum.
- 3b Het tijdstip waarop de patiënt werd terugbe-

**FURUNKEL**



*Figuur 2. Dagen waarop de verschillende artsen een patiënt met een furunkel verzochten terug te komen.*

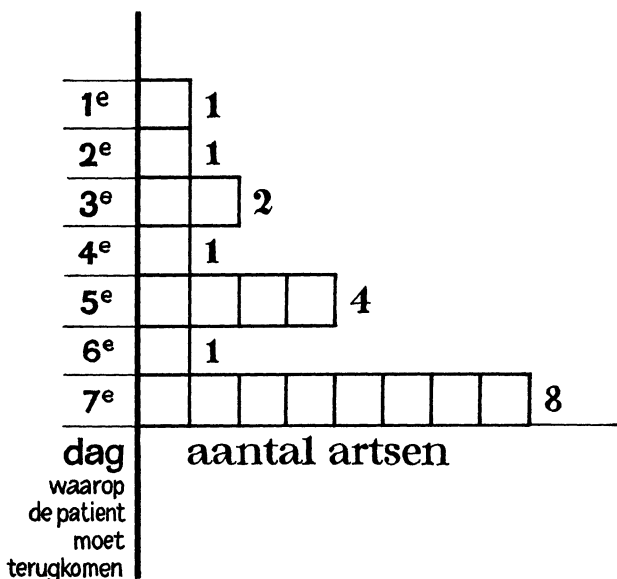
steld varieerde vrij sterk (zie figuur 2). Twee artsen gaven een onduidelijk antwoord.

- 3c Een algemene behandeling werd toegepast door vijf artsen: drie gaven penicilline oraal, een arts gaf penicilline per injectie en één penicilline-streptomycine. Slechts een collega noteerde dat hij een mitella zou geven.
- 3d Van vier artsen mocht de patiënt doorwerken, van veertien daarentegen moest hij het werk staken. Vier artsen gaven geen duidelijk antwoord, maar lieten hun advies mede van de patiënt afhangen.

*Bespreking van de antwoorden (Bremer).* Samenvattend kan men zeggen dat de genoemde afwijkingen door de geënuquëerde huisartsen op sterk uiteenlopende wijzen worden behandeld. Dit is des te opvallender omdat in de voorbeelden de diagnose geen enkel probleem oplevert. Met opzet zijn drie „minor ailments” die spontaan genezen ter sprake gebracht. Ook wanneer de arts „niets” doet geneest de patiënt, al kan het soms wat lang duren. Stringente behandelingsvoorschriften zijn dus moeilijk te geven. Iedere voorkeur voor een bepaalde therapie berust op een groot aantal uiteenlopende, vaak subjectieve, argumenten. Welke behandeling in een bepaald geval zal worden gekozen hangt in principe af van de arts, van de patiënt en diens omgeving en van de afwijking. Belangrijk is de vraag hoever de „tolerantie” gaat van de patiënt en van diens omgeving ten opzichte van een bepaalde lichamelijke afwijking. Een afwijking, waar de ene mens nauwelijks aandacht aan besteedt, doet de ander met angst en beven een arts consulteren.

In de meeste gevallen zal men met de genoemde afwijkingen naar een arts gaan hoewel er waarschijnlijk een aantal kinderen met wratten zal

**IMPETIGO**



*Figuur 1. Dagen waarop de verschillende artsen een patiënt met impetigo verzochten terug te komen.*

rondlopen zonder ooit een medicus te raadplegen. De meeste artsen zullen hun behandeling mede laten afhangen van de getaxeerde grootte van de „tolerantie” van de patiënt. Bovendien zal ook de intelligentie van de patiënt en diens nauwgezetheid moeten worden betrokken bij de overwegingen omtrent de behandeling. Bij ieder consult zal de ernst en de duur van de afwijking mede een rol spelen bij de keuze van de therapie, terwijl verder de mate van besmettelijkheid en de kans op besmetting van anderen, factoren zijn, die deze keuze zullen beïnvloeden. Ook de validiteit van de patiënt, diens beroep en esthetische factoren spelen een rol. Daarnaast kunnen in ieder individueel geval nog andere factoren eveneens van invloed zijn.

De arts zal verder steeds weer moeten overwegen of de mogelijke bijwerkingen van de toe te passen medicamenten acceptabel zijn en of snelle toepassing van antibiotica de vorming van antistoffen bij de patiënt remt waardoor de kans op recidieven kan worden vergroot. Tenslotte spelen in de keuze van de behandeling de opleiding van de arts en diens ervaring uiteraard tevens een rol.

Waar het handelen van de medicus door zoveel moeilijk meetbare factoren wordt beïnvloed is het begrijpelijk dat er van een uniform optreden van de artsen bij deze afwijkingen nauwelijks sprake kan zijn. Dit brengt ons tot het probleem van de research op het gebied van de „minor ailments”. Zelfs over het natuurlijke beloop van deze „kleine kwalen” is nog betrekkelijk weinig bekend. Voordat men kan zeggen dat een bepaalde behandeling beter is dan een andere moet men toch enigszins zijn georiënteerd over het natuurlijke verloop. Wetenschappelijk onderzoek is op dit gebied nog betrekkelijk weinig verricht.

In ons land bestudeerde *Van der Werf* (1959) het natuurlijke verloop van wratten bij schoolkinderen. Deze onderzoeker had in 1952 aangetoond dat bepaalde huidangiomen bij kinderen spontaan en zonder litteken genezen, zodat de reeds lang toegepaste röntgenbestraling overbodig, ja soms zelfs schadelijk moet worden genoemd. Het is merkwaardig dat dergelijke belangrijke onderzoeken, waarbij de onderzoeker alleen maar behoefte waar te nemen en te registreren, zo laat zijn verricht!

Omdat de behandeling van de genoemde afwijkingen bij de geenquêteerde artsen vrij sterk onderling verschilt behoeft het geen verwondering te wekken dat ook het aantal consulten per patiënt bij deze artsen sterk uiteenloopt (zie figuren 1 en 2). Dit alles heeft onder meer economische consequenties. Indien men veronderstelt dat alle drie de patiënten ziekenfondsverzekerd zijn, ingeschreven bij een apotheekhoudende huisarts, dan variëren bij deze artsen de kosten voor het ziekenfonds voor het eerste consult van f 23,75 tot nihil. Naar aanleiding van de resultaten van deze kleine enquête zou men de vraag kunnen opwerpen of een zekere standaardisering in de behandeling van

deze „minor ailments” gewenst en mogelijk is. Ten aanzien van bepaalde problemen (zie bijvoorbeeld 1f) lijkt een uniform optreden van de artsen zelfs zeer gewenst.

*Commentaar van de dermatoloog (Suurmond).*

*Vraag 1 Impetigo.* Het behoeft geen verwondering te wekken dat impetigo door de huisartsen op verschillende wijze blijkt te worden behandeld. Wanneer men dezelfde vragen zou stellen aan een aantal dermatologen, dan zouden ongetwijfeld ook sterk divergerende antwoorden worden gegeven. In hoeverre echter zijn deze verschillen essentieel en welke overwegingen hebben de keuze van de behandeling beïnvloed?

Bij de behandeling van impetigo dient men rekening te houden met de volgende punten: de aandoening is besmettelijk, vooral voor kinderen uit milieu's waar de hygiëne niet optimaal is; in de tweede plaats geneest impetigo op den duur spontaan. Deze spontane genezing kan worden bevorderd door het kind regelmatig goed met water en zeep te wassen. Wordt impetigo bovendien uitwendig behandeld met antibacteriële middelen, dan kan de genezingsduur worden bekort tot omstreeks twee weken (*Stauffer*).

Frequente controle kan de duur van de genezing gunstig beïnvloeden, omdat dan de kans dat de moeder actief medewerkt, groter is. Als uitwendige antibacteriële middelen komen mijns inziens vooral in aanmerking: sulfur praecipitatus (5 tot 10 procent), vioform (1 tot 3 procent), tetracycline (1 procent), neomycine (0,5 procent) en combinaties van neomycine en bacitracine. Het gebruik van zalven of poeders die penicilline, chloramfenicol of sulfaderivaten bevatten moet sterk worden ontraden, omdat deze niet zelden aanleiding geven tot sensibilisatie en daardoor tot allergische contact-eczemen. Neomycine veroorzaakt minder vaak sensibilisatie, de overige hier genoemde antibacteriële middelen doen dit zelden. Mijns inziens doen uitwendig geapliceerde breed spectrumantibiotica (zoals tetracycline en de combinatie neomycine-bacitracine) impetigo iets sneller genezen dan zwavel en vioform, doch de laatstgenoemde middelen zijn nog geenszins obsoleet geworden.

Bij het in de enquête genoemde patiëntje zou men naar mijn mening kunnen volstaan met uitwendige behandeling, omdat de impetigo weinig is uitgebreid. Zijn er verscheidene plekken dan kan men eveneens met uitwendige therapie beginnen. Mocht deze binnen een week niet tot verbetering leiden of komen er in het gezin meer kinderen voor met impetigo, dan dient te worden overwogen of men niet bovendien een antibacterieel middel per os moet geven. Hiervoor kan men een sulfaderivaat of penicilline kiezen, bijvoorbeeld fenoxymethylpenicilline (Acipen) of fenethicillinum (Broxil). Met een oraal penicillinepreparaat kan men impetigo in gemiddeld 5,4 dag tot genezing brengen (*Jeremiase* en *De Vries*), mits uiteraard de stafylokokcus

gevoelig is voor penicilline, hetgeen bij de meeste ambulante behandelde patiënten nog wel het geval is.

Een kind met impetigo moet men de eerste vier dagen na het begin van de behandeling niet naar de kleuterschool sturen. Hoewel de besmettelijkheid van een weinig uitgebreide, onder behandeling zijnde impetigo gering is, zal de onderwijzeres in het algemeen vele bezwaren maken. Het is meestal eenvoudiger het kind enkele dagen thuis te houden dan de onderwijzeres van de geringe besmettelijkheid te overtuigen.

Ten aanzien van de uitwendige behandeling zouden, naar aanleiding van de antwoorden op de enquête-formulieren, nog de volgende opmerkingen kunnen worden gemaakt.

Toevoeging van salicylzuur aan een zwavelzalf heeft naar mijn mening bij impetigo geen duidelijk additioneel effect. Wil men toch salicylzuur toevoegen, dan moet men dat niet aan zinkoxyde bevattende pasta's doen, aangezien dan het indifferente zinksalicytaat wordt gevormd (*Young en Weiffenbach*). Dit kan men voorkomen door het zinkoxyde te vervangen door titaanoxyde (*De Vries*).

Toevoeging van een corticosteroid aan een antibacteriële zalf heeft bij impetigo geen zin; dit maakt de behandeling duurder en kan de genezing zelfs afremmen, tenzij men heeft te maken met een geïmpetiginiseerd eczeem.

Men vermijde het gebruik van adhesieve pleisters bij de behandeling van impetigo. Deze pleisters geven niet zelden irritatie van de huid, waardoor gemakkelijk nieuwe impetigoplekken kunnen ontstaan. Impetigoplekken, die niet op eenvoudige wijze met verband kunnen worden afgedekt, moet men alleen met zalf bedekken en verder met rust laten.

De optimale concentratie van tetracycline in smeersels is 1 procent. Hogere concentraties hebben geen beter effect; zij maken de zalf wel duurder.

*Vraag 2 Wratten.* De collegae die tegen de ouders van dit kind zouden zeggen dat de wratten vanzelf verdwijnen, hebben gelijk. Deze spontane genezing kan soms echter vrij lang op zich laten wachten. De ouders nemen hiermee vaak geen genoegen en soms willen ook de kinderen zelf de wratten graag kwijt omdat zij er bijvoorbeeld op school moeilijkheden door ondervinden. Het is begrijpelijk dat vrij veel huisartsen kinderen met wratten direct naar de dermatoloog verwijzen: de behandeling van een kind met multipale wratten kan het spreekuur duchtig desorganiseren; bovendien loopt de huisarts door de pijnlijke behandeling ook nog de kans zijn vertrouwenspositie bij het kind te verliezen.

Naar mijn mening kunnen wratten het beste en snelste worden behandeld door middel van applicatie van vloeibare stikstof. Heeft men geen vloeibare stikstof tot zijn beschikking, dan kan men de wratten coaguleren met de hyfrecator. Sommigen

doen dat zonder voorafgaande verdoving (onder anderen Bremer), ik gebruik in de regel wel lokaalanesthesie. Bij multipale wratten bij een klein kind kan het vooroorzaken van lokaalanesthesie door middel van novocaïne en dergelijke verbindingen met grote moeilijkheden gepaard gaan en soms onmogelijk zijn. Zelden maken wij gebruik van een algemene narcose. Een andere methode is de wratten te bevriezen met chlorethyl en hen vervolgens te verwijderen met een scherpe lepel of curette. Dat geeft nogal eens een bloedbad en bovendien is de kans op minder fraaie littekenvorming naar mijn mening iets groter dan bij de eerder genoemde methoden.

Grote wratten kan men eerst opweken met 50 procent acidum salicylicum in vaseline (bijvoorbeeld gedurende een week); vervolgens kan men trachten de wratten met de scherpe lepel te verwijderen. Deze laatste procedure is vooral geschikt voor voetwratten. Wanneer het resultaat onvoldoende is kan men de voetwrat intensief met vloeibare stikstof behandelen. Röntgenbestraling moet sterk worden ontraden, onder andere omdat er lelijke littekens in de voetzoolhuid kunnen ontstaan die de patiënt veel last kunnen bezorgen. Het aantal kinderen met voetwratten lijkt toe te nemen. Zeer waarschijnlijk moet dat vooral worden toegeschreven aan het toenemend gebruik van zwembaden en, zij het in mindere mate, ook aan de steeds meer in zwang komende gewoonte om gymnastiek te doen op blote voeten (*Rasmussen*).

*Vraag 3 Furunkels.* Een furunkel geneest in het algemeen spontaan binnen een tot twee weken. Of diachylonzalf en pure ichthylol de genezingsduur bekorten staat nog niet vast. Toevoeging van 5 procent acidum salicylicum aan unguentum diachylon heeft geen zin, aangezien er dan loodsalicylaat wordt gevormd dat onwerkzaam is. Desinfectie van de huid lijkt rationeel ter voorkoming van nieuwe haarden. Hiervoor kan men het beste Halamidzeep gebruiken (deze zeep bevat chloramide) of Betadinejodiumshampoo. Een afsluitend verband is ook nuttig om verspreiding van de stafylokokken tegen te gaan. Pleisters dienen zoveel mogelijk te worden vermeden, omdat deze de huid vaak irriteren zodat er via follikulitiden nieuwe furunkels kunnen ontstaan (vergelijk de situatie bij impetigo). Eventueel kan men de furunkels bedekken met engels pluksel dat met mastisol of collodium wordt vastgeplakt.

Wanneer er een lymfangitis is, kan het voorschrijven van een mitella wenselijk zijn. Verder moeten wij zoeken naar stafylokokken-reservoirs in de neus, in het peri-anale gebied en eventueel in eczematuze huidlesies. Dit is vooral van belang bij furunkulose, dus wanneer de patiënt regelmatig last heeft van furunkels. In dat geval moet men de genoemde stafylokokken-reservoirs trachten op te ruimen door middel van een antibacteriële neusspray (bijvoorbeeld Framycetine neusspray) hexachlorofoenbaden en/of - poeder, of men late

het gehele lichaam dagelijks wassen met Betadine-jodiumshampoo of Halamidzeep.

Uit het onderzoek van *Jeremiasse* en *De Vries* is gebleken dat penicilline per os in de door hen gebruikte dosering, furunkels niet sneller doet genezen dan wanneer men uitsluitend uitwendige therapie toepast. Er zijn geen aanwijzingen dat andere antibiotica dat wel kunnen. Volgens mijn mening kan een zeer langdurige toediening van lage doses tetracycline of erythromycine bij een hardnekkige furunkulose een gunstig effect hebben, doch mijn ervaring hiermee is nog te gering om hierover een definitief oordeel te geven.

Indien iemand één furunkel heeft, geven wij in het algemeen inwendig geen antibiotica, tenzij de patiënt koorts heeft of interne afwijkingen (bijvoorbeeld influenza) een antibiotische bescherming wenselijk maken. Bij furunkulose kan men verder overwegen stafylokokkenfosfaattoxoid te geven. Het gunstige effect hiervan kan echter slechts „besccheiden” worden genoemd (*Tasman* en *Deveer*).

*Samenvatting:* Het resultaat van een kleine enquête onder huisartsen betreffende de behandeling van impetigo, wratten en furunkels wordt besproken. Aan enkele aspecten, zoals het al of niet geven van antibiotica per os bij impetigo en bij furunkels wordt bijzondere aandacht besteed.

*Summary.* The treatment of three common skin affections: impetigo, verrucae and furuncles. The result of a small inquiry among general practitioners concerning the treatment of impetigo, verrucae and furuncles, is discussed with special reference to some aspects such as prescribing or not prescribing oral antibiotics in impetigo and furuncles.

Jeremiasse, H. P. en H. R. de Vries (1961) Ned. T. Geneesk. 105, 367.

Rasmussen, K. A. (1958) Acta derm.-venereol. 38, suppl. 39.

Stauffer, H. (1957) Dermatologica (Basel) 115, 406.

Tasman, A. en J. M. Deveer (1965) huisarts en wetenschap 8, 389.

Young, A. G. en N. Weiffenbach (1959) Dermatologica (Basel) 118, 74.

Vries, H. R. de (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 2482.

Werff, E. v. d. (1952) Een onderzoek naar huidangiomen bij schoolkinderen. academisch proefschrift, Amsterdam.

Werff, E. v. d. (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 1204.

## HUISARTS EN LITERATUUR\*

### Documentatie G.O.Z.

De door het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties uitgegeven DOCUMENTATIE is een van de meest bescheiden periodieken, die ons land kent. Het bestaat als regel uit niet meer dan acht kleine pagina's, heeft geen omslag, en foto's of tekeningen zal men er tevergeefs in zoeken. Toch heeft de GOZ-Documentatie in de ziekenfondswereld — en zelfs daar buiten — een goede naam. Waarschijnlijk komt dat juist door de eenvoud waarmee het blaadje wordt gepresenteerd. Eenvoud mag dan misschien niet altijd het kenmerk van het ware zijn, in dit geval is de eenvoud bepaald een eerste voorwaarde voor het bereiken van het doel. Met de uitgave van Documentatie beoogt het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties namelijk de lezer in zeer kort bestek een overzicht te geven van al hetgeen zich in een bepaalde periode in en rond het ziekenfondswezen heeft afgespeeld. Dat is vaak heel wat en slechts weinigen zullen tijd en zin hebben om dat allemaal precies te volgen. Wie van ons, die er niet beroepshalve toe verplicht is, zou eraan (kunnen) denken om geregeld Kamerstukken, rapporten, nota's en dergelijke te bestuderen en en passant ook nog even stapels tijdschriften door te nemen? Maar dat behoeft ook niet, dat doet de GOZ-Documentatie voor u.

\* Zie (1966) huisarts en wetenschap 9, 2.

Elke maand geeft het blaadje beknopte uittreksels van allerlei belangrijke zaken met betrekking tot het ziekenfondswezen en de sociale wetgeving. In een beperkt aantal regels wordt aan tal van zaken aandacht geschonken. Zo stelt het GOZ geïnteresseerden in de gelegenheid op eenvoudige wijze kennis te nemen van de meest belangwekkende ontwikkelingen op het terrein van het ziekenfondswezen en van de sociale wetgeving. Het blad beperkt zich uiteraard tot de hoofdzaken, maar tracht daarbij wel zoveel mogelijk tot de kern door te dringen. Daarbij neemt het blad de grootst mogelijke objectiviteit in acht: het registreert slechts wat anderen zeiden of schreven en voegt daaraan eventueel enkele zakelijke verklaringen of cijfers toe. Een eigen opinie verkondigt het blad niet; het is een echte „Documentatie”-uitgave.

Een jaarabonnement op Documentatie kost f 3,—; vele ziekenfondsen hebben de (goede) gewoonte hun medewerkers het blad gratis toe te zenden. De indruk bestaat dat deze toezending als regel zeer op prijs wordt gesteld.

De redactie-commissie van de GOZ-Documentatie wordt gevormd door bestuursleden van alle ziekenfondsorganisaties. Redacteur is H. C. v. d. Hoeven; het redactie-adres luidt Biltstraat 198, Utrecht.