fringens)-intoxicaties geldt in grote lijnen hetzelfde. Ook hier bestaat een korte incubatietijd en ook hier worden, mits onder praktisch anaërobe omstandigheden, toxinen gevormd die ziekteverschijnselen kunnen geven.

Shigellosen. De bacillaire dysenterie blijft een belangrijk probleem vormen. De gevoeligheid, vooral van zuigelingen en kleuters, is groot. De vereiste infectiedosis is veel kleiner dan bij de „andere" Salmonellosen. In Rotterdam zijn de geïsoleerde Shigella's voornamelijk van het type Sonne. Voor zover het Shigella flexner betreft, kan praktisch altijd worden aangetoond dat de besmetting hetzij in het buitenland hetzij vanuit het zuiden van Nederland werd verkregen. Zo kon enkele jaren geleden een epidemietje van Shigella flexner worden teruggevoerd op een contact met woonwagenbewoners die in Noord-Brabant waren besmet. Ook bij de import vanuit zee speelt de Shigella flexner een voorname rol. Infecties met Shigella sonne hebben de neiging zich zeer snel over gezinnen, scholen, crèches en vooral zomerkampen te verspreiden. Berucht zijn in dit laatste opzicht vanuit kampen terugkerende kinderen die in zeer korte tijd de gezinnen thuis besmetten met alle gevolgen van dien. Hoewel voedselbesmettingen vooral in de tropen een grote rol spelen, is in West-Europa de besmetting via gebrekkige faecale hygiëne het belangrijkst.

Wat betreft de behandeling leert de literatuur en ook de ervaring in Rotterdam, dat een niet onaanzienlijk deel der Sonne-stammen resistent is tegen de bij bacillaire dysenterie nog vaak toegepaste sulfapreparaten. Er bestaat dan ook een neiging om voor de shigellosen de breedspectrumantibiotica toe te passen. Bij de profylaxe wordt momenteel in Rotterdam vanwege de G.G. en G.D. aan huisgenotencontacten en bijvoorbeeld aan medebezoekers van een crèche — voorzover zij zelf geen ziekteverschijnselen tonen — sulfas streptomycini (per os) verstrekt. Ook bij genezen patiënten die tijdelijk drager van Shigellae blijven is deze therapie aangewezen. Toepassing in kampen waar een enkel geval optreedt heeft, mits op ruime schaal toegepast, een gunstig effect op de gevolgen van een besmetting.

Tabel 4. Aantal aangegeven gevallen van bacillaire dysenterie in Rotterdam en in Nederland (1959 tot en met 1963) *

Jaar van aangifte	Aantal aangegeven gevallen in Rotterdam	Aantal aangegeven gevallen in Nederland
1959	860	5568
1960	120	1977
1961	44	948
1962	19	506
1963	69	1095

* Jaarverslagen G.G. en G.D. te Rotterdam (1959-1963) en Jaarverslagen van de Geneeskundige Hoofdinspectie (1959 1963).

Bij de bacillaire dysenterie is, gezien de infectieketen van mens op mens, meer dan bij „andere" salmonellosen een strikte hygiëne van de allergrootste betekenis om verdere ziektegevallen in de gezinnen tegen te gaan. In *tabel 4* wordt een overzicht gegeven van het aantal aangegeven gevallen van bacillaire dysenterie te Rotterdam en in geheel Nederland in de jaren 1959 tot en met 1963.

In tegenstelling tot de „andere" salmonellosen welke voornamelijk optreden in het warme jaargetijde, hebben de shigellosen in West-Europa de neiging zich in najaar en winter te manifesteren (chrèches, kleuterscholen); explosies in zomerkampen en dergelijke buiten beschouwing gelaten.

Suggestie voor een afspraaksysteem

DOOR P. H. DRABBE, HUISARTS TE APELDOORN

Toen ondergetekende het afgelopen najaar de oriëntatiecursus volgde aan het Nederlands Huisartsen Instituut, hebben verscheidene inleiders sprekend over de meest uiteenlopende facetten van het huisartsenleven hem tot nadenken gestemd. Een dezer facetten, namelijk de praktijkvoering, nader belicht door Ten Cate, trok bijzondere aandacht.

In de huidige, dynamisch evoluerende socialisatie, kan de huisarts niet achter blijven. Naarmate de eisen, welke het langzaam medisch bewustwordende Nederlandse volk stelt groter worden, zal de huisarts, evenals zijn collega in de Verenigde Staten van Amerika, een evenredige hoeveelheid tijd ter beschikking moeten hebben om adequate medische hulp te verlenen; met name moet hierbij worden gedacht aan de preventieve gezondheidszorg. Men zal in de toekomst in toenemende mate een beroep doen op de huisarts om aan de vraag van grote groepen van de bevolking

naar een bijvoorbeeld jaarlijks medisch lichamelijk onderzoek tegemoet te komen.

Zolang echter de Nederlander, in tegenstelling tot zijn Amerikaanse collega, over het algemeen zijn medische verzorging (met uitsluiting misschien van zijn specialisten- en ziekenhuisverzekeringen) nog niet budgetteert, zullen de kosten verbonden aan zijn jaarlijks terugkerend medisch onderzoek nog wel een belemmerende factor zijn. Dit neemt niet weg, dat een en ander in de naaste toekomst toch kan gaan veranderen. Dan zullen de 4500 Nederlandse huisartsen, van wie 2000 met een praktijk groter dan het gemiddelde van 2700 patiënten (1900 ziekenfondspatiënten en 800 particulieren), de tijd moeten gaan vinden om vóór te gaan in de preventieve onderzoeken, welke gedaan moeten worden, wil de algemene gezondheidstoestand van ons volk zijn vooraanstaande plaats behouden.

De „efficiency" van onze praktijkvoering is dan van het grootste belang. Zoals Ten Cate zegt „de optimale praktijkgrootte is de praktijkgrootte, waarbij de arts in staat is om zijn patiënten een algemeen aanvaardbare individuele gezondheidszorg te bieden, terwijl hij daarbij zelf blijft beschikken over een algemeen aanvaardbare en voor de instandhouding van zijn gezondheid en zijn gezinsharmonie noodzakelijke hoeveelheid vrije tijd". Om over die tijd te kunnen beschikken moet men de organisatievorm van de praktijk bezien. Naast de dagbesteding van de huisarts met een gemiddelde praktijkgrootte van bijvoorbeeld 3500 patiënten, zoals beschreven door Ten Cate, zou ik ook met de dagbesteding van de patiënt willen rekening houden. In een praktijk van 3500 patiënten wacht een patiënt gemiddeld 85 minuten. Men kan zich voorstellen, hoeveel kostbare arbeidsuren er verloren gaan in de wachtkamer, afgezien nog van het feit, dat grote propvolle wachtkamers een onrust veroorzaken, die de arbeidsintensiteit van de arts en de gezondheidstoestand — het „ongezond" uitwisselen van elkaars ziektegeschiedenissen — van de patiënt ongunstig beïnvloeden.

Om deze ongemakken te bestrijden, zijn Van Es en ondergetekende in januari 1966 begonnen met een afspraaksysteem. Om overbelasting van de telefoon, de assistente en onszelf tegen te gaan, werd een trommel gevonden, waaruit iedere patiënt zijn eigen kaartje kan trekken. In deze trommel bevinden zich vijf rollen genummerde kaartjes, voor iedere dag een aparte kleur. Op de achterzijde van deze kaartjes staan de datum en het tijdstip gestempeld waarop de patiënt wordt verwacht. Men kan een tijdsindeling maken, zoals men die zichzelf wenst; voor ons bleek vijf patiënten per half uur juist voldoende (bijvoorbeeld drie kaartjes met 8.00 uur, twee met 8,15 uur, drie met 8.30 uur, twee met 8,45 uur enzovoorts). De trommel is in het portaal tussen wacht- en spreekkamer opgehangen, zodat patiënten te allen tijde hun kaartje kunnen trekken. Het portaal is dag en nacht toegankelijk.

De nadelen van dit systeem waren aanvankelijk de volgende:

Door onbekendheid met het systeem sprongen de patiënten te ruw om met het instrument (braken de veertjes, waardoor de rol terugsprong in de trommel). Dit is na enige maanden instructie thans ondervangen.
De patiënt had liever op een later tijdstip willen komen dan op het kaartje stond aangegeven. Dit had tot gevolg, dat men de rol er zover uittrok tot het kaartje verscheen met het gewenste tijdstip. Dit werd afgescheurd en de rest van de rol werd op de grond gedeponeerd. Notitie van het er tussenuit verdwenen nummer en een vermaning van de desbetreffende boosdoener op het spreekuur waren voldoende om dit euvel te bestrijden.
Soms had men langer tijd nodig voor een patiënt, waardoor het schema in de war dreigde te lopen.
Het kaartje werd weggegooid zonder dat de patiënt ons hiervan in kennis stelde. Dit bleek slechts in een gering aantal gevallen voor te komen.

De voordelen zijn:
De loop naar de arts tóe wordt door dit systeem bevorderd met dientengevolge een afname van het aantal visites.
Men kan net zoveel tijd uittrekken (kaartjes drukken) als men wenselijk acht. Indien de kaartjes op zijn, moet voor een volgende dag worden getrokken. Het aantal werkelijke spoedgevallen op ons spreekuur 's morgens is betrekkelijk gering, deze patiënten kunnen gemakkelijk tussendoor worden geholpen. Betreft het kleine ongevallen, dan kan de assistente deze patiënten behandelen (verband aanleggen, antitetanus injecties geven enzovoort).
De patiënt wordt vrij vlot geholpen. De wachtkamer is gevuld met slechts enkele patiënten. De wachttijden variëren van 0 tot 15 minuten, hetgeen patiënt en arts tot grote tevredenheid stemmen.

Wel is gebleken, dat men onwillekeurig toch iets langer tijd besteedt aan iedere patiënt. Mocht een patiënt uitvoeriger moeten worden onderzocht vanwege de gecompliceerdheid van zijn klachten, dan wordt hij op een telefonisch afspraakspreekuur van 13.00 tot 14.00 uur terugbesteld, nadat eventueel noodzakelijk laboratoriumonderzoek intussen heeft plaatsgevonden (huisartsenlaboratorium). Op dit middagspreekuur komen meestal de bijzondere gevallen: bejaarden, zwangeren en diagnostische problemen (tot zes patiënten maximaal). Volgens voorlopige cijfers lijkt het aantal consulten te zijn toegenomen, terwijl het aantal visites duidelijk minder lijkt te zijn geworden in vergelijking met de overeenkomstige periode in 1965. De periode is echter nog te kort om een definitief oordeel hierover te vellen.