

loog *Sporken* — zoals hij zelf zegt op gevaar af te worden misverstaan — dat „datgene wat geldt voor een extreme lichamelijke noodtoestand evenzeer geldt voor een extreme psychische toestand. In dat geval is abortus geen moord doch levensredding”.

Het is dus aan de arts om het uiterst moeilijke oordeel uit te spreken of voor een vrouw het leven nog „leefbaar” zal zijn bij het voortbestaan van een ongewenste zwangerschap. Bij het onderwijs zal de aanstaande artsen moeten worden geleerd dat het een gebiedende eis is dat zij, om tot een verantwoord oordeel te komen, hulp inroepen van andere deskundigen op dit gebied. In vele gevallen zal dat de psychiater zijn. Indien de vrouw kerkelijk meelevend is zal overleg met haar geestelijke leidsman niet mogen achterwege blijven. Bij een somatisch lijden is overleg met de haar behandelende specialist eveneens een gebiedende eis. Op grond van de hem verstrekte adviezen zal de arts echter zelf uiteindelijk tot een oordeel moeten komen. Nooit mag men vergeten dat degene, die de zwangerschap afbreekt, de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt. Het is daarom onjuist dat de huisarts, indien hij meent dat er mogelijk een indicatie tot afbreken van de zwangerschap bestaat, reeds vooruit loopt op het oordeel van degene, die deze onderbreking zal moeten verrichten.

Wij zullen bij het onderwijs de aanstaande artsen moeten wijzen op hun juridische positie in deze. Lange tijd heeft over deze positie een ernstig misverstand bestaan. Uit het artikel van *Enschede* blijkt dat er in gevallen van abortus provocatus op een strikt medische indicatie geen sprake is van een wederrechtelijke gedraging; bovendien zou de behandelende arts geen verwijt in juridische zin worden gemaakt. Hij zal dus niet strafbaar zijn al heeft hij een in de wet omschreven delict begaan.

Tenslotte zal bij het onderwijs aan de studenten in de methodiek van de geboorteregeling de nadruk moeten worden gevestigd op de noodzaak van controle van vrouwen die anticonceptie toepassen met behulp van farmacologische middelen of door het gebruik van een intrauterien pessarium. Alleen

op deze wijze kunnen ongunstige bijwerkingen op statistisch verantwoorde wijze worden aangetoond.

Er is geen terug op de weg die een deel van de mensheid thans is ingeslagen om te komen tot geboorteregeling. Aan de medici is echter de taak opgelegd om te maken dat deze weg zo veilig mogelijk is voor het individu. Hij, die de onontkoombaarheid van de geboorteregeling inziet, zal deze controle echter met een andere instelling verrichten dan hij, die deze visie niet deelt.

Naar mijn mening moet het in de toekomst voor een ieder mogelijk zijn geboorteregeling toe te passen. Deze mogelijkheid behoort tot een van de verworven vrijheden van de mens. *Baird* spreekt in dit verband, doelend op de vier vrijheden waarvan Roosevelt sprak in 1941, van de vijfde vrijheid: het bevrijd zijn — en dit geldt in het bijzonder voor onze medemensen in de ontwikkelingslanden — van de tirannie van de excessieve vruchtbaarheid. De vooruitgang in de geschiedenis wordt steeds gevonden in de strijd om de vrijheid. Naar mijn mening zal deze vrijheid op den duur niet tot bandeloosheid aanleiding geven. Snel en vooral onvoorbereid verkregen vrijheid brengt dit gevaar aanvalkelijk echter zeker met zich. Uiteindelijk zal verworven vrijheid echter voor een ieder een grotere verantwoordelijkheid met zich meebrengen. Tot deze verantwoordelijkheid zullen wij onze medemensen en in eerste instantie de aanstaande artsen moeten opvoeden.

Baird, D. (1965) *Brit. med. J.* II, 1141.

Clark, W. (1965) *The Observer*, 5 september.

Emde Boas, C. van (1967) *T. Geneesk. (België)* 4, 169.

Enschede, Ch. J. (1966) *Ned. T. Geneesk.* 110, 1349.

Macy Conference (1966) Teaching the biological and medical aspects of reproduction to medical students. Macy Foundation, New York.

Mastroiani, L. (1966) Report of a Macy Conference. Macy Foundation New York.

Nilsson, Bo. A., (1966) *Gynéc. prat.* XVII 1, 19.

Segal, S. J. (1966) *Gynéc. prat.* XVII 1, 87.

Sporken, C. P. (1967) *Medisch Contact* 17, 385.

Tietze, C. e.a. *J. Amer. med. Ass.* 196, 140.

Treffers, P. E. (1965) *Academisch Proefschrift Amsterdam.*

Afspraakspreekuur

DOOR W. W. OOSTERHUIS, HUISARTS TE HAARLEM

Naar aanleiding van het artikel van *Mulder* en *De Beer* over het afspraakspreekuur — (1967) huisarts en wetenschap 10, 260 — lijkt het, ter bevordering van de introductie van deze werkwijze, nuttig om variaties in organisatiemogelijkheden te vermelden. Sinds februari 1967 werken wij met een volledig afspraakspreekuur, zonder het „aanloopspreekurtje” van *Mulder* en *De Beer*. Het betreft

een praktijk van 3300 zielen. Daar het voor mij tevens het begin betekende van het werken met praktijkassistentie, heb ik een „tijdstudie” aan het afspraakspreekuur vooraf laten gaan. Mijn assistente heeft gedurende drie maanden de aantallen patiënten op het spreekuur geturfd evenals het aantal minuten dat wij nodig hadden om hen te helpen. Gemiddeld bleek dit twaalf minuten per patiënt te

zijn. Bij één spreekuur per dag van ongeveer vier uur gedurende vijf dagen per week, bleek dan aan de behoefte aan spreekuurcontacten voldaan te zijn, behoudens de tijd nodig voor de gesprekstherapie.

Aangezien de veranderde verkeerssituatie in Haarlem behoefte deed ontstaan aan gelegenheid om buiten de spitsuren visites te maken, hebben wij het volgende schema gevolgd: dagelijks spreekuur van 8 tot 12 uur, per persoon 10 minuten; pauze van 10.30 tot 11.00 uur, zodat er uitgelopen kan worden, terwijl bij consulten korter dan 10 minuten toch geen tijd verloren gaat. Een en ander bleek goed te voldoen, behalve dat het voor schoolkinderen hinderlijk bleek te zijn dat de spreekuren alleen 's ochtends werden gehouden; nu is er woensdagmiddag spreekuur in plaats van woensdagochtend.

Wat het niet-opvolgen van afspraken betreft: dit is op ongeveer 2500 afspraken slechts tweemaal voorgekomen. Voorts is onze ervaring dat een calamiteit die het afspraakspreekuur in de war stuurt, zo zelden voorkomt — gedurende vijf maanden is het maar één ochtend nodig geweest vijf patiënten af te bellen — dat dit geen reëel bezwaar kan zijn. Met de patiënten die moeten terugkomen wordt bij hun vertrek meteen een nieuwe afspraak gemaakt, hetgeen extra telefoneren uitspaart.

Hoewel in onze introductiebrief uitdrukkelijk wordt gesteld dat spoedgevallen altijd tussendoor kunnen worden geholpen, is de frequentie daarvan zo gering gebleken, dat verstoring van de werkdag hierdoor in de afgelopen vijf maanden niet is voorgekomen. De, reeds door *Mulder* en *De Beer* aangegeven schriftelijke introductie van het afspraakspreekuur bij het gezinshoofd, is zeer nuttig gebleken, hoewel naar mijn mening de inhoud niet zo uitgebreid behoeft te zijn. De veel kortere brief welke wij hebben gestuurd (zie bijlage), bleek reeds tot verwarring en slordig lezen aanleiding te geven.

Haarlem, februari 1967.

Geachte Patiënten,

Vele van u hebben gezien of ondervonden, dat mijn praktijkruimte verbouwd werd. Er is plaats gemaakt voor een apart laboratorium en archief en in deze ruimte zit mijn assistente. Nu kan ik overgaan op een afspraak-spreekuur. Ik wil dat dagelijks, behalve zaterdag, houden tussen 8 en 12 uur. Dit zal u en mij aanzienlijk tijd besparen. Het is mij gebleken, dat een contact tussen u en mij plm. 10 minuten neemt. Daarom is het noodzakelijk, dat u zich strikt aan een eenmaal gemaakte afspraak houdt, alleen op die manier kan ik iedereen helpen. Een afspraak voor het spreekuur maakt u als volgt:

- U belt: tussen 2 en 5 uur n.m. op,
U vermeldt: aantal personen,
eventueel langdurig onderhoud,
telefoonnummer, waar u te bereiken bent, indien er wegens bevalling of spoedgeval geen spreekuur is.
U geeft: bij verhindering tijdig bericht,
(afspraken, die zonder opgave van reden niet zijn nagekomen, worden in rekening gebracht).

Te allen tijde kunnen spoedgevallen tussendoor geholpen

worden. U wordt dringend verzocht, aanvragen voor visites bij u aan huis op te geven vóór 11 uur 's ochtends.

Degenen, die mij persoonlijk telefonisch willen spreken, kunnen mij bellen tussen 12.30-13.00 uur.

Hiermede verwacht ik een eind te maken aan de wachttijden. Ik hoop daarbij op uw aller medewerking te mogen rekenen en stel mij voor met ingang van maandag 13 februari a.s. op de boven omschreven wijze te gaan werken.

Met vriendelijke groeten,
W. W. Oosterhuis.

P.S. Mag ik u verzoeken dit blaadje (bij uw telefoon) te bewaren?

Bovendien is onze ervaring dat, met de toepassing van dit systeem waarschijnlijk per praktijk variërende behoeften blijken te bestaan welke men te voren, tengevolge van de onbekende frequentie en tijdsconsumptie ervan, moeilijk kan vastleggen. Doet men dit in een instructiebrief te strak, dan geeft dat moeilijkheden. Mijns inziens kan men details, zoals het geven van injecties en dergelijke, beter door afspraakgroepering regelen, dan een en ander vooraf per brief vastleggen. Het systeem blijft dan elastischer. Wel bleek ons dat een nadrukkelijker wijzen op de tien minuten per patiënt, beter zou zijn geweest. Thans komt het voor dat een moeder voor zichzelf een afspraak maakt en dan drie kinderen meebrengt voor onderzoek. Dit probleem is bij het maken van afspraken echter wel op te vangen.

In principe wordt de dag van te voren besproken, dit levert bij ons geen problemen op. Het werkt rustiger om van 8 tot 12 uur voor visite-aanvragen te reserveren en van 2 tot 5 uur voor het afspraakspreekuur afspraken te laten maken. Het disciplineren van de praktijk wat dit betreft is moeilijk maar lukt wel. Stoornis onder het spreekuur door telefonische gesprekken is er praktisch niet meer nu van 12.30 tot 13.00 uur de telefoon door mijzelf wordt beantwoord. De assistente verwijst degenen, die mij persoonlijk willen spreken, naar dit tijdstip; dit werkt rustgevend en het geheel voldoet zeer goed. Als voordeel van het afspraaksysteem ondervinden wij vooral de meer gelijkmatige verdeling van het werk over de werkweek en de werkdag. Tijdwinst wordt naar mijn mening niet behaald. Het werken is echter aanzienlijk rustiger geworden en na enig wennen zijn de patiënten allen enthousiast. Zonder dat zulks problemen met zich brengt is voorts het verschil tussen particulier- en fondsspreekuur opgeheven.

In hoeverre deze reorganisatie financieel verantwoord is zal nog moeten worden uitgerekend. In ons geval vereiste het een reconstructie van de werkruimte. Door *Walker* — (1966) *Hlth Bull.* 24, 78 — werd gesteld dat bij een praktijk van minder dan 1750 patiënten de introductie van dit systeem in Engeland niet verantwoord zou zijn. De financiering van praktijkreorganisatie en salariskosten van de praktijkassistente (die mijns inziens onmisbaar is), lijken inderdaad beperkend te werken, terwijl in kleinere praktijken de behoefte aan deze werkwijze wellicht minder dringend zal zijn.