

huisarts en wetenschap



maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap

30 juni, een dag uit een huisartspraktijk*

DOOR W. W. OOSTERHUIS, HUISARTS TE HAARLEM

*Greift nur hinein ins volle Menschenleben
Ein jeder lebt es
Nicht vielen ist 's bekannt
Und wo man 's packt, da ist es interessant
Goethe: „Faust”*

Het beschrijven van een dag uit een huisartspraktijk kan alleen betekenis hebben voor de lezer, met name voor de collega-lezer, wanneer een dergelijke beschrijving in een referentiekader wordt geplaatst. Alleen daardoor worden dergelijke gegevens weegbaar tegen eigen ervaring. Het is vanzelfsprekend dat dit kader wordt gevormd door aard en omvang van de praktijk enerzijds en anderzijds door werkmethode, speciale belangstelling en opleiding, met andere woorden door de persoon van de betrokken arts. Ook zal het niemand uit het vak ontgaan, dat één dag uit de ononderbroken arbeidsstroom van de huisarts moeilijk representatief kan zijn voor de totale omvang van zijn taak.

Enige gegevens over maximale en minimale inspanning, welke genoemde praktijk over een lange periode heeft gevergd, verschaffen echter ruimere vergelijkingsmogelijkheden. Op deze wijze bezien, vormt de feitelijke inhoud van één arbeidsdag een goed uitgangspunt voor bezinning op het eigen functioneren. Schrijver dezes meent dan ook dat een antwoord op bovengenoemde prijsvraag de volgende elementen dient te bevatten:

* Een antwoord op de in 1969 door het N.H.G. uitgeschreven prijsvraag „Analyse van één dag praktijkvoering”.

Samenvatting. Een dag uit een huisartspraktijk wordt inhoudelijk beschreven; de grootte en opbouw van de praktijk en de manier van praktijkvoeren. Vermeld worden alle verrichtingen, alle gegeven adviezen mét hun motivering en een follow-up na een half jaar. Tot slot wordt een algemene beschouwing gegeven uitgaande van de rollen die de betreffende huisarts voor zijn patiënten meent te (moeten) vervullen.

- 1 Gegevens over de schrijver, zijn opleiding en zijn praktijkopvatting.
- 2 Een beschrijving over aard en omvang van zijn praktijk.
- 3 Een beschrijving van zijn praktijkvoering en van zijn praktijkruimte.
- 4 Een beschrijving van de gekozen werkdag door van iedere patiënt de probleemstelling zo goed mogelijk te formuleren en de oplossing daarvan zo goed mogelijk te motiveren.
- 5 Wie daarmee doende is, realiseert zich dat eigenlijk geen enkel aspect van het menselijke leven buiten beschouwing kan worden gelaten, vandaar bovenstaand motto.
- 6 De aard en de omvang van de arbeidslast van de praktijk-assistente moeten zeker aan de orde komen.
- 7 Een follow-up ten aanzien van het resultaat van de genomen beslissingen mag niet ontbreken. Deze

wordt na elke casus beschreven; tevens worden enkele op de casus betrekking hebbende literatuurgegevens toegevoegd.

8 Tot slot moeten de verstrekte gegevens worden geëvalueerd.

De schrijver werd in 1930 geboren; hij is afkom-

REDACTIONEEL

N.H.G.-PRIJSVRAAG 1969

Het denkbeeld wetenschappelijk onderzoek door huisartsen en de publikatie van de resultaten te stimuleren — mede om de redactionele kolommen van dit tijdschrift te vullen — kreeg in 1968 vorm in de redactiecommissie en werd door het N.H.G.-bestuur verder ontwikkeld met de instelling van een N.H.G.-prijsvraag.

A. Vrij, secretaris van het Genootschap schreef — (1969) huisarts en wetenschap 12, 470 — de N.H.G.-prijsvraag 1969 aankondigend: „Toenemend wetenschappelijk onderzoek in en over de huisartspraktijk door huisartsen zal in de komende tijd noodzakelijk zijn, teneinde de huisartsgeneeskunde als tak van medische wetenschap verder te ontwikkelen. In zijn vergadering van 13 maart 1969 heeft het N.H.G.-bestuur besloten ter stimulatie van wetenschappelijk onderzoek eenmaal per drie jaren een prijsvraag uit te schrijven onder de Nederlandse huisartsen. In zijn rede tijdens het veertiende N.H.G.-congres op 15 november 1969 heeft de voorzitter van het Genootschap het uitschrijven van de prijsvraag bekend gemaakt. Als onderwerp voor de eerste prijsvraag is gekozen „De analyse van één dag praktijkvoering”.

Tijdens het zestiende N.H.G.-congres, 13 november 1971, werd bekendgemaakt — (1971) huisarts en wetenschap 14, 459 — dat zes antwoorden ter beoordeling door de jury waren ontvangen. De prijs werd toegekend aan mejuffrouw P. J. Visser, huisarts te Amsterdam; van de overige antwoorden waren er enkele, die de redactiecommissie bijzonder het lezen waard achtte en die zij in dit nummer van huisarts en wetenschap afdruckt: W. W. Oosterhuis, „30 juni een dag uit een huisartspraktijk” en W. Elting, „De analyse van één dag praktijkvoering”.

H.

stig uit een leraarsgezin, als tweede van de vier zoons. Mede ter wille van de opleiding van de kinderen, verhuisden zijn ouders naar de omgeving van Amsterdam. Een gymnasiale opleiding werd gevolgd. Tijdens deze opleiding werd een studiebeurs verworven, waardoor een universitaire opleiding mogelijk werd. De keuze om geneeskunde te studeren werd sterk beïnvloed door familietraditie: drie voorafgaande generaties hadden artsen opgeleverd.

Aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam werd de opleiding tot arts gevolgd. Deze werd na het semi-artsexamen onderbroken, om gedurende een half jaar op het pathologisch-anatomisch laboratorium te Rotterdam mede te werken aan een project van Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek (T.N.O.). In die periode werd een eigen onderzoek bewerkt en gepubliceerd.

Na het voltooien van de studie volgden enige maanden assistentschap op een verloskundige en een chirurgische afdeling in afwachting van de dienstplichtvervulling. Tijdens militaire dienst werd op het laboratorium van de militaire bloedtransfusiedienst gewerkt. Deze periode werd gevolgd door een assistentschap van anderhalf jaar op een interne afdeling. Daarna werd de huidige praktijk overgenomen. Deze praktijk wordt thans tien jaar gevoerd.

De schrijver rekent voorts tot zijn opleiding dat hij enige jaren wekelijks aan een Balintgroep heeft deelgenomen, die door het plaatselijk Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.)-centrum werd georganiseerd (*Balint, Vaessen, Weyel*). Hij acht het onvoorstelbaar dat men met voldoening de huisartspraktijk kan voeren, zonder een overeenkomstige opleiding hetzij voor, hetzij na het artsexamen te hebben gevolgd.

Om bij te blijven volgt hij, indien waarneming kan worden gevonden, de Boerhaave-cursussen, tevens bezoekt hij het N.H.G.-congres. Zo mogelijk wordt wekelijks gebruik gemaakt van de gelegenheid klinische demonstraties of patiëntenbesprekingen in een der ziekenhuizen bij te wonen. Er is maandelijks een bijeenkomst van een fonodidactische groep. Daarnaast wordt tenminste één bijscholingscursus per jaar gevolgd.

Naast het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde wordt huisarts en wetenschap regelmatig gelezen, evenals de Medisch-Farmaceutische Mededelingen; incidenteel geldt dit voor de Lancet, de Geneeskundige Gids, het Medisch Contact en enkele reclamebladen der industrie. Artsenbezoekers worden geselecteerd ontvangen. Op deze wijze bleek het mogelijk een achterstand in kennis en in praktische vaardigheid te voorkomen, althans voor zover dit kon worden getoetst in gesprekken met co-

assistenten die af en toe in de praktijk meelopen.

Men zou zich kunnen afvragen waarom de keuze op het huisarts zijn als vorm van het arts zijn is gevallen. De ervaringen opgedaan in de laboratoria en in de verschillende specialismen gaven de schrijver het gevoel dat daar steeds slechts een gedeelte van zijn persoon, zo men wil van zijn mogelijkheden in het geding was, terwijl het contact met de familieleden-artsen juist had geappelleerd aan een totale inzet, het in alle opzichten bezig zijn. Alleen de huisartspraktijk bood een uitdaging waarop het antwoord een inzet vergde, die deze voldoening kon geven. Uitgaande van bovenstaande gedachtingang nam schrijver dezes een praktijk over.

Bijna sneuvelden in de eerste praktijkjaren de idealen van pionier te zijn in een onontgonnen gebied der geneeskunde: een chaos van werk, een baaierd van vragen, die met de verworven kennis en ervaring niet konden worden beantwoord, dreigden deze te verstikken. Er bleek geen tijd voor nadenken, nauwelijks tijd voor het gezin. De financiële problemen, voor een pas afgestudeerd arts tevoren niet te overzien, maakten het invoeren van verbeteringen uiterst moeizaam. Welke deze moesten zijn, werd reeds het eerste jaar onderkend; het zou echter zes jaar volhardend roeien met de aanwezige riemen kosten, voordat een en ander kon worden gerealiseerd. Het zal de lezer dan ook niet verbazen in de schrijver een destijds fervente voorstander van hogere fonds- en particuliere tarieven te ontmoeten. Genoemde tarieven lieten inderdaad geen kwalitatieve verbetering van de praktijkvoering toe. Jonge, dat wil zeggen nog afbetalende artsen konden dat niet betalen.

Na zes jaar werd het tenslotte mogelijk een verbouwing te bekostigen waardoor ruimte voor een praktijkassistente kon worden vrijgemaakt. Op haar kon de verstikkende last van administratieve bezigheden worden afgewenteld, zodat er weer tijd voor nadenken kon worden gevonden. Bij de verbouwing kwam een veel rationeler indeling van de (beperkt) beschikbare ruimte tot stand (*plattegrond*).

De entree kwam in een gang, tegenover de ruimte waarin laboratorium, archief en het bureau van de assistente zijn ondergebracht. Niemand komt binnen zonder haar te passeren. Het ene einde van de gang wordt door de wachtkamerdeur gevormd, het andere door de spreekkamerdeur. Naast laatstgenoemde deur komen op deze gang achtereenvolgens de onderzoekkamer en een toilet uit, daarnaast de reeds genoemde assistente-kamer, begrensd door de wachtkamer. De onderzoekkamer is behalve door de gang, ook direct bereikbaar, zowel vanuit de spreekkamer als vanuit de assistente-

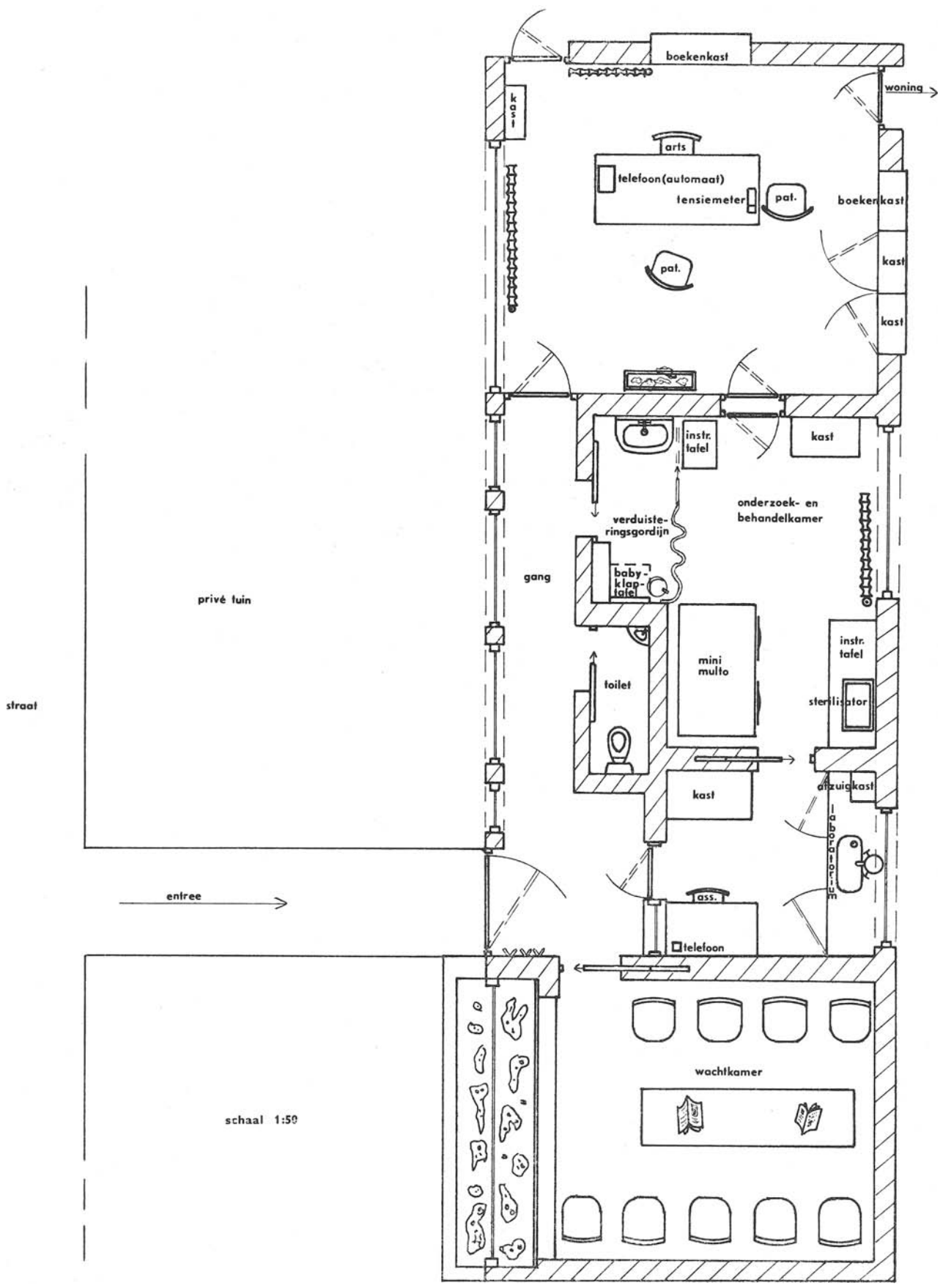
kamer. Genoemde drie ruimten zijn door een huistelefoon verbonden. Deze indeling houdt de mogelijkheid in de spreekkamer te benutten wanneer de assistente in de onderzoekkamer injecties geeft, een verband aanlegt, bloed afneemt of bij het kleden assisteert. Deze bezigheden kunnen ook worden voortgezet in de assistente-kamer wanneer de arts de onderzoekkamer nodig heeft. Opdracht tot dergelijke verrichtingen is via de huistelefoon mogelijk: de patiënt kan verder worden geholpen zonder het spreekuur op te houden, hetgeen het doen verrichten van uitgebreider onderzoek bevordert: een kwalitatieve verbetering met als winst een verhoging van de arbeidsvreugde.

Met de komst van de assistente werd een betere administratie mogelijk: losse N.H.G.-kaarten in kaartenbakken konden de in klappers verzamelde patiëntenstroken vervangen, omdat het opzoeken niet meer haastje-repje tijdens het spreekuur door de arts behoefde te gebeuren. Ook het meenemen ervan op huisbezoek kon thans worden ingevoerd: altijd alle gegevens beknopt bij de hand, geen tijdverlies door aarzelend gegraaf in het onzekere geheugen, dus een foutenbron minder! Vergroting van de overzichtelijkheid werd bereikt door het invoeren van signaalstrookjes op de N.H.G.-kaarten*. Verder maakte de aanwezigheid van een assistente het mogelijk een afspraakspreekuur in te voeren (*Van Dorp, Mulder en De Beer; Oosterhuis 1968 b, 1970 b*).

De invloed die zodoende kon worden uitgeoefend op de spreiding van het werk over de werkweek bleek de bestede tijd een hoger rendement te geven; beperking van het aantal werkuren kon niet worden geëffectueerd. Wel werd het opzetten van eigen onderzoek haalbaar. Zonder dergelijke onderzoeken, verliest de huisarts mijns inziens het recht op de mening dat zijn werk een eigen discipline vormt binnen de geneeskunde. De huisarts heeft immers een positie als waarnemer van menselijk lijden, die kans biedt op het verzamelen van gegevens die geen enkele andere arts toevallen. Dit houdt naar mijn mening de plicht in deze waarnemingen te bewerken tot elementen van overdraagbare kennis. Op de huidige generatie van huisartsen rust deze nauwelijks begonnen taak: „Greift nur hinein ins volle Menschenleben, und wo man's packt da ist's interessant!”

Werd in het voorafgaande informatie gegeven over de huisarts die het thans te beschrijven spreekuur hield, over zijn praktijkopvatting en over de ruimte waarin hij werkt, de volgende gegevens moeten inzicht geven in de praktijk waaruit zijn patiënten stammen.

* Een kleurcodering (1966) huisarts en wetenschap 9, 313.



Deze praktijk is reeds jarenlang gestabiliseerd rond 3 300 zielen, van wie ruim 1 600 bij het ziekenfonds zijn verzekerd, de overige via particuliere en overheidsverzekeringen. Het merendeel woont in een buitenwijk van een middelgrote stad. Alle specialismen zijn daar vertegenwoordigd. In vijf ziekenhuizen is opname mogelijk.

De leeftijdsopbouw van de praktijk verschilt van die van het land door een kleiner aantal van minder dan tienjarigen en een relatief groter bejaardenbestand. Het laatste wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van een bejaardencentrum in de onmiddellijke omgeving, het eerste omdat de meeste nieuwe gezinnen zich door koop een huis moeten verschaffen. Daartoe zijn de gezinshoofden meestal pas in de latere fase van het voltooide gezin bij machte.

De jonggehuwden verlaten, na inwoning bij de ouders (na het eerste kind), meestal de praktijk, omdat huurwoningen alleen in de nieuwbouw aan de andere kant van de stad zijn te verkrijgen.

Als voorbeeld van de zorg die van de betreffende huisarts wordt verwacht en van wat hij aan zorg heeft te bieden, volgt thans de rapportage over de werkdag 30-6-1970.

Om 8.10 uur wordt met het afspraakspreekuur begonnen. De kaarten van de patiënten liggen in volgorde van binnenkomst op het bureau klaar. Een belangrijk psychologisch voordeel daarvan is, dat ik nu altijd de patiënt van naam ken. Vroeger had ik bij minder frequente bezoekers daarmee nogal last, hetgeen dan een goed contact ernstig kon belemmeren.

8.10 uur. Weduwe, 81 jaar. Tensie- en gewichtscontrole. Patiënte is gedecompenseerd geweest, maar zij is thans met diuretica ingesteld: blauwe signalering op de kaart. De rode geeft haar allergie voor reserpine aan; de roze dat zij doorlopend medicamentea gebruikt. Alles blijkt in orde: gewicht constant, tensie 170/90 mm Hg. Zij krijgt voor drie maanden medicatie, een afspraak voor hercontrole wordt gemaakt. Een afspraakkaartje gaat mee als geheugensteun (81 jaar!) *.

Follow-up: na een kwart jaar: status quo ante.

8.20 uur. Jongen, 17 jaar. Knie gestoten. Objectief geen afwijkingen. Herrie op de bedrijfsschool. Moeder lichte hierover in bij het afspraak maken. Een puber. Zijn vader: een precieze maaglijder, lang werkeloos geweest. Gezin nog maar kort in de praktijk. Moeder lijkt een wat zwakke persoonlijkheid.

De jongen is bij het eerste contact afwerend. Het is bekend dat de moeder over twee dagen komt, het

naadje van de kous hoor ik dan dus wel. De jongen is kennelijk aan het protesteren tegen gezag (door moeilijke vader?). Ik vertegenwoordig eveneens de gezagsfiguur. Forceren levert weerstand, mogelijk torpedeert dat voor lange tijd het ontstaan van een vertrouwensrelatie. Ik beperk mij tot uitsluitend lichamelijk onderzoek. Mij was reeds bekend dat hij in de fabriek ergens vanaf was gevallen, waarop hij niet mocht zitten. Aangezien geen afwijkingen worden gevonden wordt hij zonder verder commentaar aan het werk gezonden. De assistente zal noteren dat de moeder om verdere informatie zal worden verzocht.

Follow-up na zes maanden: geen recidief. Hetero-anamnestic verloop alles zonder problemen.

8.30 uur. Man, 52 jaar. Controlebezoek. Overspannen geraakt tijdens de begeleiding van het sterfbed van zijn zuster die in dezelfde straat een paar huizen verderop woonde. Zij overleed cachectisch aan een gedissemineerd ovariaal carcinoom. Hij heeft thans veertien dagen niet gewerkt, verder heeft hij sedativa gehad.

Spontaan vertelt hij een verhaal van een jarenlange relatie met een thans reeds jaren geleden overleden collega, die blijkbaar een vaderfunctie had bekleed. Deze zou op vrij jeugdige leeftijd aan een infarct zijn overleden. „Niet overwerkt raken”, waarschuwt hij mij. Ben ik tot tweede vader benoemd? Vreest hij nu zijn volgende vader te verliezen? Het lijkt erop: er komt een geschenk voor de dag! Wat betekent dit? In elk geval een beroep op mijn steun, in de vorm van de bekentenis deze niet te kunnen missen. Labiel dus nog. Geen werkhervatting, controle over veertien dagen.

Hij was een jaar of vier geleden ook gedurende een periode overspannen: een zwarte plakker doet hieraan herinneren; toen duurde het een half jaar voordat de arbeid weer kon worden opgevat. Aanleiding toen: arbeidsconflict. Zijn broer is ook erg labiel. Aanlegfactor? (*Balint M. en E.*).

Follow-up na zes maanden: met enige steun af en toe, sinds kort weer aan het werk.

8.40 uur. Vrouw, 74 jaar. Kinderloos. Wederhelft in een neurose à deux. Zij produceert opnieuw een reeks oude bezwaren. Toch is er een patroonverandering: meer correlatie tussen het beklemde gevoel en de inspanning.

Zij wordt naar de internist verwezen met de volgende vraag: „Is er grond voor de veronderstelling dat enkele, wel in het beeld van de neurose passende klachten, toch op coronairsclerose berusten?” Ex juvantibus wordt nitrobaat voorgeschreven tot aan het bezoek aan de specialist. Het resultaat moet zij mij melden. De sedativa worden geconti-

* Een kleurcodering (1966) huisarts en wetenschap 9, 313.

nueerd: het bereikte evenwicht na veertig jaar huwelijksproblematiek moet niet meer worden verstoord (*Heigl, Evers-Heigl*).

Follow-up na zes maanden: terug met nieuwe conflictstof. Er werd een ST-depressie gevonden op het electrocardiogram; de klachten waren echter volgens de internist beter met de conflictsituatie te verklaren. Ik schrijf toch óók maar weer nitrobaat voor.

8.45 uur. Jongetje, drie jaar. Onder leiding van moeder. Aanleiding: X-benen. In een jaar is de afstand tussen de binnenkels een halve cm toegenomen, bij gesloten knieën gemeten. Advies: over een half jaar controle (na uitvoerige geruststelling). Kind zou nachtenlang wakker liggen en slaap tekort komen. Hij blijkt dit echter overdag in elk geval ruimschoots in te halen. Eigenlijk komt de moeder meer slaap tekort dan de zoon.

Kind als symptoom van de klachten der ouders? Deze blijken ruimschoots aanwezig: moeder, van nature een angstig bezorgde vrouw, wacht vergeefs op de komst van het tweede kind. Het daartoe reeds ingestelde onderzoek naar fertiliteitsstoornissen vordert haar te langzaam. Hoe langer de zwangerschap uitblijft, hoe meer zorgen zij zich over haar kind maakt. Zij ligt 's nachts op te letten of het niet het bed uitkomt, waardoor zijzelf onvolgende slaapt.

Ik laat haar uitspreken. Ik beloof haar op het kind te zullen letten. Verder vertel ik haar het verhaal van een dergelijke patiënte die na jaren van steriliteitsonderzoekingen tenslotte in het feit berustte, toen prompt zwanger werd en wel driemaal achtereenvolgend binnen dermate korte tijd, dat zij om raad tegen haar vruchtbaarheid kwam. Dit lucht haar zichtbaar op. Of dit geoorloofde therapie is, weet ik niet. Erin is een patroonherkenning verwerkt en een soort charismatisch handelen. Het verhaal is niet verzonnen en de mogelijkheid tot herziening van het standpunt blijft open: zij komt immers over een half jaar terug.

De X-been behandeling kwam aan de orde tijdens een fonodidactische avond: tot 7 cm binnen-enkel afstand zou zich nog spontaan kunnen herstellen.

Follow-up na een half jaar: de binnen-enkel afstand is afgenomen. De moeder komt niet meer op de aangesneden problematiek terug; zij is echter niet zwanger geworden.

9.05 uur. (Een kwartier achter op het schema). Jonge vrouw, 24 jaar, ongehuwd, wil weer aan de pil. Reeds eerder gehad, goed verdragen en met succes gebruikt. Controle tensie, urine- en gynaecologisch onderzoek: geen afwijkingen.

Patiënte had indertijd een relatie met een gehuw-

de man (eveneens patiënt), die nu alweer lange tijd is verbroken. Zou deze relatie weer zijn begonnen? Hij zal haar niet huwen en hij zal nooit zijn gezin opbreken. Mag, casu quo moet ik haar waarschuwen? 24 jaar! Wanneer zij blijvend in deze relatie raakt verstrikt, lijkt haar toekomst treurig. Er is geen tijd voor praten: ik ben een kwartier achter! Over drie maanden toch eens voorzichtig polsen. Indien er problemen zijn, een gesprek aanbieden: aantekenen op pilcontrolekaart en patiëntenkaart. Misschien heeft zij een leuke vrije vent gevonden?

Evaluatie. Beter dan op deze manier mijn tijdgebrek en daardoor de afweer van een langdurig gesprek op dit moment weg te redeneren, had ik wellicht meteen kunnen doorbijten nu de gelegenheid ervoor was? Was het wel mijn taak, om mij hiermee te bemoeien? Zij is tenslotte volwassen en in staat haar eigen boontjes te doppen. Hubris? Behoefteloosheid aan de apostolische functie? Ik kon ook, gehaast als ik was, de ethische knoop die dreigde, niet ontwarren. Uitstel. Een veldheer wint al veel, al wint hij alleen maar tijd! * (*Balint; Oosterhuis; Pitman 1968 a; Swaab*).

Follow-up na een half jaar: gelukkig getrouwd! Hier was het in dubio abstinence dus op zijn plaats.

9.12 uur. Ongehuwde vrouw, 45 jaar. Onregelmatige menses, opvliegingen, pijn in de borsten. Carcinofobie. Geprezen voor voorzichtigheid. Onderzoek: geen palpabele afwijkingen. Verband uitgezet met het beginnen van overgangsverschijnselen. Voorlopige diagnose: mastopathie. Advies: bij klachten driemaandelijks controle.

Follow-up na een half jaar: klachtenvrij gebleven.

9.20 uur. Man, gehuwd, 65 jaar. Hypertensie en gewichtscontrole: alles goed, medicatie voor een half jaar. Controle dan of bij klachten eerder (*Gerbrandy*).

Follow-up: status quo ante.

9.25 uur. Vrouw, 45 jaar, gehuwd, patiënte uit waarneming. Rugklachten. Bij onderzoek: geen hernia-symptomen, geen tekenen van neuritis. Anamnese: typisch spit, het schoot erin. Nooit last van de maag gehad of van de lever, geen antistolling gehad. Dan phebuson 200 mg driemaal daags na de maaltijd gedurende drie dagen. „Warmte goed?” „Zeker: warmte is goed” (*Meyler*).

Follow-up na een week: klachtenvrij.

9.30 uur. Vrouw, 78 jaar, diabetica (bruine plakker); hypertensie-lijdstster (blauw); doorlopende medicatie (roze). Komt niet voor controle. Pijn in de

* Medische ethiek en gedragsleer, 3e druk. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

rug. Bij inspectie: rode vlek met enkele blaasjes onder het schouderblad. Ook in de flank een plekje. Diagnose: gordelroos. Diabetes en hypertensie blijken stabiel te zijn ingesteld. Patiënte wordt over beloop en kans op pijn ingelicht. Ik vertel haar dat het onschuldig is. Therapie: schudsel, pijnstilling, controle over drie weken afgesproken, zo nodig eerder (*Sanders*).

Follow-up na een half jaar: op pigmentatie na genezen. Ditmaal geen post herpetisch syndroom. Ook geen tekenen van een maligne proces.

9.40 uur. Jonge vrouw, 25 jaar, gehuwd, één kind. Trotse aanmelding van de volgende zwangerschap. Over gezinssituatie gesproken. Tijdens vorige graviditeit was de echtgenoot nog een ondernemer zonder succes, faillissement dreigde. De partus bleek toen, hoewel geheel ongecompliceerd, toch moeilijk te begeleiden door het extreem gespannen zijn van de kraamvrouw. Na de ondergang van zijn bedrijfje is de man in loondienst. De spanningen zijn geweken, het zal nu wel gemakkelijker gaan.

De vraag wordt gesteld: „Waarom mag mijn zusje niet en ik wel thuis bevallen?” Mijn antwoord is dat het zusje voor het eerst gaat bevallen, dat ik in principe alle, maar in elk geval alle eerste bevallingen het liefst klinisch verricht en dat, wanneer redelijkerwijs een normale bevalling kan worden voorspeld, financiële overwegingen meetellen bij die beslissing. De grote moeilijkheden waarin zij verkeerden en het foutloos verloop van de graviditeit waren de reden dat ik haar had toegestaan thuis te bevallen. Een normale partus herkent men aan zijn afloop. Deze is niet te voorspellen.

De komst van de Astrup heeft, mits deze tot de outillage van de kraamkliniek behoort, de indicatie tot klinisch bevallen mijns inziens aanzienlijk verscherpt. Immers, in gevallen van dreigende asfyxie, kan uitstel van ingrijpen het verschil uitmaken tussen een normaal menskenkind en een kneusje voor de duur van een geheel mensenleven!

De met een bemande Astrup gewapende verloskundige heeft een enorme voorsprong op degene die thuis moet gokken of er al een indicatie tot termineren bestaat of nog niet (*Sikkel*).

Follow-up: de partus verliep zeer vlot. Partogram vrijwel gelijk aan de eerste. Benodigde begeleiding nog geen vijf kwartier, tegen de eerste keer: vijf uur! Het zusje ontwikkelde tijdens de graviditeit helaas een diabetes zodat zij klinisch moest bevallen, nu echter onder specialistisch toezicht (*Oosterhuis 1970 a*).

9.50 uur. Weduwe, 74 jaar, oude getrouwe. Controle decompensatio cordis en hypertensie. Kreeg op het bericht van overlijden van haar man zelf een

infarct. Thans stabiel gereguleerd. Na meer dan twee jaar heeft zij eindelijk haar evenwicht hervonden. Controle kan nu om de zes maanden plaatsvinden (*Murray Partes; Petney*).

Follow-up: status quo ante.

10.00 uur. Vrouw, 50 jaar. Pijn in linkerwang, verstopte neus. Gebit intact. Sinus maxillaris niet diafaan. Diagnose: sinusitis maxillaris, ondersteund door pus in de neus. Advies: neusdruppelen, stomen en snuiten. Positie-drainage. Voordoen, eventueel uitleggen met tekening. Tien dagen volhouden. Bezwaren van chirurgisch ingrijpen afgewogen tegen de hinder van de wat langduriger conservatieve behandeling (*Oosterhuis 1969*).

Follow-up: binnen half jaar nog geen recidief.

10.10 uur. Man, 30 jaar. Bilspit. Geen maagklachten, geen antistolling, geen leveraandoening in de anamnese: Tomanol injectie, driemaal daags 1 dragee tomanol post coenam.

Follow-up: nog wel patiënt, niet meer teruggezien.

10.20 uur. Vrouw, 69 jaar, gehuwd. Hypertensiecontrole. Blauwe en roze plakker. Gesprek over man: een gespannen, moeilijk mens. Er zijn problemen over het huwelijk van hun dochter die een gescheiden man tot partner koos. Dit kan patiëntes echtgenoot al sinds jaren niet aanvaarden. Dat ergert patiënte, zij voelt zich machteloos. Agressie-syndroom: nekpijn, cervicaal syndroom. Ik laat haar uitspreken en tracht haar het verband tussen nekpijn en ergernis begrijpelijk te maken: „That fellow is a pain in the neck” (*Lorentz; Metz; Morris*).

Follow-up: bij tensiecontrole na een half jaar blijkt patiënte geen nekpijn meer te hebben. De problemen zijn er nog wel, maar deze worden thans niet meer zo acuut beleefd.

10.30 uur. Vrouw, 38 jaar. Nacontrole na partus. Gewenst kind. Stralend. Wil vermageren. Pycnica, ziet eruit als een bellefleur. Gynaecologisch alles normaal. Dieet op verzoek. Zij zal waarschijnlijk niet veel afvallen. Mijns inziens ook niet nodig. Ik zwak het vurige verlangen naar een niet bij haar type passende graad van slankheid af.

Follow-up: telefonisch onderhoud. Patiënte is verhuisd. Uitbundige verhalen over het nieuwe huis, de tuin, de centrale antenne en de burenl! Met moeite krijg ik het adres los van de collega die mijn taak zal overnemen. Alles goed, over de lijn wordt niet gerept, zeker niet door mij. Notitie voor de assistente: gegevens opsturen.

Koffiepauze; de post.

1 Bericht van opneming van mej. X., 68 jaar, ongehuwd. Zij was uit de verpleeginrichting op proefverlof naar haar kamer in een bejaardencentrum. Hier was onderdak voor haar gevonden wegens hulpbehoefte door een dubbelzijdige heup-aandoening. Deze maakte langer zelfstandig wonen onmogelijk. Kort na haar plaatsing in dit centrum openbaarde zich een cerebellaire ataxie.

Bij ziekenhuisopneming bleek deze op een vasculaire aandoening te berusten. Er werd begonnen met revalidatie. Hiervan dus op proefverlof. Dit mislukte. Aanvraag tot heropneming in de revalidatie-inrichting thans geaccepteerd.

2 Bericht van ontslag na opneming van de heer X, gehuwd, 63 jaar. Opneming wegens kooftspieken in het beloop van pancreaskop carcinoom, behandeld met overloop en duodenocholecystostomie. Bloedkweken negatief. Verdere begeleiding aangegeven. Noteren voor visite aan huis.

3 Verslag van opneming in het Ooglijdersgasthuis van de heer X, 26 jaar, wegens iridocyclitis. Medicatie overnemen. Ambulant ontslagen. Poliklinische nacontrole door het ziekenhuis.

4 Opnemingsformulieren ter invulling voor een bejaarde patiënte, thans in het ziekenhuis verblijvend. Om de overgang naar huis niet te groot te maken: enige weken naar een herstellingsoord. Waarom doet de afdeling van het maatschappelijk werk van het ziekenhuis dat zelf niet?

5 Waarschuwing van het bevolkingsonderzoek dat een patiënte, 60 jaar, een op carcinoom verdachte schaduw vertoont. Deze vrouw is manisch depressief en in een labiele toestand. Morgen zou zij voor veertien dagen op vakantie gaan. Klachten had zij niet. Waarschuwen, nu of na de vakantie? Ik besluit: na de vakantie. Noteren!

6 Operatieverslag van mej. X, 24 jaar, ongehuwd. Elders wegens appendicitis(?) geopereerd. Operatie was reeds tweemaal afgewezen op grond van onzekere verschijnselen en een zekere psychogenese: éénmaal door mij en daarna éénmaal door chirurg elders. Nu is toch iemand erop ingegaan.

Pathologische anatomie: geen ontstoken appendix. Operatieverslag: adhesies losgemaakt. Van die adhesies vrees ik nog veel te horen te zullen krijgen. In klapper opbergen, voor referentie later bewaren.

7 De reclamepost, 400 gram, bevat ditmaal niets nuttigs en kan ongeopend de vuilnisbak in. Het is teveel voor een normale prullenmand.

Tijdens het doorlezen van de post worden die zinnen aangestreept, welke ik op de kaart paraat wens te hebben. Heeft de brief archiefwaarde, dan noteer ik: in klapper opbergen. De assistente draagt verder zorg voor de notitie op de kaarten, de num-

mering van de brief en het opbergen op jaar en nummer.

11.00 uur. Mevrouw X, 65 jaar, gehuwd. Pleegmoeder in gezin van weduwnaar, zelf geen kinderen. Voordat zij met deze man in het huwelijk trad, verzorgde zij als oudste dochter tot ver voorbij de huwbare leeftijd, haar vader en haar moeder. Zij hunkert ernaar op haar beurt te worden vertroeteld en bemind. Zij vindt niets aan sex. De weduwnaar die zij huwde was daarop juist altijd dol geweest. vertroetelen is echter niet zijn sterkste kant. Het huis is nu leeg. Beiden zijn op elkander aangegeven. Patiënte lijdt al jaren aan pijn in nek en rug, orthopedische corsetten, steunzolen en fysiotherapie ten spijt.

Op de röntgenfoto's van halswervelkolom zijn lichte spondylartrotische veranderingen te zien. Ik heb patiënte in de gesprekstherapie gehad. Gedurende die periode was zij vrijwel klachtenvrij. Inzicht in haar lijden kon ik haar niet verschaffen. Wel was duidelijk dat zij van mij verwachtte wat haar man haar niet kon of wilde verschaffen. De zwarte plakker op haar kaart had de assistente al gewaarschuwd om meteen twintig minuten uit te trekken voor dit consult. Ik laat haar nu uitspreken over al haar verdriet. Het gesprek geraakt geleidelijk van haar nekpijn op haar „pain in the neck” (haar man). Dit ontspant haar zichtbaar. Zij vergeet bijna het recept voor een smeersel, dat haar man moet inwrijven. Ik meen de situatie meester te zijn en te kunnen begeleiden, zolang dit nodig mocht blijken (*Lorentz; Metz; Morris; Rümke*).

Follow-up: in het daaropvolgende half jaar komt patiënte huilend afscheidnemen: in de wachtkamer van de polikliniek orthopedie kreeg zij van een medepatiënte het advies collega X te „proberen”. Deze praktizeert de acupunctuur. Patiënte moest bij hem om de dag terugkomen. Een assistente bracht de naaldjes in. Na enige weken particuliere behandeling was de pijn zo goed als weg, evenals het spaargeld van deze fondspatiënte.

Collega X had aangeboden de behandeling voort te zetten mits patiënte zich dan op zijn naam liet inschrijven bij het ziekenfonds. „Wat moet ik doen?” vroeg patiënte, „ik wil alleen maar van de pijn af en liever bij u blijven. Maar u kunt mij geen naaldjes zetten en ik kan het niet meer betalen. Wat moet ik nu? Mijn man wil ook niet weg”. Ik bied aan op haar man te blijven passen en ik raad haar aan zich te laten overschrijven voor zolang als de behandeling succesvol is. Tevens gaf ik haar de toezegging dat zij, wanneer de naalden niet meer nodig zijn of hun kracht blijken te verliezen, weer gewoon patiënte bij mij kan worden. Met gemengde gevoelens gaat zij heen, door mij met dezelfde gevoelens nagestaard.

11.30 uur. Het is toch wat uitgelopen. Vrouw, 58 jaar. Hypertensie-controle. Deze grootmoeder heeft de broek aan. De top van de matriarchale pyramide bevat haar uitstekend. Alles wel. Tensie en gewicht stabiel. Iteretur medicatie (*Heigl, Evers-Heigl*).

Follow-up: met de grootmoeder alles wel. Gootvader vertoont aanpassingsmoeilijkheden. Af en toe rebelleert hij vrij onmachtig tegen zijn rol in het leven, echter nooit tegen zijn vrouw. Ook hier geldt voor mij: een *modus vivendi* die gedurende veertig huwelijksjaren operationeel is, niet wijzigen.

11.40 uur. Patiënte, 58 jaar, is overgeschreven uit een opgeheven praktijk in de stad. Zeer emotioneel. Blijkt een sterke vaderbinding aan de vorige (overleden) arts te hebben. Thans oorpijn, nekpijn, overal pijn. Lichamelijk onderzoek: geen manifeste afwijkingen. Elke poging tot anamnese in de richting van het emotionele leven wordt afgeweerd.

Heb ik de situatie geforceerd? Om met *Balint* te spreken: „Did I do a Smith?” Een week geleden, bij huisbezoek was er iets met de echtgenoot. Ook emotioneel door mij geduid. Verkeerd aangepakt? Symptomatische medicatie. Bellen wanneer het verwachte succes niet wordt behaald.

Follow-up: in een half jaar niets meer gehoord van dit gezin. Particulier verzekerd. Niet na te gaan of een nieuwe arts is gezocht. Ik vermoed van wel. Hoewel ik het niet zeker weet, meen ik dat hier mijn leeftijd mij ongeschikt maakte om voor deze patiënte de vaderrol over te nemen.

11.50 uur. Man en vrouw (beiden boven veertig jaar) laten trots hun baby zien. Vorige baby durante graviditatem gestorven, ondanks opneming zes weken voor de partus wegens toxicose. Ditmaal ingeleid: gezond kind. Stralende ouders. Zij hebben elders een huis gekocht en komen afscheid nemen.

12.10 uur. Artsenbezoeker. Ditmaal alleen om mij de merknamen te laten onthouden. Weg met hem. Normaliter heeft de assistente de opdracht met de vertegenwoordigers van een aantal gerenommeerde merken na het spreekuur een afspraak te maken. Op gemakkelijke wijze wordt men dan nieuwe ontwikkelingen op farmaceutisch gebied gewaar, die anders veel lezen vereisen. Blijkt de man niets ervan te weten dan komt hij op de zwarte lijst, hij krijgt geen afspraken meer. Ondanks deze zeef vallen reclamepraatjes toch niet geheel en al te ontduiken, maar dan korte metten, daarvoor is mijn tijd te kostbaar.

12.15 uur. Man, 65 jaar, in gezelschap van zijn vrouw, 65 jaar. Algemene malaise, geen specifieke klachten. Anamnestiche geen aanknopingspunten.

Binnenvetter, komt zelden. Hoest wat. Fysisch-diagnostisch: geen afwijkingen. Ik laat een bezinking doen en een hemoglobinebepaling. Hoestdrank. Over een week terugkomen voor de uitslag en een plas meebrengen. Hierachter zit vast het een of ander.

12.40 uur. Zijn vrouw, overgewicht. Hypertensie. Geslonsd met het dieet, medicatie slordig gebruikt. Naar de diëtiste. Bij vrouwen bij wie een medische indicatie tot dieet houden bestaat en die niet erin slagen af te vallen, gelukt het soms toch succes te behalen door het dieet zo goed mogelijk aan te passen aan de eetgewoonten van de patiënte.

Een uitgebreider kennis van de keuken dan waarover wij beschikken is nodig. Gezien het grote aantal „dieetbehoeftegen” en het kleine aantal diëtisten, is voorselectie aangewezen. Medicatie weer aangepast. Controle-frequentie opgevoerd. Zo kan ik haar man indirect ook wat beter in de gaten houden.

Follow-up: bij het volgende onderzoek, een week later, blijken geen afwijkende waarden te zijn gevonden. Wel komt bij stukjes en beetjes een familiedrama aan het licht, dat zich heeft afgespeeld in het gezin van een van de kinderen. Het daaropvolgende half jaar, middels herhaalde controles, wat steun getracht te bieden. Naar het schijnt met succes.

13.00 uur. Vrouw, 49 jaar. Oude bekende. Na lange periode van gesprekstherapie overgedragen aan psychiater, hetgeen de relatie niet heeft verstoord. Thans buikklachten. Geen wonder: haar buurvrouw ligt thuis met een ovariaal carcinoom, nadat bij operatie bleek dat zelfs palliatief ingrijpen niet meer mogelijk was. De verweg wonende familie onderhoudt contact via patiënte, die over telefoon beschikt. Zij krijgt alle verhalen uit de eerste hand.

Ik begin met haar te onderzoeken: algemeen lichamelijk, daarna gynaecologisch, onder het opnoemen van alle negatieve bevindingen. Tijdens het onderzoek wordt het gesprek op de buurvrouw gebracht, mogelijke samenhang met patiëntes klachten wordt geopperd. Patiënte gaat hierop gaarne in, zij lucht haar gemoed, blijkt tevreden met de negatieve bevindingen. Vertrekt zonder medicatie.

Follow-up: het hierop volgende kwartaal wat vaker gezien; na het overlijden van de buurvrouw al enige maanden niet meer.

13.15 uur. Gehuwde vrouw, 74 jaar. Hoofdpijn na keelpijn (al genezen). Ongerust. Bij globaal onderzoek: tensie, visus en dergelijke geen afwijkingen. Gerustgesteld.

Eigenlijk komt zij voor iets anders. Haar man,

laat zij zich ontvallen, is niet goed, maar hij durft niet naar de dokter. Hij zit in de wachtkamer. De negen jaar jongere hypernerveuze man wordt uit de wachtkamer gehaald. Hij heeft als een espenblad. Uitvoerig onderzoek brengt niet méér aan het licht dan dat een keuring voor het rijbewijs aanstaande is. Gerustgesteld.

Follow-up: in half jaar niet terug geweest. Hij rijdt nog wel auto. Zeker goed gekeurd!

13.30 uur. Baby, waarnemingsgeval. Diarree zonder koorts. Tierig kind, geen dehydratie. Algemeen onderzoek, met name oren en buik geen afwijkingen. Dieet voorschrift.

Follow-up: geen.

13.40 uur. Logée van patiënt om hechtingen te laten verwijderen. Aldus gedaan.

13.45 uur. Vrouw, 32 jaar, gehuwd. Waarneming. Bekend van vroeger. Familie in mijn praktijk, achtergronden bekend. Pukkel onder de arm. Hevig verontrust. Het blijkt een minuscuul verstopt talgkliertje te zijn. Patiënte lijkt onevenredig angstig, gespannen. De tranen nabij.

Bij navraag blijkt ernstige surmenage: haar man is tuinder, dat wil zeggen vier uur 's ochtends op, ontbijt klaarmaken. De kinderen zijn om zes uur wakker en door de vakantie de hele dag om haar heen. 's Middags slapen is er niet bij: helpen op het land, het is een eenmansbedrijf. Sussend toegesproken. Er komt een huilbui. Laten uithuilen. Sedativa, slaapmiddelen. Middagrust verplicht. Indien binnen drie dagen geen succes: terugkomen (*Oosterhuis 1970 c*).

Follow-up: na drie dagen veel beter, herhaling sedativa en slaapmiddelen toegestaan. Zonder afknapper de herfst en een rustige winter gehaald. De pukkel heeft alle belangstelling verloren.

14.00 tot 14.15 uur. Eten. Hierbij tweemaal gestoord door de telefoon. De andere telefonische aanvragen zijn door de assistente opgevangen en zelfstandig afgehandeld. Op deze gesprekken zal aan het einde van dit verslag worden teruggekommen.

14.15 tot 14.30 uur. Onder het genot van koffie, de visiteroute uitgelegd. Gemiddeld kunnen ongeveer vier visites per uur worden afgelegd, een tempo dat ik bij navraag blijk gemeen te hebben met verschillende collega's uit de omgeving. De semafoon gaat mee.

De assistente is om vijf uur vrij. Ik ben dan nog lang niet thuis. Voor mijn vrouw begint dan een spitsuur in het gezin. De praktijk wordt soms via de telefoonautomaat naar de doktersdienst verwezen, deze noteert de boodschappen en roept mij desge-

wenst via de semafoon. Dit oproepen voor spoedeisende gevallen kan uiteraard tijdens de gehele visiteroute plaatsvinden, maar ook voor nagekomen boodschappen die in de route passen (*Van Dorp, Jansen*).

Eerste visite. Vrouw, 78 jaar. Volslagen dement. Parkinsonisme. Opgenomen in tehuis voor geestelijk gestoorde bejaarden. Thans is ook het ogencontact verdwenen. Wild grimassen, onrust. Alle communicatie is verloren gegaan. Ook de laatste resten van de taal. Alleen nog rauwe geluiden. Verpleegbaar dankzij schier coma verwekkende dosering sedativa.

Een huis vol met uitsluitend van deze patiënten. Velen zijn incontinent. Hoe houdt de verpleging het uit? De gedachte aan euthanasie dringt zich op! En toch maar weer elke pneumonie behandelen! En dan te weten dat deze vrouw tezamen met haar man achttien uur per dag werkte om hun grote gezin op te voeden (zij hadden beiden jarenlang twee banen per dag!). Het jongste kind was het huis nog niet uit toen zij acht jaar geleden paranoïde wanen kreeg, psychotisch werd en via observatie in een inrichting werd geplaatst. Wat een lot!

Ik continueer de medicatie en probeer tegenover de verpleging activering te motiveren (*Van den Berg; Canon Montefiore*).

Follow-up: patiënte viel; zij werd althans op de vloer aangetroffen met een dergelijk groot hematoom, dat ik daaronder een ribfractuur vermoedde. Na presentatie aan de röntgenoloog, voor verpleging opgenomen in een inrichting voor revalidatie. Na enige weken verpleging aldaar dermate opgeknapt (wellicht door de minder gedesillusioneerde houding van het hier werkzame personeel?), dat op verzoek van de familie patiënte niet meer werd teruggeplaatst naar haar oude tehuis, maar werd opgenomen in een andere inrichting, met overigens dezelfde problemen als in de eerste. Uiteraard was de dementie even erg gebleven, het ogencontact was echter teruggekeerd en patiënte kon weer wat lopen.

Tweede visite: Weduwe, wordt 80 jaar! Haar eerste verjaardag alleen. Kinderloos. Eerst verpleegde zij haar ouders tot hun dood thuis, daarna haar schoonouders. Toen bleek haar man aan syringomyelie te lijden. Ook hem verpleegde zij thuis, de laatste drie jaar als bedpatiënt. Hij behoefde niet „weg” van haar. Hoewel zij niet altijd gemakkelijk is, vormt zij door haar levend voorbeeld een positieve invloed in haar buurt. Zij zit nooit alleen, er is altijd iemand op bezoek. Ik ga haar feliciteren, moed inspreken. Het laatste is eigenlijk niet nodig. (*Murray Partes, Petney*).

Follow-up: na een half jaar en enkele „minor ailments”, geleidelijk op weg naar een eigen levenspatroon.

Derde visite (waarneming). Weduwnaar, 80 jaar, inwonend bij kinderen. Chronische bronchitis, emfyseem. Acute exacerbatie. Expectorans, tetracycline. Controle over een week (*Abstracts*).

Follow-up: na een week: exacerbatie genezen.

Vierde visite. Man, 64 jaar, ex-koopvaardij. Straffe roker en drinker geweest. Gevaren als meester: de gehele oorlog! Konvooi! Getorpedeerd geweest! Door de spanning veel gedronken. Die gewoonte bleef. Emphysema pulmonum, bronchiaal carcinoom, inoperabel wegens onvoldoende ventilatie-reserve. Bestraling wegens pijn in suspecte wervel.

Conflict met 86-jarige fitte schoonmoeder, die inwoont. Zij vindt hem een luie nietsnut, met de hele dag dat gehang in een stoel. „Dat komt van dat gedrink en gerook”. Zij zegt het hem ook. Daverende ruzie.

Zal ik de schoonmoeder inlichten? De man weet zelf niet dat hij een maligne proces heeft. Hij zou de wetenschap ook niet kunnen verdragen en hij zou het waarschijnlijk onmiddellijk op een drinken zetten. Het roken kan hij ook niet laten, ondanks verstikkende hoestbuien.

Ik heb met hem te doen. Overleg met zijn vrouw. (Ik moet haar zogenaamd even nakijken in de keuken). Toch maar liever niets tegen de schoonmoeder zeggen, want zij kan niets voor zich houden. Een flapuit tegen de buurt en de familie. Voorlopig wekelijks bezoeken (*Labr; Meinsma; Van Westreenen*).

Follow-up: in het afgelopen half jaar opgenomen geweest wegens dreigende inzakking van een wervel. Na verstrekking van een gipskorset ontslagen en verwezen naar revalidatie-centrum. In de tussentijd was ook de echtgenote, ten gevolge van een aanrijding gehospitaliseerd („accident prone”). Na haar herstel en na hervatting van de huishoudelijke arbeid, nam zij haar man „vanzelfsprekend” weer thuis. De revalidatie-inrichting verzekerde heropneming in geval van nood. Medicatie: pijn- en infectiebestrijding; met de wijkverpleging samen decubitus bestrijding. Morele begeleiding.

Vijfde visite. Bezoek aan 74-jarige man. Opneming omdat zijn vrouw niet in staat was zijn dementie op te vangen. Zij nam hem kwalijk dat hij het gas vergat uit te doen en dat hij om vier uur 's ochtends opstond om de tandarts te bezoeken. Hun huwelijk was voordien al niet ideaal. Patiënte kon zich achtereenvolgens beroepen op een decompensatio cordis, hyperthyreoïdie, fractuur van pols en onderbeen („accident prone”) om haar man elders te laten verplegen.

Na haar genezing, liet zij het wekenlang voorkomen of zij nog ziek was, om haar man niet thuis behoeven te verplegen. Dit was ook wel zwaar.

In die periode ontsnapte hij uit het verpleegtehuis, waarop hij ging zwerven op zoek naar zijn vrouw. Na een week thuis vol drama's heropneming met een pneumonie in een particulier tehuis voor geestelijk gestoorden. Dit omdat in de erkende inrichting (die wèl recht geeft op verpleging op rekening van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.)) geen plaats was. Nu zijn alle kosten voor het echtpaar zelf, aangezien dit geen erkende inrichting is. Daling van temperatuur met achromycine (*Van den Berg; Canon Montefiore*).

Follow-up: patiënt wordt op de ingestelde antibiotische therapie koortsvrij. Raakt echter in een stupor, overgaand in een coma, waarvoor geen verklaring wordt gevonden. Geen diabetes. Hij overlijdt plotseling, zonder goede verklaring, twee dagen na normalisering van de temperatuur. Sectie wordt niet toegestaan. Reden om aan een natuurlijke dood te twijfelen heb ik niet. Cerobrovasculair accident op basis van trombose of embolie?

Zesde visite. Echtpaar. Bejaard. Op het punt van verhuizen naar een bejaardentehuis elders in het land. Grote problemen. Zij hadden één dochter, idioot, die zij thuis verzorgden. Deze was nu 32 jaar geworden, de man moest haar elke avond naar bed dragen!

Traplopen kon zij niet leren. Zij moest doorlopend worden bewaakt, zij kon niet alleen slapen. Tijdens geagiteerde perioden werd zij in bed vastgebonden. Communicatie was mogelijk met handen en ogen. De spraak had zich niet ontwikkeld.

Om deze dochter onder te brengen maakte de man een rondreis langs de in aanmerking komende inrichtingen in het land, na drie jaar bot te hebben gevangen op schriftelijke aanvragen. Hierbij werd erop gewezen dat hij zijn dochter eerder had moeten aanmelden. Men vergat dat 32 jaar geleden opneming in het geheel niet mogelijk was. Het echtpaar heeft zich gedurende hun gehele leven alles ontzegd ter wille van deze dochter. De frustraties van de laatste ook al vergeefse reis, bezorgden de man een infarct.

Dientengevolge moest de dochter worden opgenomen in een psychiatrische inrichting, die echter niet was bemand voor de opvang van een dergelijke patiënte. Zij ontwikkelde een pneumonie, daarna ontstond een ulcus ventriculi (stress?) en onder het beeld van een massale bloeding is zij zes maanden na opneming aldaar overleden, haar ouders ontredderd achterlatend.

De vrouw was al enige keren voor depressies opgenomen geweest, evenals haar man. Thans hield zij zich goed. De man had een heftige reactie

op deze gebeurtenissen, hij wilde weg uit de omgeving waar elke steen hem aan zijn dochter herinnerde. Ook wilde hij zijn vrouw verzorgd weten in geval een nieuw infarct hem zou treffen. In korte tijd overleden in zijn straat twee leeftijdgenoten aan deze aandoening. Hij vond een oplossing in plaatsing in een verzorgingsflat elders.

Zijn vrouw wil eigenlijk niet weg. Zij is zeer labiel. Over enige dagen vertrekken zij; er is om medicatie voor twee maanden verzocht. Contact met de predikant is opgenomen; medicatie is verstrekt. De man wordt gewaarschuwd zijn vrouw in de gaten te houden: er zijn symptomen die wijzen op een depressie. Therapie*: anti-depressiva, sedativa.

Follow-up: Op de ochtend van de verhuizing waarschuwt de man dat zijn vrouw zo lodderig is en dat zij moeilijk is te wekken. Zij blijkt nog aanspreekbaar. Zij heeft in een opwelling alle sedativa in een keer ingeslikt. Opneming. Maagspoeling. Overleg met internist en psychiater. Deze adviseren de verhuizing gewoon te laten doorgaan, vanuit het ziekenhuis naar de nieuwe woning, die eerst gereed moet zijn. Deze opvang, via de echtgenoot gerealiseerd, verloopt zonder moeilijkheden. In een brief enige maanden later, meldt hij dat alles goed gaat.

Zevende visite: Condoleance-bezoek bij weduwe van een kleine zelfstandige, 69 jaar oud, gestorven in zijn middagslaap na een partijtje tennis. Hij leed aan claudicatio intermittens, hetgeen hem niet bellette nog regelmatig een balletje te slaan. Dit was hem op grond van cardiologisch onderzoek toegestaan.

Nooit angineuze bezwaren gehad. Zijn kuiten waarschuwden hem altijd tijdig voor een teveel aan inspanning. Opvallend was, dat hij enige dagen tevoren verslag had uitgebracht over zijn vakantie, waarbij het hem was opgevallen dat hij veel verder kon wandelen dan vorig jaar voordat hij pijn kreeg. Zou zijn waarschuwingssysteem ditmaal hebben gefaald?

Bij de verbijsterde weduwe heerst nu veel drukte. Zij is nergens op voorbereid: als zelfstandige is zij nauwelijks door de sociale parapluie beschermd. Er is ontzettend veel te doen. De grootste klap zal komen wanneer alles achter de rug is. Dan opnieuw bezoeken. Thans een sedativum, laten uit-

* Over de pathofysiologie van emoties. Wetenschappelijke Dienst F. Hoffman La Roche, Bazel 1964.

Van emotie naar laesie. Wetenschappelijke Dienst F. Hoffmann La Roche, Bazel, 1969.

Compendium van de psychofarmacotherapie. W. Pöldinger, Wetenschappelijke Dienst F. Hoffmann La Roche, Bazel, 1967.

Symposium Farmacotherapie van de depressie (1968) *Medicinae Scientia Donat* 3-51.

spreken, de familie te woord staan (*Murray Partes, Petney*).

Follow-up: eerste drie maanden enige malen bezocht. Thans gaat het.

Achtste visite. Gastarbeider, 42 jaar, gehuwd. Gezin over uit Griekenland. „Ti kanete, kyrie?” Een bewonderenswaardige ex-officier uit de Helleense luchtmacht. Balling ter wille van de toekomst van zijn kind, dat zal moeten studeren: „iatros” worden. In Griekenland is dit onmogelijk. Grote problemen.

Zijn vrouw woont thans drie jaar in Nederland, spreekt nog geen woord Nederlands. Het zootje, hier op school, speelt voor tolk. De vrouw wil eigenlijk niet definitief hier blijven, zij leeft op de vakanties in Griekenland. Nederlands spreken betekent Nederland voortaan accepteren en daarmee het niveauverschil dat de taal en de sociale handicap met zich brengt. Zij was in Griekenland medisch laborante. De man ziet alleen hier een kans voor zijn kind. Veel spanningen. De vrouw is nu met zijn zoon naar Hellas met vakantie.

Hij blijft alleen achter, heeft spit, angina, sinusitis. Hij werkt als kraandrijver. Is zeer gefrustreerd, omdat Hollanders die minder hard werken, toch meer kansen krijgen. Tochtig beroep. Psychogene weerstandsverlaging? Neusdruppelen, stomen, snuiten, positie-drainage, belofte met de bedrijfsarts te zullen spreken. Aanhoren van zijn problemen (*Oosterhuis 1969; Woordenlijsten*).

Follow-up: na veertien dagen gezeten. Werkproblemen minder eenvoudig op te lossen. De extra belangstelling van de bedrijfsarts doet hem goed.

Negende visite. Vrouw, 80 jaar, al 50 jaar tegen haar zin gehuwd. Weer buikkrimp. Haar man troost zich af en toe wel eens met de fles. Zijn de problemen al te groot dan krijgt zij buikkrimp. Deze verdwijnt altijd snel, wanneer ik haar bezwaren heb uitgehoord. In abdomine nooit enige afwijking gevonden. Thans blijken er spanningen over een mogelijke opneming in het bejaardentehuis van háár keuze elders. De man heeft een decompensatie van het hart ontwikkeld, waardoor hij sinds lange tijd sober is gebleven. Het lijkt nu mogelijk hen te presenteren. Ik beloof pleitbezorger te zijn.

Follow-up: de man is drie maanden later na een prostaatoperatie aan vasculaire complicaties overleden. De vrouw, aanzienlijk opgeknapt, is naar het door mij omgeprate bejaardencentrum vertrokken. Zij schrijft een dankbrief voor mijn bemiddeling. Van buikkrampen wordt daarin niet meer gerept.

Tiende visite. Man, 63 jaar, gehuwd. Sinds drie jaar een pancreaskopcarcinoom. Na overloop-ope-

ratie een jaar klachtenvrij gebleven. Heropneming in cachectische toestand. Heroperatie: herstel, niet ad integrim. Hij moet zijn paramedische beroep verlaten. Heeft de „Ik weet het, maar ik weet het niet” attitude. Begeleiding eist zorgvuldig overleg. Gelukkig heb ik het gezin van de kinderen in de praktijk. Langs deze weg (zij zijn ingelicht) zijdelings aanwijzingen toegespeeld aan echtgenote en aan nog thuiswonende kinderen. Zodoende is nu ook de echtgenote ingelicht. Zij doet het fantasistisch.

Sinds een jaar weet patiënt dat hij een tumor in zijn buik heeft die strikt genomen niet bewezen maligne is: de chirurg, op het macroscopisch aspect van de tumor overtuigd van carcinoom liet, om risico te vermijden, proefexcisie achterwege. Achter dit feit, dat door het beloop overigens weinig schaduw geeft, verschuilen wij ons tezamen in gemeenschappelijk overleg over de medicatie bij de symptomatische behandeling. De uitgebreide farmacologische kennis van patiënt maakt dit onvermijdelijk en zelfs wenselijk. Tot op heden verloopt een en ander succesvol.

Achter zijn rug overleg ik elke stap met de internist, die zo nodig mijn beslissingen ondersteunt, terwijl hij af en toe de begeleiding overneemt, waarbij ik op mijn beurt zijn adviezen corroboreer.

Patiënt is thans weer thuis na een kortdurend verblijf in het ziekenhuis om bloedkweken te laten doen met het doel na te gaan of de koortspieken niet toch bacterieel worden veroorzaakt. Kweken negatief. Aan zijn bed opper ik de mogelijkheid van pyrogenen. „Je krijgt toch antimetabola? Daarbij vallen kernen uiteen, komen daarbij geen pyrogene stoffen vrij?” Patiënt aanvaardt dit wat journalistieke redeneren. „Zouden wij dan geen antipyretica proberen?” „Dat dacht ik ook.” „Negatieve kweekuitslagen maken antibiotica toch overbodig?” „Goed, wij proberen indocid-suppositoria”. Over een week controle, specialist inlichten (*Lahr; Meinsma; Van Westreenen*).

Follow-up: patiënt overlijdt zes maanden later kort voor de verjaardag van zijn vrouw. In zijn nachtkastje ligt een juweel als verjaardagsgeschenk voor haar. Hij heeft stiekem de juwelier aan zijn bed laten komen, om het zelf uit te zoeken! Geen enkele klacht geuit. Pijnvrij gestorven hoewel hij morfine en andere pijnstillers, als symbool van het naderende eind, had geweigerd. Ik liet een en ander buiten zijn weten mengen in de ouwels, welke hij ter regulering van zijn stoelgang kreeg. Geoorloofd?

Elfde visite. Vrouw, 55 jaar, ongehuwd. Lijdt aan multiple sclerose. Met mijn medewerking werd zij in hetzelfde bejaardentehuis geplaatst waar ook haar 85-jarige moeder verblijft. De voortschrijden-

de invaliditeit heeft haar eerst het werken, daarna ook het zelfstandig wonen belet. Door medewerking van het bestuur kon nu het familiecontact in stand blijven. Tot voor negen jaar woonden moeder en dochter nog samen. Het opnemen van de moeder ontlastte de toen reeds snel vermoebare dochter.

In het bejaardentehuis werd moeder ernstig ziek. Thans werkte de verpleging in hetzelfde huis ave-rechts, want de dochter voelde zich verplicht haar moeder regelmatig te bezoeken, zelfs na overbrenging naar een ziekenhuis. Dit kwam haar op snelle afnemings van haar krachten en op een nieuwe „schub” van de multiple sclerose te staan.

De verpleegster ontboden en in haar bijzijn strikte voorschriften omtrent rust, ontspanning, voeding, slaap en stoelgang verstrekt. Niet dat ik daarvan direct therapeutisch resultaat verwacht, maar het zou patiënte wel kunnen ontslaan van een schuldgevoel ten opzichte van haar moeder, nu zij daardoor geen bezoek meer mag afleggen.

Zich laten opnemen wil zij echter niet. Ik doe die concessie, omdat de verpleegster duidelijk verknocht is aan patiënte en hier dus een persoonlijker zorg waarborgt dan bij opneming in het ziekenhuis valt te verwachten. Therapeutisch kan immers een ziekenhuis niet méér voor haar doen. Wekelijks bezoeken.

Follow-up: na vier maanden vrijwel terug op status quo ante.

Twaalfde visite. Weduwe, 78 jaar, hypertensie. Decompensatio cordis. Congenitale heupluxatie. Presbycusis. Decompensatie met diuretica gereguleerd; zoutbeperking is hier een onuitvoerbaar advies, dat geef ik dus niet. Voor de presbycusis een gehoorbril. De hypertensie wordt redelijk in bedwang gehouden met diuretica. Destijds een open been gehad. Nu gevallen, een klein wondje in de verkleurde huid. Decompensatie en tensie goed geregeld.

Gewaarschuwd voor nog te verwachten verkleuring van het hematoom. Opkoper laten komen voor de kleedjes. De werkster mag de vloer niet meer wrijven.

Follow-up: na drie maanden plotseling meer oedeem, niet bij te regelen met diuretica. In urine geen afwijkingen. Observatie aangevraagd. In afwachting van opneming plotseling hoge koorts gekregen. Fysisch diagnostisch afwijkingen in de longen. Bij opneming bleek een acute lymfatische leukemie te bestaan met longinfiltraten. Drie dagen na opneming overleden.

Dertiende visite. Bezoek aan man, 49 jaar, gehuwd. Directieve functie. Ik ga verslag uitbrengen van de

brief, welke ik van een hoogleraar over hem ontving.

Op verzoek van patiënt was professoraal consult aangevraagd. De reden hiervoor was dat de patiënt alle vertrouwen in de tot nu toe verstrekte adviezen had verloren. Zijn voorgeschiedenis maakt dat alleszins begrijpelijk.

Patiënt was namelijk slachtoffer van een medische catastrofe geworden. Tijdens operatie voor een tumortje aan de hals, bleek het acuut noodzakelijk (glomustumor) de carotis te onderbinden. Patiënt, die meende zich aan een betrekkelijk eenvoudige ingreep te onderwerpen, ontwaakte uit narcose met een paretische arm en een afasie. Achtereenvolgens bemoeiden zich met zijn geval: een internist, een chirurg, een neuroloog, een vaatteam van een academisch ziekenhuis, een neuroloog van dat ziekenhuis, allen concluderend dat op hun terrein aan deze patiënt geen verdere hulp kon worden geboden. De patiënt zelf werd in geen van de rapporten in de beschouwing betrokken.

Na zijn thuiskomst liet ik fysiotherapie geven en ik schakelde een logopediste in. Herstel verliep zeer traag. Met patiënt bevriende medici adviseerden institutionele hulp. Verblijf in deze gespecialiseerde inrichting gaf enige lichamelijke verbetering. Patiënt geraakte daar echter in een toestand van wanhoop. Ontslag zonder verdere instructies. Vervolgens werd professoraal consult aangevraagd. De door hem aanbevolen maatregelen waren gelukkig reeds door mij getroffen. Zijn prognose week niet af van de mijne. Ik meen dat zijn brief ons beiden moreel steunt. Patiënt zal regelmatig worden bezocht (*Schreuder*).

Follow-up: er doet zich enige maanden later opnieuw een crisis voor. Patiënt en wellicht meer nog zijn radeloze echtgenote, melden zich buiten mij om opnieuw bij de hoogleraar. Deze informeert niet bij mij, zendt ook geen verslag van deze ontmoeting, maar zou zich blijkens verslag van de echtgenote, nogal geëmotioneerd hebben geuit over het ontbreken van een specialist in de begeleiding. Was hij dan zelf niet degene die deze rol op zich had genomen? Mijn klomp brak.

Gelukkig loste de hooggeleerde het probleem op door patiënt naar een met mij bevriend neuroloog te verwijzen, die mij na het eerste consult opbelde om te overleggen wat wij nog meer konden doen dan het reeds ten uitvoer gelegde. De hevig verontruste echtgenote van patiënt werd door hem gerustgesteld met de mededeling dat hij ook niet wist wat er nog meer gedaan kon worden.

Mijn voorstel een didactisch-psycholoog in te schakelen kreeg zijn bijval. Met deze is thans een

nieuw trainingsschema ontworpen, in overleg met de logopediste. Ik blijf stimuleren, terwijl aandacht wordt besteed aan het voor de patiënt aanvaardbaar maken van een rest-defect (*De Boer; Miller; Watzlawich en medewerkers*).

Veertiende visite. Weduwe, 81 jaar, decompensatio cordis, dement. Desoriëntatie in de tijd, af en toe in plaats, niet in persoon. Het tijdsbesef is geheel verloren gegaan. Na overlijden van haar echtgenoot werd zij in een inrichting voor geestelijk gestoorde bejaarden opgenomen. Controle van de decompensatio cordis en van haar aanpassing in de nieuwe omgeving. Alles lijkt goed te gaan.

Aan deze opneming ging een drama vooraf. Patiënte stond al vijf maanden voor spoedopneming op de wachtlijst. Haar man was met een pneumonie opgenomen, zijn derde, na een infarct drie jaar tevoren. Na zijn herstel heb ik zijn ontslag uit het ziekenhuis tegengehouden, omdat hij in de conditie waarin hij verkeerde, niet voor deze demente vrouw kon zorgen.

Tijdelijk had ik haar op de ziekenkamer van het bejaardentehuis laten opnemen. Men wilde haar daar kwijt omdat zij steeds wegliep. Tenslotte was het ziekenhuis niet langer bereid te wachten totdat de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (G.G. en G.D.) een plaats voor deze vrouw had weten te vinden. Onmiddellijk stuurde de bejaardeninrichting patiënte terug naar haar man, toen men daar van zijn thuiskomst kennis nam.

De kinderen, met spoed ontboden, zagen geen kans hun ouders bij te staan, daar hun woningen, noch hun gezinnen geschikt waren voor het opnemen van een gestoorde bejaarde. De man, berustend in zijn lot, heeft de laatste dertig dagen van zijn leven deze ondraaglijke last als een held, zonder een klacht te uiten, gedragen. Af en toe kwam hij hijgend, met de boodschappentas aan de arm, informeren of er al een oplossing was gevonden. Hemel noch aarde, laat staan de institutionele geneeskunde waren te bewegen tot medewerking. Patiënt succumbeerde na dertig dagen aan zijn laatste infarct, berustend in de wetenschap dat er voor hem geen uitkomst meer was.

Tot mijn woede bleek zijn dood de urgentie van het geval van zijn vrouw dermate te hebben doen stijgen, dat zij nog voor zijn begrafenis kon worden geplaatst. Haar zoons die ik deze gang van zaken had voorspeld, kwamen razend verhaal halen. Ik antwoordde hen dat ik niet persoonlijk op zoek kon gaan naar plaatsen voor mijn patiënten en dat hun pogen, moeder particulier onder te brengen, ook niet tot resultaat had geleid; verder dat zij in uiterste wanhoop wellicht moeder toch zelf in huis hadden kunnen nemen en dat zij, als leden van een politieke partij, wellicht langs die weg

druk hadden kunnen uitoefenen. Ik heb hen gevraagd in de hitte van hun verontwaardiging, vooral dit laatste niet te vergeten.

Toch blijf ik mij schuldig voelen. De opgenomen vrouw probeer ik om de zes weken te bezoeken.

Follow-up: na zes maanden status quo ante, iets verbeterde lichamelijke conditie.

Vijftiende visite. Jongetje, zeven jaar. Onbegrepen verhoogde temperatuur, gepaard met koude rilling, een- tot tweemaal dagelijks, sinds drie dagen. Lichamelijk onderzoek: geen enkele afwijking. Urine-onderzoek: geen bijzonderheden. Dagelijks bezocht zonder tot dusver een verklaring te kunnen vinden. Temperatuurlijst laten aanleggen: beide pieken ontstaan een half tot een heel uur na het eten.

Het beeld doet aan een bacteriëmie denken. Bacteriëmie na het eten? Focus in het gebit? Bekloppen van tanden en kiezen verwekt geen pijn. Er is echter een zwarte tand bij. Daarop is hij een jaar geleden gevallen, deze zit iets los, maar is niet pijnlijk. De pulpa is echter dood, dus pijnsensatie kan uitblijven. Thans valt op de derde dag aan de basis van dit element een pijnlijke tandvleeszwelling te constateren. Verwijzing naar de tandarts met het voorstel dit element te verwijderen.

Follow-up: inderdaad, bij extractie komen enkele druppels pus te voorschijn, de koorts zakt echter niet meteen. Hierop nog zeven dagen penicilline in hoge dosering gegeven. Vanaf de tweede dag van toediening koortsvrij. Na zes maanden geen recidief (*Zaanoordijk*).

Na deze visite kwam ik om 19.30 uur thuis, nog juist op tijd om de kinderen voor te lezen. Deze waren klaar met eten, mijn echtgenote at met mij na.

Mijn dag zat erop, behoudens telefonisch overleg met een internist: een vroedvrouw van de zending was in januari uit Afrika gerepatrieerd met hepatitis. Nu waren behoudens een licht gestoorde thymol troebelingsstest (T.T.T.) de leverfuncties weer normaal. Mocht zij opnieuw worden uitgezonden? De internist meende van wel. De vroedvrouw werd opgebeld, haar werd bericht dat zij mocht vertrekken.

Voor de vergadering van de plaatselijke huisartsenvereniging (P.H.V.) kon ik de moed niet meer opbrengen en dat, terwijl ik mij, toen ikzelf in het bestuur zat, altijd zo had opgewonden dat de opkomst ter vergadering zo gering bleef!

Had ik geen praktijkassistente gehad, dan zou ik de volgende verrichtingen nog erbij hebben moeten doen: dertien telefonische afspraken voor het spreekuur; drie telefonische aanvragen voor bezoek aan huis; een telefonisch bericht van verstrekk-

king van aangevraagde huishoudelijk hulp voor een patiënt; een vermelding van terugvinden van een voorwerp dat bij mij zou zijn verloren; een bericht van opname door de G.G. en G.D. van een alleenwonende bejaarde, die door een ernstige gastro-enteritis in moeilijkheden was gekomen; drie mondelinge verzoeken om bezoek aan huis; een mondelinge afspraak voor het spreekuur; het schrijven van zes herhalingsrecepten — deze worden door mijn assistente geschreven, maar pas uitgereikt na ondertekening door mij; ik verifieer deze door vergelijking met de patiëntenkaart —; twee revisiekaarten voor de oogarts; het geven van een injectie; het doen van drie hemoglobinebepalingen; een bezinkingssnelheid van de erythrocyten; driemaal volledig urine-onderzoek; eenmaal methyleenblauw kleuring van het sediment (*Van Trommel*); het klaarleggen van spreekuurkaarten; het klaarleggen van visitekaarten; het opruimen van spreekuurkaarten; het opruimen van visitekaarten; het opruimen van de praktijkruimten; het schoonmaken en steriliseren van het gebruikte instrumentarium; het bijhouden van de gegevens voor de financiële administratie en tenslotte het verwerken van de gegevens uit de correspondentie, plus het opbergen van de brieven in het archief.

Zij bespaarde mij dus dertig contacten met patiënten, zestien laboratoriumverrichtingen en administratieve handelingen, naast de routineverrichtingen van alle dag. Zonder haar is een afspraakspreekuur als het mijne onuitvoerbaar. Hoe ik het ooit zonder assistente heb kunnen stellen is mij een raadsel! (*Van der Pol*).

Zelf behandelde ik nog de volgende zeven boodschappen: het verzoek van een vroedvrouw om weer te mogen worden uitgezonden naar Afrika; het verzoek van de echtgenote van de afasiepatiënt om inlichtingen, ik verwees daarbij naar mijn komst later op de dag; de boodschap van het overlijden van een van mijn bejaarde patiënten gebracht door zijn weduwe; het bericht van een nieuwe koortspiek bij het jongetje met de tand; een voorlopig advies, tot mijn komst aan huis, aan de echtgenoot van de bejaarde dame met de buikkrampen; (tijdens de lunch) nogmaals bericht van overlijden van mijn bejaarde patiënt, nu door de verpleeginrichting; (tijdens de lunch) een telefonische mededeling van een collega uit een ver verwijderd deel van het land, die een aldaar kampende patiënt van mij behandelde voor hemorroïden. Hij vertrouwde het toucher niet, of ik rectoscopie zou willen laten doen. Follow-up: bij rectoscopie geen afwijking gevonden. Correcte collega!

Wat was dit nu voor een dag? Geen topdag. Ook

niet mijn rustigste. Tijdens een griep epidemie had ik wel eens dagen van dertig visites. In rustige perioden dalen de visites soms onder de zes per dag. Het spreekuurbezoek blijft echter constant, ten gevolge van het afspraakstelsel. Op dagen met tien visites of minder bezoek in mijn in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Dit beschouw ik als een „must”. Bij meer dan tien visites per dag komt het daarvan echter niet.

De bijscholing in de ziekenhuizen probeer ik echter ook op drukke dagen toch te bezoeken.

Ik beëindigde mijn avondmaal op deze dag om 20.30 uur. De P.H.V.-vergadering was toen al begonnen. Ik gebruikte dit als excuus om verstek te laten gaan. Eigenlijk schandelijk, want van deze extra opoffering moet toch onze lotsverbetering komen!

* * *

Wat leert nu een dergelijke volledige beschrijving van een werkdag? Vergelijking van deze gegevens met die van het onderzoek van *Oliemans en De Waard* met hun peilgroepen, lijkt mij geen nieuwe informatie te leveren. Zinvoller lijkt het mij om te noteren welke rol of rollen ik voor mijn patiënten vervulde. Ik meen de volgende min of meer te kunnen afgrenzen: genees-, heel- en verloskundige; medisch psycholoog; maatschappelijk werker; surveillant van risico-dragenden; administrateur en archivaris; coördinator van medische bemoeienissen; gezinstherapeut en pastor.

Wellicht behoort de surveillerende taak bij de eerstgenoemde. Als follow-up bij behandeling van kwalen en chronische ziekten zou dat zijn te verdedigen. Dikwijls treedt deze rol echter in functie, wanneer de patiënt met een geheel ander oogmerk medisch advies zoekt. Vaak breng ik om die reden een contact tot stand, dat zonder mijn initiatief niet zou zijn gezocht. In deze gevallen heeft de surveillance mijns inziens recht op een eigen vermelding.

Hoe groot het aandeel van de coördinerende rol is in het werk van de huisarts, valt uit één dagtaak niet af te leiden. Hoe belangrijk het voor een patiënt is dat die rol wordt vervuld, moge uit de beschreven gevallen blijken.

Of het gerechtvaardigd is de gezinstherapeutische rol af te splitsen van de medisch-psychologische, valt ook te bezien. Ik meen echter dat daarin een dermate andere benadering van de patiënt plaatsvindt dan die tussen zieke en geneesheer onder vier ogen, dat deze rol een aparte plaats in dit rijtje verdient. Turf ik nu per rol hoe vaak elk voor zich in de 42 arts-patiënt-contacten aan de orde kwam, dan kom ik tot de volgende frequenties:

Genees-, heel- en verloskundige: 28; onvermengd: 13.

Medisch psycholoog: 18; onvermengd: 1.
Maatschappelijk werker: 7; onvermengd: 0.
Surveillant: 13; onvermengd: 3.
Gezinstherapeut: 7; onvermengd: 0.
Coördinator: 4; onvermengd: 0.
Pastor: 6; onvermengd 3.

Achtmaal werden twee rollen tegelijkertijd vervuld, twaalfmaal drie rollen, driemaal vier rollen. Dit zijn waarnemingen uit één willekeurige werkdag. Zelfs voor mijn eigen praktijk geven deze cijfers geen betrouwbare conclusies over de werkelijke frequentieverdeling van deze rollen. Toch lijken belangrijke constatering mogelijk op grond van globale vergelijking van de rubrieken onderling.

1 De rol van genees-, heel- en verloskundige blijkt de hoofdrol. Aangezien in de laatste jaren in de publikaties in huisarts en wetenschap nogal de nadruk wordt gelegd op de medisch-psychologische en medisch-sociale facetten van het vak, kan het geen kwaad dit nog eens duidelijk te stellen. Dat overigens terecht veel aandacht is besteed aan de medische psychologie moge blijken uit de volgende constatering.

2 In bijna de helft van de gevallen werden medisch-psychologische aspecten betrokken in de benadering van de patiënt. Deze bijrol had de grootste frequentie onder de verrichtingen. Een dergelijke uitkomst is blijkens de landelijke cijfers niet onverwacht. Dat deze frequentie 50 procent van de gevallen bedraagt, is een afwijking naar boven die kan hebben te maken met de speciale training van de schrijver, maar die evengoed kan worden verklaard door de toevalligheid van de steekproef.

3 Surveillance bleek een verrassend grote rol onder de bijrollen te vervullen. Is het mogelijk dat mijn grote bejaardenbestand dit aspect enigszins heeft vertekend? In dat geval zullen ook andere praktijken in de toekomst een uitbreiding van deze taak te zien geven. Een andere verklaring zou kunnen worden gevonden in het gebruik van de kleurcodering. Deze werkt een anticiperende geneeskunde in de hand (*Van den Dool*).

4 Het valt op dat de bijrollen bijna uitsluitend naast de genees-, heel- en verloskundige rol werden vervuld. Tevens is het duidelijk dat de medisch-technische taak grotendeels werd gecombineerd met een of meer bijrollen.

Ik wil niet beweren in alle gevallen feilloos te hebben gehandeld. Andere oplossingen hadden een evengoed, mogelijk een beter resultaat kunnen geven. Wel valt naar mijn mening uit de gegeven follow-up op te maken, dat mijn antwoord op de

voorgelegde vragen in meer dan tweederde van de gevallen een aanvaardbaar resultaat heeft laten zien.

Op mijn taak van genees-, heel- en verloskundige werd ik, wat het diagnostisch gedeelte betreft, destijds tot een aanvaardbaar niveau opgeleid. Toch voelde ik mij niet verantwoord de praktijk in te gaan zonder praktische ervaring wat het dragen van medische verantwoordelijkheid betreft. Dat ik ook na klinisch werkzaam te zijn geweest, in de praktijk van de eerste jaren bok op bok schoot, wijt ik aan mijn volslagen onbekendheid toentertijd met de door mij genoemde bijrollen.

Het is mij uit contact met co-assistenten gebleken dat het huidige curriculum nauwelijks afwijkt van het mijne van toen. Er mag dan ook worden verwacht dat deze co-assistenten eveneens door schade en schande wijs moeten worden.

Gelukkig blijkt in de Utrechtse opleiding en in de planning voor de opleiding tot huisarts in het algemeen, de noodzaak van training in de genoemde functies ruimschoots aandacht te krijgen. Zelfs wordt uitzicht geboden op een gelegenheid voor de aanstaande huisarts om, voordat hij onder eigen verantwoordelijkheid optreedt, reeds ervaring op te doen in het geïntegreerd toepassen van deze functies — (1970) *Medisch Contact* 25, 838; *Van Es* —.

Voor het slagen van deze programma's is echter grote medewerking vereist van sterk gemotiveerde huisartsen, benevens een voldoende enthousiasme onder de studenten.

De weigering van de betrokken minister om de opleiding tot huisarts verplicht te stellen, zou wel eens een ernstige bedreiging kunnen vormen voor een spoedige uitbouw van de initiatieven die op dit terrein reeds zijn genomen. Het lijkt erop dat de huisarts politieke druk zal moeten uitoefenen, wil hij medebeslissen over zijn eigen positie in de toekomst. Niet alleen het ministeriële schrijven aan de volksvertegenwoordiging wijst daarop.

In de serie: „Over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg” in *Medisch Contact* 1970/71 blijken anderen zich over de plaats van de huisarts daarin, reeds vrij vastomlijnde denkbeelden te hebben gevormd. Onder de schrijvers bevinden zich twee Tweede Kamerleden: Veder-Smit en Dolman; Andriessen, secretaris van de Unie van Ziekenfondsen, Van Brussel, secretaris van het Verbond van Nederlandse Ondernemers, Muntendam, hoogleraar en Kruisinga, staatssecretaris. Praktizerende artsen hadden in deze serie zeker niet de overhand. Bij deze, zelf niet tot uitvoering van hun plannen verplichte auteurs, blijkt de groepspraktijk als panacee voor de overbelasting van de huisarts uit de bus te komen. Want dat de huisarts wordt over-

belast wil men wel erkennen. Deze klacht moge dan niet expliciet uit mijn tekst naar voren komen, het ontbreken van de rol: echtgenoot en vader op mijn lijst van te vervullen functies moge in deze voor zichzelf spreken!

In het rapport *Muntendam* wordt voorzichtig ingegaan op praktijkvoering in groepen: daarin wordt evaluatie van de werkwijze van experimenteel gestarte groepspraktijken aanbevolen. Subsidie-regeling wordt geadviseerd. Interessant, maar niet duidelijk op het punt van persoonlijke voldoening in het werk, is het verslag van de stichting voor het bevolkingsonderzoek in de drooggelegde Zuiderzee-polders: Gezondheidszorg in Oostelijk-Flevoland. Hier is een van de oudste groepspraktijken in het land aan het woord.

De mogelijkheid die de groepspraktijk zou kunnen bieden tot delegatie van niet zuiver medische taken, lijkt op het eerste gezicht een verlichting te zullen brengen in het werk van de huisarts. Wanneer ik echter noteer dat door mij op één dag achttien een dubbelrol, twaalfmaal een drievoudige rol en driemaal zelfs een viervoudige rol werd vervuld, rijst de vraag of het delegeren van taken dan niet een extra taak erbij zal gaan vormen. Wanneer bovendien daarmede de multidisciplinaire benadering van de patiënt door zijn huisarts in het gedrang zou komen, wordt de kritiek van *Dijkhuis* op deze vorm van praktijk voeren begrijpelijker.

Efficiency is nu eenmaal niet alleen zaligmakend!

Veel belangrijker voor de toekomst van de huisarts lijkt mij dat hij grotere mogelijkheden tot wetenschappelijk werk krijgt wanneer hij in een team zit. Onderlinge toetsing, taakverdeling en consultatie moeten kwaliteitsverbeterend werken. De opvang van didactische taken ten aanzien van co-assistenten en assistent-artsen, is in dat raam ook beter verzekerd. Dit zijn voorwaar geen geringe zaken. Enige bezwaren staan daar echter tegenover: tijdrovender werk, zeer veel duurder werk, gedeelde verantwoordelijkheid, leidend tot verlies van persoonlijke aansprakelijkheid, noodzaak tot meer en veelvuldiger communicatie met alle kans op meer frequent optredende communicatie-stoornissen. Wanneer kwalitatief niet een opvallend veel beter resultaat wordt behaald, dan zijn met name elementen zoals betere onderwijsmogelijkheden en meer kansen voor wetenschappelijk werk, niet voldoende om de huisartsengezondheidszorg in zijn geheel op deze basis te herstructureren. Een aantal groepen, groot genoeg om de taken van onderwijs en research op te vangen, zou dan voldoende zijn.

Groot zal echter hun belang zijn voor de kwaliteit van de beroepsbeoefening in het algemeen, wanneer deze groepen hun functie optimaal zullen vervullen. Dan immers kunnen zij de toekomstige

studentengeneraties een alternatief tonen voor de beroepsbeoefening binnen de specialismen en wat voor een alternatief! Nergens in de geneeskunde zullen jonge artsen een dergelijke kans krijgen pionierswerk te doen; nergens zal hun inventiviteit zoveel vrucht kunnen dragen; nergens wordt in die mate een beroep gedaan op de persoon van de arts; nergens in de geneeskunde heeft men dermate al zijn begaafdheden nodig als in de huispraktijk.

Wie onze sporen drukt, kunnen wij met recht toevoegen:

*Greift nur hinein ins volle Menschenleben
Ein jeder lebt es
Nicht vielen ist 's bekannt
Und wo man 's packt, da ist es interessant*

Summary. June 30th - a day in general practice. A day in a general practice is described with reference to its actual events, the size and structure of the practice, and the procedure of practice. Mention is made of all professional activities, all advice given and its motivation, and a follow-up over a period of six months. In conclusion, general considerations are devoted to the roles which the general practitioner involved believes he is (must be) playing for his patients.

Abstracts from recent world literature on chronic bronchitis. Excerpta Medica Foundation sponsored by Bechem research laboratories, 1964 tot heden.

Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman Med. Publ. Co, Londen, Philadelphia, 1956.

Balint, M. en E. Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock Publications, Londen, 1961.

Berg, J. H. van den. Medische macht en medische ethiek. Callenbach, Nijkerk, 1969.

Boer, H. de. Schriftelijk rapporteren. Aula Reeks, 1968.

Canon Montefiori, H. W. (1969) Geront. Clinic. 11, 65.

Dool, C. W. A. van den. (1970) huisarts en wetenschap 13, 59.

Dorp, G. S. van. (1964) huisarts en wetenschap 7, 96.

Dijkhuis, H. J. P. M. (1970) Medisch Contact 25, 1419.

Es, J. C. van. (1970) Medisch Contact 25, 1211.

Gerbrandy, J. (1970) Medicinae Scientia Donat, nummer 3, 35.

Heigl-Evers, A. en F. Heigl. Geben und nehmen in der Ehe.

Gelten und gelten lassen in der Ehe. Verlag für angewandte Psychologie, Stuttgart, 1961.

Jansen, E. M. (1964) huisarts en wetenschap 7, 98.

Lahr, J. H. F. (1965) huisarts en wetenschap 8, 53.

Lorentz. On aggression. University paperback, Cox and Wyman, Fakenham, 1968.

Meinsma, L. Gezwellziekten, een leidraad voor verpleegkundigen. De Tijdstroom, Lochem, 1969.

Metz, H. Het verschijnsel pijn. De Erven Bohn, Haarlem, 1964.

Meyler, L. Schadelijke nevenwerkingen van geneesmiddelen. Van Gorcum en Comp. Assen, 1954.

Miller, G. A. The psychology of communication. Pinguin Press, 1970.

Morris, D. The naked ape. Baylis, Londen, 1968.

Mulder, J. D. en B. de Beer. (1967) huisarts en wetenschap 10, 260.

Muntendam, P. Rapport Commissie huisartsen. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1968.

Murray Partes, C. Brit. med. J. II, 274.

Oliemans, A. P. en F. de Waard (1969) huisarts en wetenschap 12, 309.

Oosterhuis, W. W. (1968 a) Ned. T. Geneesk. 112, 57.

Oosterhuis, W. W. (1968 b) huisarts en wetenschap 11, 31.

Oosterhuis, W. W. (1969) huisarts en wetenschap 12, 8.

Oosterhuis, W. W. (1970 a) huisarts en wetenschap 13, 246; (1970 b) Ibidem 13, 402.

Oosterhuis, W. W. (1970 c) Ned. T. Geneesk. 114, 2001.

Petney, B. H. (1963) Practitioner 191-245.

Pol, L. van der. (1970) huisarts en wetenschap 13, 462.

Rümke, H. C. (1965) huisarts en wetenschap 8, 127.

Sanders, H. W. A. Herpes zoster in de huisartsenpraktijk, academisch proefschrift, 1968.

Schreuder, J. A. R. (1970) Medicinae Scientia Donat 3, 6.

Sikkel, A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 350.

Swaab, L. J. De pil, zin en onzin. Voordracht Boerhaave-cursus, Leiden, 1970.

Trommel, M. J. van. (1969) huisarts en wetenschap 12, 352.

Vaessen, L. M. J. (1963) huisarts en wetenschap 6, 2.

Watzlawick, P., J. H. Beavin en D. D. Jackson. Menschliche Kommunikation. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart, 1969.

Westreenen, E. van (1965) huisarts en wetenschap 8, 241.

Weijel, J. A. (1962) huisarts en wetenschap 5, 215; (1964) Ibidem 7, 22.

Woordenlijst buitenlandse werknemers. (1969) Ned. T. Geneesk. 113, 1609.

Zaanoordijk, R. W. Ontstekingen in de mondholte. Boerhaave-cursus, Leiden, Vorderingen in de geneeskunde, maart 1970.