Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (III)

DOOR DRS. J. M. G. PERSOON*, SOCIOLOOG, DR. P. H. J. M. HEYDENDAEL*, PSYCHOLOOG EN PROF. DR. F. J. A. HUYGEN**, HUISARTS

Samenvatting. In dit derde artikel worden de bevindingen vermeld ten aanzien van 1642 spoedverrichtingen. De patiënten bleken slechts zelden expliciet om de eigen huisarts te vragen, terwijl de dienstdoende huisarts slechts in 5 procent van de gevallen behoefte had deze te raadplegen. Er wordt een overzicht gegeven van de beoordeling van de urgentie, gezien vanuit de arts en vanuit de patiënt, waarbij onder meer verschillen tussen de zes artsen aan het licht kwamen. Er werd een piek van spoedverrichtingen op vrijdag gevonden. Verbanden met tijdstippen van de spoedverrichtingen, leeftijd en geslacht van de patiënten, aard van de aandoeningen, verwijzingen en ziekenhuisopnamen worden beschreven.

SPOEDVERRICHTINGEN

Zoals in het eerste artikel*** is uiteengezet, is een belangrijk — in het samenwerkingsverband geregeld — punt, dat telkens één van de zes huisartsen voor allen waarneemt voor de spoedverrichtingen of naboodschappen tussen 14.00 uur en 23.00 uur. Voorts is er een regeling voor waarneming tijdens weekends, vakanties en ziekte.

In dit artikel gaat het om de spoedverrichtingen gedurende de werkdagen tussen 14.00 uur en 23.00 uur. Immers, ook bij alleen werkende huisartsen zijn weekend- en vakantiewaarnemingen gebruikelijk; de patiënten zijn hieraan gewend. Het specifieke verschil voor de patiënten van de pseudo-groepspraktijk is juist, dat zij vanaf 14.00 uur tot 23.00 uur niet weten of zij de eigen huisarts zullen krijgen en zo niet, wie van de vijf anderen.

Aangezien tijdens de bijeenkomsten van de zes huisartsen met de begeleidingscommissie slechts subjectieve indrukken konden worden verkregen over de reacties van de patiënten op het samenwerkingsverband, werd besloten tot een onderzoek onder een steekproef van de patiënten en tot een systematisch onderzoek naar de spoedverrichtingen tussen 14.00 uur en 23.00 uur, juist omdat deze voor de patiënten de meest duidelijke confrontatie met het nieuwe samenwerkingsverband vormden. Gedurende een vol kalenderjaar (1969) zijn bij alle spoedverrichtingen door de dienstdoende huisartsen formulieren ingevuld, waarin gegevens waren opgenomen als tijdstip, aard van de verrichting, aard van de aandoening, de urgentie gezien vanuit de patiënt en gezien vanuit de dienstdoende arts, leeftijd en geslacht van de patiënten, het al of niet behoefte gevoelen aan het (telefonisch) raadplegen van de eigen huisarts en het al of niet slagen hierin, het al of niet vragen door de patiënt naar de eigen huisarts, eventueel verwijzingen en ziekenhuisopnamen.

In totaal zijn er 1642 spoedverrichtingen, waarover een dergelijk formulier is ingevuld. Over een aantal verrichtingen zijn niet alle gegevens genoteerd omdat het bijvoorbeeld bij kortdurende telefonische consulten voor de dienstdoende huisarts niet mogelijk was alle gegevens te achterhalen. Bij een beperkt aantal gevallen zijn bepaalde gegevens onbekend omdat de betrokken huisarts deze niet of onduidelijk heeft ingevuld. Van de 1642 spoedverrichtingen zijn er 283 (17,2 procent) door de eigen huisarts, die toevallig de dienstdoende huisarts was, behandeld; in 1359 gevallen (82,8 procent) kregen de patiënten derhalve een andere dan hun eigen huisarts (*tabel 1*). In deze 1359 gevallen vroegen 28 patiënten (2,1 procent) expliciet naar de eigen huisarts. Bij 67 verrichtingen (4,9 procent) van deze 1359 had de dienstdoende huisarts behoefte de eigen huisarts van de betrokken patiënt te raadplegen (*Cobb* vond hiervoor in zijn (veel kleinere) onderzoek van avond- en nachtvisites een percentage van ongeveer 10). In 16 gevallen heeft de dienstdoende huisarts geen poging gedaan de eigen huisarts te bereiken; in 51 gevallen heeft hij dit wel getracht: in 45 gevallen via het geheime telefoonnummer, in zes gevallen via de normale weg. De dienstdoende huisarts slaagde in 36 gevallen bij zijn

Tabel 1. Spoedverrichtingen verdeeld naar dienstdoende huisarts en naar eigen huisarts.

	Eigen huisarts 1	Eigen huisarts 2	Eigen huisarts 3	Eigen huisarts 4	Eigen huisarts 5	Eigen huisarts 6		Totaal
Dienstdoende huisarts 1	47	28	35	22	46	25	1	204
Dienstdoende huisarts 2	47	21	44	32	52	35	2	233
Dienstdoende huisarts 3	28	43	23	22	44	45	1	206
Dienstdoende huisarts 4	48	41	64	34	57	44	2	290
Dienstdoende huisarts 5	51	44	55	33	91	57	2	333
Dienstdoende huisarts 6	69	49	73	39	74	67	5	376
Totaal	290	226	294	182	364	273	13	1.642

* Verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen.
** Hoofd van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut.
*** (1974) huisarts en wetenschap *17*, 23.

pogingen de eigen huisarts te bereiken via het geheime telefoonnummer; in negen gevallen niet; bij de zes pogingen via de normale weg is hij er in alle gevallen in geslaagd.

Resumerend blijkt, dat slechts in een zeer klein aantal gevallen (2,1 procent) patiënten naar de eigen huisarts blijken te vragen en dat in een iets groter, maar toch nog gering aantal gevallen (4,9 procent) de dienstdoende huisarts behoefte heeft de eigen huisarts te raadplegen. Van de 67 keer dat dit het geval was bereikte hij de eigen huisarts 42 maal (62,7 procent) wèl, bereikte hij deze ondanks pogingen daartoe negen maal (13,4 procent) niet en deed hij, om diverse redenen, geen pogingen hem te bereiken in 16 gevallen (23,9 procent).

Ofschoon het aantal patiënten dat naar de eigen huisarts vroeg klein is, hebben wij toch nagegaan of het bepaalde categorieën patiënten betrof. Het blijkt dat het meer oudere patiënten waren ($p < 0{,}01$), vaker particuliere patiënten ($p < 0{,}05$) en dat deze verrichtingen vaker leidden tot een verwijzing ($p < 0{,}05$) en tot een ziekenhuisopname ($p < 0{,}05$).

Wat de 67 patiënten betreft ten aanzien van wie de dienstdoende huisarts behoefte had de eigen huisarts te bereiken, blijken ook enkele voor de hand liggende verbanden te bestaan. Het blijken vaker oudere patiënten te zijn ($p < 0{,}01$), de spoedverrichtingen vinden vaker plaats in de avonduren tussen 20.00 uur en 23.00 uur ($p < 0{,}05$) en de consulten worden vaker gevolgd door verwijzingen ($p < 0{,}05$) en door ziekenhuisopnamen ($p < 0{,}05$). Op grond van deze bevindingen mag onzes inziens worden aangenomen dat de behoefte aan de eigen huisarts, zowel bij de patiënten als bij de dienstdoende arts, in belangrijke mate wordt bepaald door het gegeven dat het om patiënten met relatief ernstige aandoeningen gaat (zie bij de aandoeningen).

Tabel 2. Spoedverrichtingen naar dienstdoende huisartsen en naar mate van urgentie vanuit het gezichtpunt van de patiënt.

	Dringend		Twijfelachtig		Niet dringend		Onbekend		Totaal	
	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage
Huisarts 1	72	35,3	106	52,0	25	12,2	1	0,5	204	100,0
Huisarts 2	194	83,3	7	3,0	32	13,7	—	—	133	100,0
Huisarts 3	125	60,7	48	23,3	28	13,6	5	2,4	206	100,0
Huisarts 4	137	47,3	21	7,2	106	36,6	26	8,9	290	100,0
Huisarts 5	175	52,6	92	27,6	64	19,2	2	0,6	333	100,0
Huisarts 6	251	66,8	3	0,8	122	32,4	—	—	376	100,0
Totaal	954	58,0	277	16,9	377	23,0	34	2,1	1.642	100,0

Tabel 3. Spoedverrichtingen naar dienstdoende huisartsen en naar mate van urgentie vanuit het gezichtspunt van de dienstdoende huisarts.

	Dringend		Twijfelachtig		Niet dringend		Onbekend		Totaal	
	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage
Huisarts 1	61	29,9	121	59,3	21	10,3	1	0,5	204	100,0
Huisarts 2	132	56,6	30	12,9	71	30,5	—	—	233	100,0
Huisarts 3	91	44,2	84	40,8	27	13,1	4	1,9	206	100,0
Huisarts 4	93	31,1	80	27,6	90	31,0	27	9,3	290	100,0
Huisarts 5	107	32,1	179	53,8	44	12,2	3	0,9	333	100,0
Huisarts 6	128	34,0	136	36,2	112	29,8	—	—	376	100,0
Totaal	612	37,3	630	38,4	365	22,2	35	2,1	1.642	100,0

BEOORDELING VAN DE URGENTIE

Bij elke spoedverrichting werd door de dienstdoende huisarts aangegeven of deze dringend, twijfelachtig of niet dringend was. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de beoordeling van de urgentie door de huisarts vanuit het standpunt van de huisarts zelf en de beoordeling door de huisarts vanuit het standpunt van de patiënt. Het is immers mogelijk dat de huisarts zelf een bepaalde verrichting niet dringend acht, maar vanuit het standpunt van de patiënt wel als dringend beoordeelt. Gebleken is dat 954 van de 1642 spoedverrichtingen (58,1 procent) door de huisartsen als dringend vanuit het standpunt van de patiënt zijn beoordeeld en de overige als twijfelachtig of niet dringend (*tabel 2*). Vanuit het standpunt van de arts zelf is (*tabel 3*) dit aantal 612 van de 1642 (37,3 procent). *Hogerzeil* vond in het Zwolse onderzoek van ruim 1200 avond- en nachtvisites een verhouding van „medisch noodzakelijk" (vanuit de arts gezien), „begrijpelijk" (vanuit de patiënt gezien) en „onnodig" van respectievelijk 54,7 - 30,1 - 15,2. De urgentie werd in zijn onderzoek door de arts dus groter en door de patiënt minder groot geacht. Zijn indeling is echter anders, terwijl zijn onderzoek uitsluitend betrekking had op visites en zich ook over de nacht uitstrekte. De artsen van de pseudo-groepspraktijk beoordeelden ruim 22 procent van de verrichtingen als niet dringend. *Van der Meer* kwam in zijn weekend-onderzoek hierover tot het aanzienlijk lagere percentage van 12.

Uit de *tabellen 2 en 3* blijkt verder dat tussen de zes huisartsen aanzienlijke verschillen in beoordeling bestaan. De verschillen zijn zeer groot bij de beoordelingen vanuit het gezichtspunt van de patiënt: van ruim 80 tot 35 procent. De beoordelingen

vanuit het eigen gezichtspunt blijken wat homogener te zijn: vier huisartsen beoordeelden ongeveer eenderde van de verrichtingen als dringend.

De grote verschillen tussen de zes huisartsen in hun beoordelingen van de urgentie vanuit het gezichtspunt van de patiënt deden ons vermoeden dat deze verschillen samenhingen met een min of meer tolerante houding ten opzichte van de patiënten. Wij hebben daarom de rangvolgorde volgens de mate van urgentiebeoordelingen vergeleken met de rangvolgordes volgens de F-scale en volgens de zes S.I.V.-factoren (zie artikel II van deze reeks*). De gevonden negatieve correlatie** ($r = -0{,}71$) voor het verband tussen de F-score en de urgentiebeoordeling vormt een aanwijzing voor de conclusie dat een hoge F-score samengaat met een relatief geringe mate van als urgent beoordeelde na-boodschappen. Evenzo blijken er verbanden te bestaan tussen de R-factor (behoefte om te worden bewonderd en geprezen) en de mate van urgentie-beoordelingen ($r = 0{,}83$) en tussen de L-factor (de behoefte aan anderen leiding te geven) en de mate van urgentie-beoordelingen ($r = 0{,}74$).

Bij drie van de zes huisartsen blijkt een significant verband te bestaan ($p < 0{,}01$) tussen de wijze van verzekering van de patiënten en de urgentiebeoordelingen: bij een relatief groter aantal particulier dan ziekenfondsverzekerden werden door hen de verrichtingen als dringend beoordeeld, zowel gezien vanuit de arts als vanuit de patiënt. Bij twee huisartsen blijken van oudere patiënten relatief vaker de verrichtingen als dringend te zijn beschouwd (in beide opzichten) dan van de jongere ($p < 0{,}01$). Volgens verwachting zijn er zeer significante verbanden tussen de twee urgentie-beoordelingen enerzijds en de aard van het consult, verwijzing en opname anderzijds. Visites blijken vaker als dringend te zijn beoordeeld ($p < 0{,}01$) dan spreekuurconsulten en deze weer vaker dan telefonische consulten. Verrichtingen gevolgd door verwijzing en door opname werden vaker als dringend beoordeeld ($p < 0{,}01$).

* (1974) huisarts en wetenschap *17*, 26.
** Rangcorrelatie-coëfficiënt van Spearman.

SPREIDING EN SOORT VAN DE SPOEDVERRICHTINGEN

Bij de verdeling van de verrichtingen over de maanden van het jaar blijken in de maanden januari, juli en augustus relatief veel spoedverrichtingen te zijn geregistreerd (ruim 9,5 procent per maand) en in de maanden maart, april en mei relatief weinig (ongeveer 7 procent per maand). De overige maanden liggen rond het te verwachten gemiddelde van 8,3 procent.

Bij de beschouwing van de verdeling over de vijf werkdagen blijkt op maandag en dinsdag telkens 20 procent van de spoedverrichtingen te hebben plaatsgevonden, op woensdag en donderdag telkens 17,5 procent en op vrijdag 25 procent. Deze piek op vrijdag is terug te vinden zowel bij mannelijke als vrouwelijke patiënten, bij ziekenfonds- en particulier verzekerden. Van een dergelijke piek is geen spoor te vinden in het Zwolse onderzoek. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de inmiddels ingevoerde vrije zaterdag hiermee verband houdt.

Van de naboodschappen vond 25 procent plaats tussen 14.00 uur en 17.00 uur, ruim 40 procent tussen 17.00 uur en 20.00 uur en ruim 30 procent tussen 20.00 uur en 23.00 uur. De verdeling over de drie tijdsperioden toont geen verschillen over de vijf werkdagen.

Van de late verrichtingen zijn er significant meer voor oudere patiënten ($p < 0{,}05$) geregistreerd. Dit stemt overeen met de bevindingen van het Zwolse onderzoek. Eveneens bij de late verrichtingen bestond bij de dienstdoende arts vaker de behoefte de eigen huisarts van de patiënt te bereiken ($p < 0{,}05$).

Van de na-boodschappen werd 17 procent telefonisch afgehandeld, bij 19 procent kwam de patiënt naar de dienstdoende arts, bij 61,7 procent werd de patiënt thuis bezocht. Dit hoge percentage visites komt goed overeen met de bevindingen bij het weekend-onderzoek van *Van der Meer*. Visites blijken duidelijk vaker plaats te hebben gevonden bij oudere patiënten en bij ziekenfondsverzekerden ($p < 0{,}01$). Visites blijken ook significant vaker ($p < 0{,}01$) te zijn gevolgd door opnamen. Van de spoedverrichtingen wordt 6 procent gevolgd door een verwijzing, 4 procent door een opname. In het Zwolse onderzoek vond men voor opnamen eenzelfde cijfer, namelijk 4,5 procent. In de Engelse onderzoekingen van avond- en nachtvisites van *Marsh en anderen* en *Cobb* komt men tot veel hogere getallen, te weten respectievelijk 16,7 en 25 procent.

KENMERKEN VAN DE PATIËNTEN

Van de spoedverrichtingen betrof 45,4 procent mannelijke, 51,1 procent vrouwelijke patiënten; van 3,5 procent is het geslacht niet bekend. Medio 1969 was 49,73 procent van de Nijmeegse bevolking van het mannelijke en 50,27 procent van het vrouwelijke geslacht. Het is dus duidelijk dat vrouwelijke patiënten vaker ($p < 0{,}05$) spoedverrichtingen vroegen. Ook dit komt overeen met de bevindingen van het Zwolse onderzoek.

Van de patiënten was 17,5 procent particulier en 73,6 procent in een ziekenfonds verzekerd; van 9 procent was de wijze van verzekering niet bekend. Wij kunnen een en ander niet met de praktijkbevolking vergelijken, omdat ons hieromtrent geen exacte cijfers bekend zijn. Wij beschikken wel over een leeftijdsverdeling van de praktijkpopulatie (*tabel 4*). Bij bestudering hiervan blijkt dat vooral kleine kinderen duidelijk veel meer spoedverrichtingen vergden. Dit komt overeen met de uitkomsten van *Van der Meer*. In het Zwolse onderzoek werd dit ook gevonden, al waren de verschillen daar niet zo groot als bij ons onderzoek. Het te Zwolle vastgestelde vaker spoedhulp vragen van ouderen kan in ons materiaal slechts

bij de zeer ouden (80 jaar en ouder) worden bevestigd.

Wanneer wij leeftijd en geslacht met elkaar in verband brengen kunnen wij de Zwolse bevindingen bevestigen dat van de kinderen de jongens en van de volwassenen de vrouwen duidelijk vaker spoedhulp vragen (p = 0,001).

SPOEDVERRICHTINGEN, VERDEELD NAAR DE VERSCHILLENDE CATEGORIEËN AANDOENINGEN

De dienstdoende huisartsen hebben op het door hen voor elke boodschap ingevulde formulier de diagnose, de symptomen of de klachten vermeld.

Tabel 4. Leeftijdssamenstelling van de zes praktijken volgens B.A.Z., van de patiënten met naboodschappen van de partikulier verzekerden en van de ziekenfondsverzekerden.

Jaargroepen	Zes praktijken volgens B.A.Z.*		Patiënten met naboodschappen		Particulier verzekerden		Ziekenfondsverzekerden	
	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage	absoluut	percentage
0- 3	552	6,6	404	26,3	67	24,5	288	25,2
4- 7	562	6,7	144	9,4	26	9,5	103	9,0
8-11	559	6,7	79	5,1	16	5,9	58	5,0
12-15	564	6,7	43	2,8	14	5,1	27	2,4
16-19	650	7,8	47	3,1	9	3,3	36	3,1
20-23	787	9,4	119	7,7	12	4,4	89	7,7
24-27	594	7,1	75	4,9	12	4,4	60	5,2
28-31	407	4,9	62	4,0	7	2,6	53	4,6
32-35	374	4,5	50	3,3	9	3,3	41	3,6
36-39	374	4,5	33	2,1	7	2,6	26	2,3
40-43	372	4,5	76	4,9	9	3,3	66	5,7
44-47	380	4,5	63	4,1	15	5,5	44	3,8
48-51	350	4,2	78	5,1	18	6,6	58	5,0
52-55	336	4,0	35	2,3	10	3,7	23	2,0
56-59	303	3,6	23	1,5	5	1,8	17	1,5
60-63	312	3,7	46	3,0	9	3,3	37	3,2
64-67	287	3,4	37	2,4	6	2,2	30	2,6
68-71	193	2,3	43	2,8	11	4,0	31	2,7
72-75	156	1,9	24	1,6	7	2,6	16	1,4
76-79	122	1,5	15	1,0	1	0,4	13	1,1
⩾ 80	124	1,5	42	2,7	3	1,1	33	2,9
Totaal	8.358	100,1	1.538	100,1	273	100,0	1.149	100,0

Tabel 5. Overzicht van de verdeling van de naboodschappen van de pseudo-groepspraktijk en van het onderzoek in Zwolle 1956 over de verschillende categorieën.

Aandoeningen	Pseudo-groeps praktijk		Zwolle	
	percentage	absoluut	percentage	absoluut
Infectieziekten	28,1	461	19,2	245
Bovenste luchtwegen	10,9	179	8,2	104
Onderste luchtwegen	5,1	83	10,8	137
Circulatie-apparaat	2,8	46	11,2	142
Tractus digestivus	7,1	117	13,0	165
Tractus urinalis	2,6	43	5,1	65
Gynaecologie-obstetrie	3,8	63	5,0	64
Centrale zenuwstelsel	6,7	110	14,4	183
Huid en slijmvlies	2,3	37	2,1	28
Reuma	2,0	33	1,3	17
Ongevallen	9,9	163	4,9	62
Diversen	6,0	98	4,2	54
Onbekend	12,7	209	0,5	7
Totaal	99,9	1.642	99,9	1.273

Dr. G. Bos heeft deze aantekeningen gecodeerd volgens de door Hogerzeil gebruikte criteria. De aldus ontstane indeling is verder gereduceerd tot dertien categorieën. In *tabel 5* geven wij een overzicht, waarin naast de verdeling van de naboodschappen ter vergelijking de verdeling van de spoedverrichtingen van het Zwolse onderzoek van 1956 is opgenomen. Daarbij vallen enige verschillen op: in Nijmegen blijken dertien jaar later infectieziekten en ongevallen vaker te zijn voorgekomen, terwijl aandoeningen van de onderste luchtwegen, van het circulatieapparaat, van de tractus digestivus, de urinewegen en het centrale zenuwstelsel juist minder vaak spoedverrichtingen vereisten.

Wij hebben de verschillende categorieën aandoeningen in verband gebracht met verschillende andere kenmerken. De dag van de week leek dikwijls slechts verband te vertonen met huid- en slijmvliesaandoeningen: deze vergden op dinsdag relatief méér en op donderdag juist minder spoedhulp. Wat de uren van de waarnemingsdiensten betreft: deze hebben wij in drie gelijke perioden ingedeeld: 14.00-17.00, 17.00-20.00 en 20.00-23.00 uur. Daarbij viel ons op dat in de laatste periode gynaecologisch-obstetrische aandoeningen en aandoeningen van de bovenste luchtwegen (keel en oor) relatief minder vaak en aandoeningen van de onderste luchtwegen en van de tractus digestivus juist vaker spoedverrichtingen vroegen.

Tussen de dienstdoende artsen waren er in zoverre belangwekkende verschillen dat drie van hen zelden of nooit en de drie anderen in ongeveer eenderde van de gevallen „aard van de aandoening onbekend" hadden ingevuld. Er was wat dit betreft geen verband met de rangorde van de F-scale (mate van autoritaire instelling) vast te stellen.

Wat het geslacht betreft: mannen (jongens) vergden vaker hulp voor infectieziekten.

Met de mate van urgentie, zowel gezien vanuit de arts als vanuit de patiënt, leken duidelijke verbanden te bestaan. Huid-, slijmvlies- en reumati-

sche aandoeningen werden minder vaak als urgent beoordeeld, aandoeningen van de onderste luchtwegen, van de tractus circulatorius, -digestivus -urogenitalis en het zenuwstelsel juist vaker, evenals gynaecologisch-obstetrische aandoeningen en ongevallen.

Behoefte de eigen huisarts te raadplegen werd nimmer vermeld bij huid- en slijmvliesaandoeningen, maar relatief vaak bij aandoeningen van het circulatie-apparaat en het zenuwstelsel.

Verwijzingen kwamen niet voor bij huid- en slijmvliesaandoeningen, zeer zelden bij infectieziekten, maar juist relatief vaker bij aandoeningen van de tractus circulatorius en -digestivus en bij ongevallen. De ziekenhuisopnamen toonden een dergelijk beeld, maar kwamen ook relatief vaker voor bij gynaecologisch-obstetrische aandoeningen en bij aandoeningen van het centrale zenuwstelsel, terwijl dit bij 179 aandoeningen van de bovenste luchtwegen slechts éénmaal het geval was.

Tenslotte hebben wij het verband tussen de verschillende categorieën aandoeningen en de leeftijd bestudeerd. Daarbij bleken bij 0-1-jarigen infectieziekten en aandoeningen van de bovenste luchtwegen vaker voor te komen, reuma en ongevallen juist minder vaak, terwijl aandoeningen van de tractus circulatorius en urinalis niet voorkwamen. Hetzelfde geldt voor de 2-5-jarigen; bij hen werden echter óók relatief vaker ongevallen en aandoeningen van de onderste luchtwegen geconstateerd, terwijl reumatische aandoeningen ontbraken en aandoeningen van het zenuwstelsel zeer zelden voorkwamen. Kinderen van 6-20 jaar toonden een overeenkomstig beeld, maar infectieziekten en aandoeningen van de onderste luchtwegen namen bij hen niet in betekenis toe, terwijl dit met betrekking tot huid- en slijmvliesaandoeningen wel het geval was.

Op 21-44-jarige leeftijd kwamen vooral voor: urogenitale, gynaecologisch-obstetrische en reumatische aandoeningen. Bij 45-64-jarigen waren het aandoeningen van de tractus circulatorius, de tractus-urinalis en van het centrale zenuwstelsel, terwijl aandoeningen van de bovenste luchtwegen juist minder vaak werden gezien. Dit laatste geldt voor boven de 64 jaar nog veel sterker evenals voor infectieziekten. Aandoeningen van de tractus circulatorius bleken boven de 64 jaren uitermate sterk te overheersen. Reumatische aandoeningen nemen hier in betekenis toe, terwijl huid- en slijmvliesaandoeningen vrijwel niet voorkwamen.

Deze medische bevindingen overziende kunnen wij vaststellen, dat zij in het algemeen overeenstemmen met de verwachtingen en dat zij goed verklaarbaar zijn.

Summary. Studies on a pseudo-group practice, III. In this third paper, the findings relating to 1,642 emergency calls are reported. Patients rarely asked for their own family practitioner, and the private practitioner on duty only felt the need of consulting him in 5 per cent of the cases. Estimates of the degree of urgency by practitioners and patients (which, among others, disclosed differences between the six practitioners) are reviewed. Emergencies were found to reach a peak on Fridays. Relationships with the times at which emergency calls were made, the age and sex of patients, the character of the conditions, referrals and admissions to hospital are discussed.

Cobb, J. S. (1972) Update *4*, 561-568.
Hogerzeil, H. H. W. (1957) huisarts en wetenschap *1*, 25-32.
Marsh, G. N., R. A. McNag en J. Whewell (1972) Brit. med. J. I, 487.
Meer van der, K. (1973) huisarts en wetenschap *16*, 223-228.

De huisartsgeneeskunde in beweging

Niet alleen in ons land, maar ook in de ons omringende landen is de ontwikkeling van de eerstelijnsgeneeskunde in gang gekomen. Deze dynamiek bleek uit het internationale congres voor huisartsgeneeskunde in Igls, gehouden van 17 tot 23 september 1973. Dit congres bestond uit twee delen. De eerste helft was gericht op de nascholing van huisartsen en werd vrijwel geheel door huisartsen verzorgd. Deze doe-het-zelf-gedachte was één der doelstellingen van de congresleiding: vrijwel alle referaten werden door huisartsen gemaakt en voorgedragen. Voorts wenste de congresleiding een ruime mogelijkheid tot discussie en uitwisseling van ervaringen. Beide doelstellingen zijn zeker bereikt.

De huisartsen, die referaten hielden, kwamen voornamelijk uit de Bondsrepubliek (B.R.D.), Oostenrijk (O.) en de Duitse Demokratische Republiek (D.D.R.). Deze huisartsen waren merendeels „Lehrbeauftragte", iemand, die in een bepaald vak mag doceren en daarvoor wat ruimte en tijd beschikbaar krijgt gesteld bij een bepaalde faculteit, terwijl hij daarvoor nauwelijks of geen vergoeding krijgt. De Bondsrepubliek kent negentien Lehrbeauftragten, Oostenrijk twee en Frankrijk had er aan het eind van het congres één.

De voordrachten omvatten de volgende onderwerpen: E.H.B.O., het hyperventilatie-syndroom, diagnostiek van de acute buik- en borstpijn en het myocardinfarct in de huisartspraktijk. Voorts besteedde men aandacht aan chronische aandoeningen: hypertensie, langdurig gebruik van antibiotica bij bepaalde aandoeningen, jicht en psychosomatiek.

Op de derde dag van het nascholingscongres werd aandacht besteed aan de patiënt en zijn omgeving, gastarbeidersproblematiek, sociologie en geneeskunde, data-verwerking van sociale gegevens per computer en seksuologie in de algemene praktijk. De serie werd afgesloten door een lezing van Byrne, over de integra-