

Het raadplegen van de diagnost

Over het gebruik maken van de medisch-technische onderzoekfaciliteiten in de huisartspraktijk

F. W. J. PUIJLAERT EN M. C. I. M. DIERICK*

In de relatie huisarts-specialist wordt functioneel een onderscheid gemaakt tussen de diagnost die door de huisarts wordt geraadpleegd en de ziekenhuisarts aan wie de patiënt wordt overgedragen. De term „overdragen” wordt in dit artikel bewust gebezigd als alternatief voor „verwijzen” van de patiënt.

Het raadplegen van de diagnost (voor röntgen -, chemische -, microbiologische/immunologische -, electrocardiografische - en patholoog-anatomische diagnostiek) door de huisarts houdt in, dat hij met behoud van de volledige verantwoordelijkheid de patiënt meer heeft te bieden. Aan de hand van de verkregen resultaten kan hij de patiënt vaak meteen geruuststellen, een gerichte behandeling thuis instellen of samen met de patiënt overleggen waar de behandeling moet plaatsvinden waarop hij met een goed onderbouwde diagnose aan de arts in het ziekenhuis wordt overgedragen.

Door analyse van de diagnostische raadplegingen in de huisartspraktijk wordt een overzicht van een deel van de praktijkuitoefening verkregen, waardoor de mogelijkheid wordt geopend op dit punt praktijken onderling te vergelijken (onder meer van belang voor toetsing).

De diagnosten nemen een soort transmurale plaats in tussen de extra- en intramurale gezondheidszorg, tussen de huisarts en de ziekenhuisarts (*Van der Drift*). Zij staan ten dienste van beiden, ook al zijn de diagnostische voorzieningen nog veelal binnen het ziekenhuis gelegen. De streeklaboratoria voor bacteriologie en pathologische anatomie liggen meestal evenals de huisartsenlaboratoria centraler.

Verwacht wordt dat bij meer gebruik maken van de diensten van diagnosten een herwaardering van het werk van de huisarts mogelijk is, waarbij de positie van de huisarts ten opzichte van de ziekenhuisarts en de patiënt wordt versterkt, terwijl de huisarts meer werk te doen krijgt en meer voldoening in zijn

werk ondervindt. Voorts komt de inspraak van de patiënt vóór de noodzakelijke overdracht aan de ziekenhuisarts - met veelal de onvermijdelijke ziekenhuisopname - beter tot haar recht (*Mertens*). Doordat vele overdrachten aan ziekenhuisartsen bij



vooraangaande raadpleging van de diagnost overbodig worden, neemt het aantal ziekenhuisopnamen vanuit de huisartspraktijk af. Uitsluitend met het oog op het onderzoek voorgenomen ziekenhuisopnamen kunnen tevens met deze werkwijze worden vermeden.

De hiervoor gedane uitspraken zijn deels veronderstellingen, deels gevolgtrekkingen uit een zich over enkele jaren uitstrekkend onderzoek naar de rol van de diagnost in onze huisartspraktijk.

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is na een algemeen oriënterend onderzoek te

komen tot een analyse van de eigen huisartspraktijk en een portretvorming van de praktijkuitoefening.

Algemeen oriënterend onderzoek. Voorafgaand aan het eigenlijke onderzoek is een algemeen oriënterend onderzoek onder radiodiagnosten, klinisch chemici (hoofden van laboratoria), huisartsenlaboratoria en bacteriologen gedaan, ten einde aard en frequentie van de met huisartsen onderhouden contacten na te gaan.

Praktijkanalyse. Een inventaris maken van het benutten van de door de diagnosten geboden onderzoekfaciliteiten in onze huisartspraktijk.

Portretvorming van de praktijkuitoefening. Het aan de hand van de verzamelde jaarcijfers, betreffende raadplegingen, overdrachten en ziekenhuisopnamen te schetsen beeld van de praktijkuitoefening.

Algemeen oriënterend onderzoek

Uit een oriënterend onderzoek (*Dierick en Puijlaert; F. Puijlaert 1978*) bleek dat in 1974 in Nederland 55 procent van de huisartsen zelden of nooit bij radiodiagnosten te rade ging. Gemiddeld werd slechts tien procent van het totale werk van de radiodiagnost op verzoek van de huisarts gedaan. Bij de klinisch chemici was dit nog geen zes procent. De streeklaboratoria, die de inbreng van de huisartsen node missen, spraken ronduit van „under-use” door de huisartsen; slechts achtentertig procent van de huisartsen raadpleegde de streeklaboratoria, die voor negentig procent voor de ziekenhuisartsen werken.

De huidige beschikbaarheid van en toegankelijkheid tot deze transmurale hulp blijkt vrijwel onbepaald te zijn, hoewel het geringe gebruik van de hier vermelde faciliteiten aan de ontoegankelijkheid van de ziekenhuislaboratoria voor de huisartsen van weleer herinnert. De uitstekend functionerende huisartsenlaboratoria ontlenen immers hieraan hun ontstaan en bestaan.

Vijftienhonderd huisartsen zijn op deze huisartsenlaboratoria aangewezen, van wie er meer dan duizend dikwijls van gebruik maken. De specifieke gerichtheid van huisartsenlaboratoria en prikdiensten op de behoeften van de huisartspraktijk blijkt hieruit.

Wat betreft het gebruik van transmurale hulp blijkt er een duidelijk omschreven pakket onderzoeken te bestaan, waaraan de huisarts behoefte heeft. Tenslotte blijkt er onder de diagnosten een grote mate van bereid-

* Huisartsen te Sas van Gent.

heid te bestaan voor huisartsen te werken, waarbij zelfs van een sleutelpositie van de diagnosten met betrekking tot de huisartsen sprake is. Hierop wordt in het verdere betoog teruggekomen.

Discussie

De versterking van de eerstelijns gezondheidszorg staat sedert geruime tijd in het brandpunt van de belangstelling. In 1972 verklaarde de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne *Stuyt*, dat de met behulp van de medisch-technische apparatuur verkregen diagnostische resultaten aan de huisartsen ter hand moesten worden gesteld. Uit hetzelfde Haarlem waar de internist *Stuyt* voorheen werkzaam was, kwam al in 1966 van de huisarts *De Haan* een pleidooi voor het meer openstellen van ziekenhuisfaciliteiten voor de huisarts.

Na de ministeriële uitspraak in 1972 verbaasde *Mansvelt* zich erover, dat de huisarts maar bezig bleef met zijn eenvoudige, vooroorlogse apparatuur, terwijl de medische techniek binnen de ziekenhuismuren zo'n hoge vlucht had genomen.

In 1973 omschreef *Schipper* de vijf belangrijkste onderzoekfaciliteiten van de huisarts: röntgenologie, chemie, bacteriologie, electrocardiografie en pathologische anatomie. De laatste niet alleen voor de beoordeling van de cervixuitstrijkjes, maar ook voor de obductie van de thuis overleden ziekenfondsverzekerden.

In publikaties van *Huygen* en *De Melker* (1973 en 1975) werd al eerder gewezen op het grote belang van het door de huisarts zelf uitgevoerde onderzoek vóór een eventuele overdracht van de patiënt aan de ziekenhuisarts. Uit recente publikaties (*Prins; Crebolder; C. Puijlaert*, 1977) bleek dat de achterstand op dit gebied in Nederland langzamerhand wordt ingelopen.

Het gebruik van de voornoemde vijf belangrijkste onderzoekfaciliteiten als geïntegreerd onderdeel in het diagnostische werk van de huisarts zou een versterking van de eerstelijns gezondheidszorg kunnen betekenen. Het begin van de taak van de huisarts ligt in de diagnostiek, voorwaarde van iedere vorm van medisch handelen. Men moet weten wát men behandelt om te weten hóe men verder moet handelen: overdragen aan de ziekenhuisarts, behandeling thuis met de mantelzorg van het eigen huis én de huisarts, of de patiënt terugbrengen buiten de medische sfeer (terug naar huis, de zelfzorg), zonodig

met behulp van het maatschappelijk werk of pastorale en psychiatrische begeleiding (*Hattinga-Verschure*, 1972, 1977).

Praktijkanalyse

Gedurende de jaren 1973 tot en met 1977 hebben wij in onze huisartspraktijk een inventaris gemaakt van het door ons gemaakte gebruik van de door de diagnosten geboden onderzoekfaciliteiten.

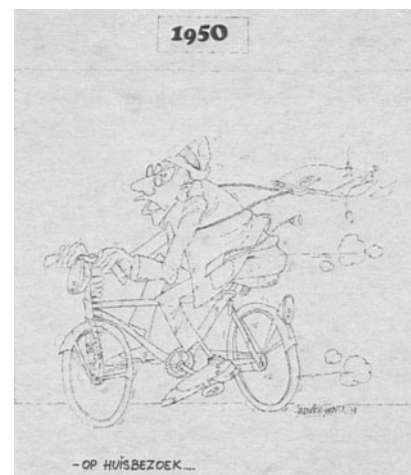
Onze praktijk telt ongeveer zesduizend zielen, vijfenveertighonderd ziekenfondsverzekerden en ongeveer vijftienhonderd (vijfhonderd gezinnen) particulier verzekerden. Het praktijkgebied is gelegen in de zwaar geïndustrialiseerde grensgemeente Sas van Gent, het meer landelijke Westdorpe en Zuiddorpe en voorts noord-oostelijk tot in Philippine en Sluiskil. In Sluiskil bevindt zich het streekziekenhuis met het laboratorium voor microbiologie/immunologie; de afstand tot Sas van Gent bedraagt ongeveer zes kilometer.

Ten einde een indruk te kunnen geven van de in onze huisartspraktijk bestaande medische consumptie telden wij gedurende een jaar het aantal consulten en huisbezoeken. Dit leverde een totaal van drieëntwintigduizend op, hetgeen neerkomt op een gemiddelde van iets minder dan vier contacten per ziel per jaar.

Het verwijzingspercentage bedroeg 49 in 1973 en 50 in 1974; het aantal ziekenhuisopnamen (inclusief de normale bevallingen) behoorde met 160 per duizend tot het hoogste van Nederland. Tot voor enkele jaren bedroeg het aantal bevallingen in onze praktijk steeds ongeveer honderdtwintig per jaar; de laatste tijd is een teruggang te constateren tot ongeveer zestig per jaar. Het aantal bejaarden steeg van 120 per duizend in 1972 tot 135 per duizend in 1977. De invloed van de industrie is merkbaar aan een stagnerende bevolkingsgroei.

Informatieverzameling

Over de periode 1973 tot en met 1977 telden wij de diagnostische onderzoeken op chemisch, bacteriologisch en radiodiagnostisch (met ingang van 1975) gebied. Ook de door onszelf gemaakte electrocardiogrammen en de intussen op gang gekomen contacten met de patholoog-anatoom kwamen voor telling in aanmerking. Het gastroscopisch onderzoek viel hier buiten,



omdat dit pas in 1977 op gang kwam. Met ingang van 1975 kwam in het streekziekenhuis te Sluiskil na veel aandrang van de huisartsen een radiodiagnost ter beschikking. Met het chemisch laboratorium van dit ziekenhuis werkten wij al langer samen, evenals met het bacteriologisch streeklaboratorium. Overleg met de klinisch chemicus en de microbioloog-immunoloog leidde tot een betere organisatie en verder tot een verbetering en uitbreiding van de door ons aangevraagde onderzoeken.

Node missen wij de electrocardiodiagnost; de internist bleek zich hiervoor niet gaarne te lenen. Sinds 1971 maakt een van ons (*Dierick*) – na de cursus Vonk in Nijmegen te hebben gevolgd – de electrocardiogrammen. Het onderzoek van de cervixafstrijkjes leidde tot intensievere contacten met de patholoog-anatoom. Het aantal obducties is helaas te verwaarlozen.

Met enige moeite en de welwillende medewerking van de diagnosten en/of hun assistentes bleek het materiaal goed toegankelijk. Naar onze mening zijn de gegevens betrouwbaarder en sneller aldaar te verkrijgen dan door verzameling van de eigen patiëntenkaarten.

Wij telden per jaar het totale aantal raadplegingen en het aantal raadplegingen per duizend zielen; voorts het totale aantal onderzoeken en het gemiddeld aantal onderzoeken per onderzochte (raadpleging). Vervolgens maakten wij een lijst van de aard van de onderzoeken en werd een jaarverslag gemaakt – een evaluatie aan de hand van de verkregen jaarresultaten, waarin ook het overleg met de diagnosten en een kritische bespreking van de uitkomsten was verwerkt. Tenslotte werd een overzicht van de financiële consequenties opgesteld.

Het gebruik van de diagnostische faciliteiten – uit te drukken in aantal en aard van de onderzoeken – is uiteraard de resultante van de behoefte (belangstelling) en de beschikbaarheid (toegankelijkheid). De huisarts kan geen belangstelling (meer) hebben in nader onderzoek of de beschikbaarheid van de faciliteiten kan te lijden hebben door ontoegankelijkheid (afstand). Het gebruik van één of meer onderzoeksfaciliteiten kan zelfs nihil zijn. Zo heeft onze sterk gevoelde behoefte met betrekking tot post mortem onderzoek niet tot resultaat geleid. Dit is landelijk en internationaal een euvel (Westhoff; Ashton). Zolang geen geld voor obducties ter beschikking wordt gesteld, is op dit gebied de toegankelijkheid voor verzekeren nihil.

Informatieverwerking

In het hierna volgende geven wij overzichten van het gebruik in onze praktijk van de radiodiagnostiek in 1976 (tabel 1), de chemische diagnostiek over de jaren 1973 tot en met 1977 (tabel 2) en alle diagnostische raadplegingen in 1976 (tabel 3).

In 1976 werden in onze praktijk in totaal 1142 radiodiagnostische onderzoeken gedaan bij 740 patiënten. De radiodiagnost werd dus 740 maal geraadpleegd, hetgeen 123 raadplegingen per duizend zielen betekent. Per raadpleging vond 1,54 onderzoeking plaats. In 35 procent van de onderzoeken werd een afwijking gevonden. De kosten van deze onderzoeken bedroegen gemiddeld per ziel per jaar in 1976 f 8,56.

In 1976 leverde 22 procent van de chemische diagnostische onderzoeken een afwijkende uitkomst op. Aan de hand van de in het voorgaande

Tabel 1. Het gebruik in 1976 in de onderzochte praktijk van de radiodiagnostiek bij in totaal 740 raadplegingen (patiënten), ingedeeld naar aard van het onderzoek en aantal onderzoeken (tussen haakjes in procenten).

Onderzoek	Aantal
Traumatologie/extremiteten	252 (22,06)
Wervelkolom	164 (14,36)
Thorax	169 (14,80)
Maag	153 (13,40)
Galblaas	114 (9,98)
Oesophagus	65 (5,69)
Colon	43 (3,77)
Intraveneus pyelogram	73 (6,39)
Schedel/sinus	59 (5,17)
Mamma	43 (3,77)
Diversen	7 (0,61)
Totaal	1142(100,00)

Tabel 2. Het gebruik van de chemische diagnostiek in de jaren 1973 tot en met 1977 in de onderzochte praktijk, ingedeeld naar totaal aantal raadplegingen, aantal raadplegingen per duizend zielen, totaal aantal onderzoeken, gemiddeld aantal onderzoeken per raadpleging en gemiddelde kosten per ziel per jaar.

Jaar	Aantal raadplegingen	Raadplegingen per 1000 zielen	Aantal onderzoeken	Gemiddeld aantal onderzoeken per raadpleging	Totale kosten in gulden per ziel per jaar
1973	352	58	1880	5,34	1,17
1974	445	74	3143	7,06	2,87
1975	559	93	3856	6,90	4,07
1976	793	132	5338	6,73	7,93
1977	799	133	5842	7,31	8,83

verstrekke gegevens is het mogelijk een jaarverslag te maken zoals Borchart voor het raadplegen van de radiodiagnost beschreef. In zo'n jaarverslag komt de aard van de gebruikte onderzoeken duidelijk tot uitdrukking, waarbij over- en ondergebruik aan het licht kunnen komen en kan blijken of het gebruik up to date en efficiënt is. Voorts kunnen kosten zichtbaar worden gemaakt. Men verkrijgt aldus een totaalbeeld van de raadplegingen, dat een duidelijke indruk van de huisarts als raadpleger kan geven. Genormeerd naar duizend zielen worden jaren en verschillende praktijken vergelijkbaar en toegankelijk voor nadere studie in de zin van nascholing.

Raadplegen impliceert terugkomen van de patiënt, hetgeen meer werk voor de huisarts betekent, maar de patiënt meer inspraak geeft in de verder te volgen (be)handeling.

Portretvorming van de praktijkuitoefening

Onder portretvorming van de praktijkuitoefening verstaan wij het aan de hand van de verzamelde jaarcijfers, betreffende raadplegingen, overdrachten en ziekenhuisopnamen te schetsen beeld van de praktijkuitoefening. De verschillende relevante gegevens zijn van het LISZ via het plaatselijke ziekenfondskantoor gemakkelijk te verkrijgen. Over 1974, 1975, 1976 en 1977 is het aantal verwijskaarten per duizend ingeschreven ziekenfondsverzekerden – gedifferentieerd naar specialisme – verkrijgbaar.

Bij het vaststellen van het aantal verwijskaarten dient men echter met de pseudooverwijzingen (Pel) rekening te houden en in mindering te brengen. Pseudo-verwijzingen zijn de verwijskaarten, die de huisartsen voor de oogarts moeten uitschrijven, de herhalingskaarten en de achteraf te tekenen verwijskaarten voor verzekeren die op eigen initiatief de EHBO van een ziekenhuis bezochten.

Tabel 3. Het gebruik in 1976 in de onderzochte praktijk van de verschillende diagnostische technieken naar aantal raadplegingen (tussen haakjes per duizend zielen).

Raadplegingen	Aantal
Radiodiagnostiek	740 (123)
Chemische diagnostiek	790 (132)
Microbiologische/immunologische diagnostiek	635 (106)
Elektrocardiografische diagnostiek	67 (11)
Pathologisch anatomische diagnostiek (78 papsmeers; 1 obductie)	79 (13)
Totaal	2311 (385)

Voorts is van het LISZ het aantal ziekenhuisopnamen per huisartspraktijk per duizend verzekeren in de jaren 1974, 1975, 1976 en 1977 verkrijgbaar. Het aantal opnamen, voortkomend uit de door de huisarts geleide fysiologische bevallingen is hierbij helaas niet separaat aangegeven. Het telt als zodanig uiteraard niet mee, daar het geen medische indicatie betreft en dient dan ook op het totale aantal ziekenhuisopnamen in mindering te worden gebracht.

Tabel 4. Jaarcijfers betreffende de verschillende diagnostische raadplegingen, de overdrachten en de ziekenhuisopnamen van patiënten in de onderzochte huisartspraktijk in 1976 per duizend zielen.

Raadplegingen	Aantal
Radiodiagnostiek	123
Chemische diagnostiek	132
Microbiologische/immunologische diagnostiek	106
Elektrocardiografische diagnostiek	11
Pathologisch anatomische diagnostiek	13
Totaal raadplegingen	385
Overdrachten	
Verwijskaarten	383
Pseudo-verwijzingen (83 oogarts; 80 herhalingskaarten)	-163
Totaal overdrachten	220
Ziekenhuisopnamen	
Ziekenhuisopnamen	117,5
Ziekenhuisopnamen voor fysiologische bevalling	-12,5
Totaal ziekenhuisopnamen	105

Tabel 5. Jaarcijfers betreffende de verschillende diagnostische raadplegingen, de overdrachten en de ziekenhuisopnamen van patiënten in de onderzochte huisartspraktijk in 1973 tot en met 1977 per duizend zielen.

	1973	1974	Aantallen 1975	1976	1977
Raadplegingen					
Radiodiagnostiek	0	0	66	123	140
Chemische diagnostiek	58	74	93	132	133
Microbiologische/immunologische diagnostiek	69	65	66	106	103
Elektrocardiografische diagnostiek	14	13	14,5	11	14
Pathologisch anatomische diagnostiek (papsmeers en obducties)	0	1	5	13	14
Totaal raadplegingen	141	153	244,5	385	404
Overdrachten					
Verwijskaarten	490	500	385	383	350
Pseudoverwijzingen	±160	±165	±150	163	150
Totaal overdrachten	330	335	235	220	200
Ziekenhuisopnamen					
Ziekenhuisopnamen	160	160	138,5	117,5	117,5
Ziekenhuisopname voor fysiologische bevalling	17	20	15,5	12,5	6,5
Totaal ziekenhuisopnamen	143	140	123	105	111

In tabel 4 is het portret van onze praktijkuitoefening in 1976 weergegeven.

In tabel 5 zijn de jaarcijfers betreffende onze praktijk over 1973 tot en met 1977 weergegeven. Het aantal herhalingskaarten in 1973, 1974 en 1975 was niet precies te achterhalen. Daar dit aantal in 1976, 80 en in 1977, 75 promille bedroeg, werd dit getal voor 1973, 1974 en 1975 op ± 80 promille gesteld.

Uit tabel 5 blijkt duidelijk dat als gevolg van de komst van de radiodiagnost in 1975 het aantal overdrachten vanaf dat jaar daalde. Het aantal ziekenhuisopnamen neemt op het eerste gezicht drastisch af. Het aantal raadplegingen groeide, terwijl het aantal overdrachten daalde. Terwijl in 1977 slechts tweehonderd maal contact is geweest met de

ziekenhuisartsen over een overdracht, was in hetzelfde jaar 404 maal contact met een diagnost.

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de overdrachten, gerangschikt naar de verschillende specialismen in de jaren 1974 tot en met 1977 in de onderzochte huisartspraktijk. De verschillende in de tabel verwerkte gegevens zijn via het LISZ te verkrijgen. Om een indruk van het pseudo-verwijspercentage te krijgen, zal men gedurende bijvoorbeeld een half jaar alle verwijskaarten moeten tellen, ingedeeld naar specialisme en nieuwe kaart/herhalingskaart.

Bij tabel 6 zijn de volgende kanttekeningen te maken. Het is duidelijk dat behalve de toename van het aantal raadplegingen gedurende de onder-

Tabel 6. Jaarcijfers uit de onderzochte huisartspraktijk betreffende het totale aantal verwijskaarten, gerangschikt naar de verschillende specialismen in de jaren 1974, 1975, 1976 en 1977.

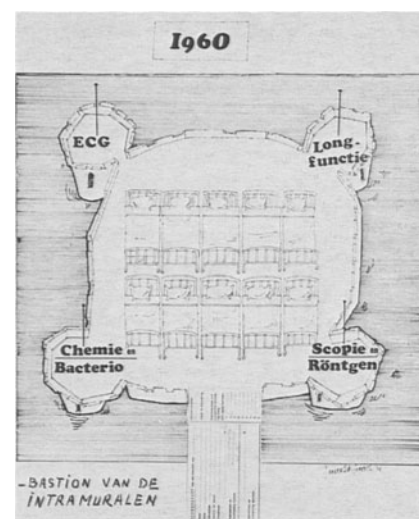
Specialismen	Totale aantal verwijskaarten			
	1974	1975	1976	1977
Oogheekunde	423	345	411	368
Keel-, neus- en oorheekunde	232	175	130	132
Chirurgie	695	499	500	422
Orthopedie	52	68	66	46
Urologie	4	7	8	8
Gynaecologie/verloskunde	137	121	120	164
Neurologie/psychiatrie	129	99	90	96
Huidziekten	58	53	44	30
Kinderziekten	100	54	57	40
Interne geneeskunde	334	294	234	190
Reumatologie	7	8	18	12
Diversen (o.m. longziekten & cardiologie)	44	19	32	36
Totale aantal verwijskaarten	2215	1742	1710	1544
Totale aantal ziekenfondsverzekerden	4425	4520	4466	4400
Verwijspromillage	500	385	383	350
Pseudo-verwijspromillage	165	150	163	150
Totaal aantal overdrachten per duizend zielen	335	235	220	200

zochte jaren, ook andere factoren in het spel zijn, die het verwijspromillage beïnvloeden. Zo neemt het aantal verwijzingen naar de keel-, neus- en oorarts en de kinderarts gedurende de onderzochte jaren waarschijnlijk door daling van het geboortecijfer af.

De grootste verliezer lijkt de chirurg, doordat hij voor de komst van de radiodiagnost in 1975 de traumatologie en de uitsluiting van de fracturen voor zijn rekening nam; de daling van 500 verwijskaarten in 1977 maar 422 verwijskaarten voor de chirurg in 1977 staat hier geheel buiten, omdat sedert 1977 het aanmeten van steunzolen in de eigen huisartspraktijk door een steunzoolexpert gebeurt.

Tenslotte vestigen wij de aandacht op de daling van het aantal overdrachten aan de internist, welke zich in de onderzochte jaren gestaag voortzet.

In tabel 7 wordt tot besluit een overzicht gegeven van de naar de ver-



schillende specialismen gerangschikte ziekenhuisopnamen van de patiënten uit de onderzochte huisartspraktijk gedurende 1973 tot en met 1977. Hierbij valt op te merken dat de vermindering van de ziekenhuisopname van chirurgische patiënten in 1976 samenvalt met de sluiting van een beddenafdeling van het ziekenhuis; in 1977 is er herstel.

Voorts wordt er de aandacht op gevestigd dat gedurende de onderzochte jaren de opnamecijfers voor de interne geneeskunde evenals het aantal overdrachten naar de internist duidelijk afnemen.

De verschuiving van het aantal ziekenhuisopnamen voor interne geneeskunde naar chirurgie als gevolg van het raadplegen, lijkt ons in de lijn van de verwachtingen te liggen.

Tabel 7. Naar de verschillende specialismen gerangschikte opnamen in het Streekziekenhuis te Sluiskil en elders van patiënten uit de onderzochte huisartspraktijk (met uitzondering van de voor een fysiologische bevalling opgenomen patiënten) gedurende de jaren 1973 tot en met 1977.

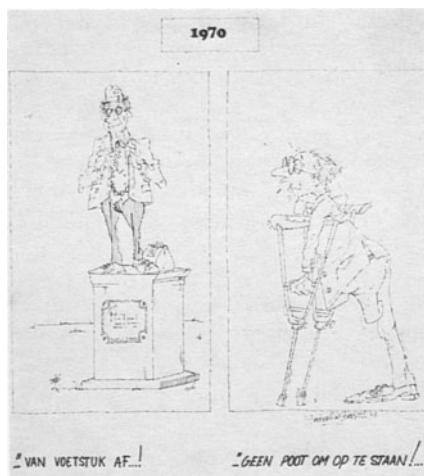
Specialismen	Totale aantal ziekenhuisopnamen				1977
	1973	1974	1975	1976	
Oogheekkunde	16	27	18	13	23
Keel-, neus- en oorheekkunde	173	156	149	127	104
Chirurgie	272	275	227	191	227
Gynaecologie	32	41	35	33	50
Obstetrie	13	8	5	8	11
Huidziekten	0	1	0	0	0
Neurologie/psychiatrie	34	31	27	37	26
Kinderziekten	41	58	40	37	45
Moeder en baby	101	119	93	76	40
Interne geneeskunde	217	176	175	118	117
Totaal (1)	899	892	767	640	643
Jaarlijks worden ongeveer 60 patiënten elders in Nederland en België opgenomen (plus) (2)	—	—	—	—	—
Totaal (1) + (2)	961	959	833	706	703
Ziekenhuisopnamen voor fysiologische bevalling (min) (3)	101	119	93	76	40
Totaal aantal ziekenhuisopnamen (1) + (2) — (3)	860	840	740	630	663
Totaal aantal ziekenhuisopnamen per duizend zielen	143	140	123	105	111

Samenvatting. Het raadplegen van de diagnost. Over het gebruik maken van de medisch-technische onderzoekfaciliteiten in de huisartspraktijk. Een praktijk wordt, lettend op raadplegingen van diagnosten, en overdrachten en ziekenhuisopnamen van patiënten, in beeld gebracht. Jaarlijkse tellingen van de raadplegingen staan nadere studie van het gebruik van de onderzoekfaciliteiten toe: welk pakket onderzoeken wordt gehanteerd, hoeveel patiënten komen per jaar voor nader onderzoek in aanmerking, wat zijn de desbetreffende kosten?

De diagnosten blijken een belangrijke rol te spelen als informatiebron bij de instructie en bij de nascholing van de huisarts. De huisarts krijgt weliswaar bij optimaal gebruik maken van de verschillende diagnosten meer werk te doen, maar verwacht mag worden dat hij meer voldoening in zijn werk krijgt. De inspraak van de patiënt, ook vóór de eventuele overdracht kan beter tot haar recht komen, terwijl de patiënt meer uitleg over wat er met hem gebeurt mag verwachten.

Portretvorming van de praktijkuitoefening, het aan de hand van de verzamelde jaarcijfers, betreffende raadplegingen, overdrachten en ziekenhuisopnamen te schetsen beeld van de praktijkuitoefening, verschaft een duidelijk beeld van het bezig zijn van de huisarts.

(1979) huisarts en wetenschap 22, 196



Het staat nadere studie toe van de praktijkuitoefening per jaar en in de loop der jaren en maakt in het algemeen huisartspraktijken meer toegankelijk voor nadere studie en onderlinge toetsing.

Summary. Consulting the diagnostician. Utilization of technical facilities for medical examination in general practice. A practice is portrayed with special reference to consultation of diagnosticians, transfers and referrals to hospital. Annual counts of consultations permit a more detailed study of the use made of diagnostic facilities:

which examinations are made, how many patients are considered annually for further examination, what are the costs involved?

The diagnosticians continue to play an important role as a source of information in the instruction and post-graduate training of general practitioners. While optimal utilization of the various diagnosticians' services increases the work load of the general practitioner, it can also be expected to enhance his satisfaction with his work. It does justice to patient participation, even before a possible transfer, and the patient can expect more information on what is happening with him.

Practice profiles – outlining practice management on the basis of annual figures on consultations, transfers and referrals to hospital – provide a distinct picture of the general practitioner's activities. They permit a more detailed study of practice management per annum and in the course of the years, and generally make general practices more accessible to further study and comparative evaluation.

Ashton, J. en anderen. (1976) Update 12, 1019-1022.

Borchart, E. K. en anderen (1974) Patient Care 8, 24-38; 41-65; 128-138; 141-151 en 155-167.

Crebolder, F. J. M. (1977) huisarts en wetenschap 20, 43-52.

Dierick, M. C. I. M. en Puijlaert, F. W. J. (1975) Radiology clin 44, 610-611.

Drift, L. van der (1973) Medisch Contact m.c. (1973), 28, 727-728.

Haan, M. C. de (1974) Medisch Contact 29, 675-680.

Hattinga-Verschure, J. C. M. (1972) Het ziekenhuis 2, 261-262.

Hattinga-Verschure, J. C. M. Het verschijnsel zorg. Uitgeverij De Tijdstroom, Lochem, 1977.

Huygen, F. J. A. en R. A. de Melker (1973) Medisch Contact 28, 1299-1302.

Jaarverslag 1974, 1975 en 1976. Algemeen ziekenfonds voor Zeeuws Vlaanderen te Terneuzen.

LISZ, 1974, 1975 en 1976. Landelijk informatie systeem ziekenfondsen. Uitgave G.B.Z. Utrecht.

Mansvelt, J. van (1971) Medisch Contact 26, 1317-1321.

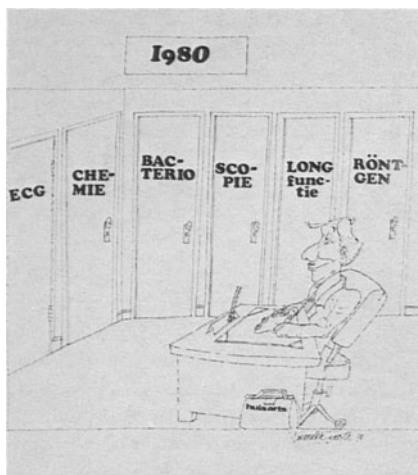
Mansvelt, J. van (1972) Medisch Contact 27, 239-245.

Mansvelt J. van (1974) Medisch Contact 29, 734-737.

Melker, R. A. de Ziekenhuispatiënt,

Het miskende beeld van de alcoholist

PROF. DR. W. K. VAN DIJK*



huisarts, huisgezin. Dekker en Van de Vegt Nijmegen, 1973.

Melker, R. A. de (1973) huisarts en wetenschap 16, 457-464.

Melker, R. A. de Beterschap door beter beleid. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975.

Mertens, A. TH. L. M. De scheiding van behandeling en controle. Het Medisch Jaar 1975, 28-41. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1975.

Pel, J. Z. S. (1975) Medisch Contact 30, 988-990.

Prins, A. (1976) huisarts en wetenschap 19, 252-255.

Puijlaert, C. B. A. J. (1974) Geneeskundige Gids 12, 23-25.

Puijlaert, C. B. A. J. Röntgendiagnostiek en huisarts. Het Medisch Jaar 1977, 346-358. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1977.

Puijlaert, F. W. J. (1978) Medisch Contact 33, 1134-1138; 1176-1179.

Schipper, G. A. (1973) Medisch Contact 28, 26-28.

Stuyt, L. B. J. (1972) Het ziekenhuis 1, 7-14.

Stuyt, L. B. J. (1972) Medisch Contact 39, 1004.

Westhoff, C. H. A. (1972) huisarts en wetenschap 15, 125-126.

Naschrift

Bij het ter perse gaan van dit nummer kwamen de LISZ-cijfers van onze praktijk over 1977 ter beschikking. Het overdrachtpromillage stijgt 50 promille; het gecorrigeerde overdrachtpromillage wordt hiermee 250 promille in plaats van 200 promille. Het pseudo-verwijspromillage stijgt met omstreeks 10 promille voor oogheelkunde en 40 promille voor interne geneeskunde tot 200 promille totaal. Gecorrigeerd volgens het LISZ voor 1977 blijkt het pseudo-verwijspercentage circa 40 procent uit te maken van het totaal aantal verwijskaarten (457 promille), zoals ook Pel eertijds berekende voor zijn praktijk.

De te corrigeren verwijskaarten (tabel 6) verkregen wij door gedurende zes maanden te tellen om het aantal pseudo-verwijskaarten te weten te komen.

Alcohol is een potente vloeistof met vele werkingen op lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk gebied. Deze werkingen kunnen van positieve maar ook van negatieve aard zijn. We zullen ons hier tot de negatieve gevolgen van het alcoholgebruik beperken. Wanneer deze optreden, spreken wij van misbruik van alcohol of van dysfunctioneel drinken.

Misbruik heeft kwantitatieve (men drinkt meer dan „normaal”) en kwalitatieve (men drinkt op andere wijze en op andere plaatsen en bij andere gelegenheden dan „normaal”) aspecten. Wij laten hier die gevallen buiten beschouwing, waarbij het misbruik en het daaruit volgende negatieve gevolg incidenteel of sporadisch voorkomen: men drinkt bijvoorbeeld bij een bepaalde gelegenheid te veel, verliest zijn zelfbeheersing en er ontstaat een ruzie die men achteraf betreurt; men kijkt eens te diep in het glaasje en wordt de morgen daarop met een kater wakker; men gaat eens zijn maat te buiten en komt in aanraking met de politie. Het gaat ons hier om de gevallen waarin het misbruik meermalen of zelfs met grotere of kleinere regelmaat plaatsvindt. We kunnen dan constateren dat de mensen die dit overkomt een stoornis hebben in hun relatie tot de alcohol; zij weten niet meer zó met de alcohol om te gaan, dat de positiva overwegen en de nadelige gevolgen achterwege blijven. Men pleegt deze mensen aan te duiden met de term alcoholici.

Het gaat hier niet om een homogene groep: er vallen zeer verschillende mensen onder. Men kan dan ook naar aanleiding van verschillende criteria (leeftijd, seks, sociale klasse, ernst en aard van de uitingsvormen en van de gevolgen) verschillende subgroepen onderscheiden. Bekend is de indeling naar het criterium van de afhankelijkheid: de excessieve gebruikers die geen afhankelijkheidssyndroom vertonen en zij die dat wel doen. Sommigen noemen

beide groepen tezamen alcoholici en de tweede groep alcohol-addicten; anderen duiden de eerste groep aan als excessieve drinkers en reserveren de term alcoholici uitsluitend voor de addicten. In dit betoog zal ik onder alcoholici of alcoholisten die mensen verstaan die als regel op zulk een wijze drinken, dat zij daarvan nadelige gevolgen onder vinden op somatisch, psychisch of sociaal gebied; een ondergroep van deze alcoholisten zijn de alcohol-addicten. Ik ga hier dus uit van een ruime definitie van het begrip alcoholisme.

De miskende ziekte

Het is een eigenaardig feit dat alcoholisme veelal niet herkend wordt. Dit niet herkennen ofwel miskennen is zo kenmerkend dat men het alcoholisme „de miskende ziekte” kan noemen. Het miskennen kan allerlei vormen aannemen. Het kan zich voordoen in de vorm van een globale sociale ontkenning: in ons volk (of in onze groep) komt geen alcoholisme voor. De achtergrond van zo'n ontkenning is veelal van ideologische aard: ons volk, (of ons politieke systeem) sluit zulk een onwenselijk verschijnsel uit. Veelal schuilt onder deze ideologie een angst voor kwetsing van het nationale of groepszelfgevoel en vrees niet volmaakt te zijn conform de ideologie. Een andere vorm van miskenning is het bagatelliseren of minimaliseren van het verschijnsel. Men hoort dan: het komt wel voor, maar toch bij uitzondering; het zijn slechts enkele individuen die de problemen geven. Vaak spelen ook economische motiveringen of rationalisaties een rol: gezien de enorme gel-

*Psychiatrische Kliniek Academisch Ziekenhuis Groningen