

# Enkele vaardigheden van de huisarts

Wat moet, kan en wil hij doen en wat niet?

DRS. H. VAN DER VOORT\*

*Beschouwt u het gebruik van een audiometer als typisch huisartsenwerk? Gebruikt u zelf een audiometer? Lang niet alle deelnemers aan het N.H.G.-congres 1978 gaven op deze twee vragen twee identieke antwoorden. Zo waren er nog zesendertig andere paren vragen. In vrijwel alle gevallen werd de eerste vraag vaker bevestigend beantwoord dan de tweede. Een oefening in zelftoetsing die vele deelnemers aan het denken zette.*

## Inleiding

Tijdens het N.H.G.-congres 1978, gewijd aan zelftoetsing door de huisarts, werd de deelnemers een aantal oefeningen aangeboden, met behulp waarvan zij bepaalde facetten van hun werk aan een kritische beschouwing konden onderwerpen. Een van die oefeningen had betrekking op het al dan niet verrichten c.q. beheersen van een aantal handelingen in de huisartspraktijk.

Uitgangspunt was een reeks vaardigheden\*\* waarvan men kon veronderstellen, dat niet alle huisartsen ermee vertrouwd zouden zijn, en die ook niet iedereen tot het typische huisartsenwerk zou rekenen. Deze vaardigheden waren verwerkt in een oefening, die hieruit bestond dat de deelnemers gevraagd werd aan te geven welke van de genoemde vaardigheden men als huisartsenwerk beschouwde en welke vaardigheden men daadwerkelijk in de praktijk toepaste. Ook werd de deelnemers gevraagd de twee series antwoorden met elkaar te vergelijken en na te gaan of de uitkomst hiervan hen aan het denken zette. Hierbij was niet exact aangegeven wat met dit laatste was bedoeld, zodat iedereen zijn gedachten en invallen in deze kolom kwijt kon. Op deze wijze werd de mogelijkheid geschapen, dat men door iets gefraspeerd werd of zich iets herinnerde of zichzelf op de vingers tikte. De aanleiding daartoe kon bijvoorbeeld bestaan uit het

\* Wetenschappelijk hoofdmedewerker Huisartsen Instituut VU.

\*\* De vaardigheden zijn door Th. Voorn, huisarts, geselecteerd uit een vaardigheidslijst, zoals die onder meer aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut wordt gehanteerd.

feit, dat men een bepaalde handeling weliswaar als typisch huisartsenwerk beschouwde, maar zelf deze handeling niet toepaste.

In dit artikel gaat het niet om deze oefening, maar om een bijproduct, de door 174 huisartsen ingevulde vaardigheidslijsten. Wij hebben onderzocht in hoeverre de antwoorden op de eerste serie vragen (huisartsenwerk?) overeenstemden met de antwoorden op de tweede serie (doet u het zelf?). Verder is aan de hoogleraren huisartsgeneeskunde gevraagd aan te geven welke handelingen zij als huisartsenwerk beschouwden. Zeven van de acht gaven hierop hun visie. Tenslotte is aan een aantal huisartsen van de staf van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit gevraagd om een commentaar bij de gegeven antwoorden. Deze commentaren komen voort uit de subjectieve ervaringen in de eigen praktijk van de auteurs en zijn vooral bedoeld (door mij althans) om tot nadenken te prikkelen. Ook al suggereert de hier en daar wat apodictische stijl soms anders, er wordt geen verlossend woord gesproken en de

lezer wordt slechts uitgenodigd weer eens na te denken over deze zaken.

De zevenendertig vaardigheden werden aangeboden in acht categorieën: KNO, oogheelkunde, dermatologie, interne geneeskunde, injecties en laboratorium, heelkunde, urologie en gynaecologie/verloskunde. Het zal geen betoog behoeven, dat de antwoorden van de 174 huisartsen niet gegeneraliseerd mogen worden naar de Nederlandse huisarts.

## KNO

Tabel 1. De interessante uitkomsten liggen bij het gebruik van de audiometer, waar de meerderheid van de hoogleraren vindt dat dit huisartsenwerk is, terwijl slechts een minderheid van de huisartsen het daarmee eens is. Terwijl bovendien 45 procent van de huisartsen het huisartsenwerk vindt, maakt slechts 29 procent er gebruik van. Eveneens frappant is het grote verschil tussen de 70 procent huisartsen die vinden dat aanstippen met trichloorazijn huisartsenwerk is en de 46 procent die dit ook toepassen.

Als commentaar was onder meer bijgeschreven:

1. niet zo zinvol/dubieus middel/ben te lui;
2. twijfel aan nut/zou ik eigenlijk moeten doen;
3. obsoleet/kan ik niet, anderen wel?/zou ik mee moeten beginnen/likt niet ongevaarlijk/techniek gaat moeilijk;
4. moet ik aanschaffen (6 x)/hoeft niet, wel leuk/zou wel moeten/wel betrouwbaar?;
5. wellicht incidenteel/doe ik niet meer/niet verkoopbaar;
6. ik spuit alleen uit/liever niet/zou wel moeten.

*Commentaar van G. van Geldorp.* Uit de gegevens blijkt, dat slechts 29 procent van de huisartsen de audiometer gebruikt. Opmerkelijk is ook, dat 25 procent van de hoogleraren meent het zonder audiometer te kunnen stellen.

Tabel 1. Enkele vaardigheden van de huisarts: KNO (percentages).

| Vaardigheden                                    | Doe ik* | Huisartsenwerk? |               | Zet mij aan het denken* |
|---|---------|-----------------|---------------|-------------------------|
|   |         | Huisartsen*     | Hoogleraren** |                         |
| 1. Onderzoek gehoorscheptheid door fluisterstem | 90      | 90              | 100           | 10                      |
| 2. Politizeren                                  | 75      | 93              | 100           | 16                      |
| 3. Aanstippen met trichloorazijn                | 75      | 93              | 100           | 25                      |
| 4. Gebruik audiometer                           | 29      | 45              | 75            | 34                      |
| 5. Keelabces incideren                          | 21      | 26              | 30            | 14                      |
| 6. Gebruik cerumenhaakje                        | 83      | 89              | 100           | 13                      |

\* 174 huisartsen; \*\* 7 hoogleraren huisartsgeneeskunde.

In Nederland is gemiddeld ruim 1 procent van de ingeschreven patiënten gehoorgestoord. Doofheid is dan ook voor de huisarts een bekende klacht, die de huisarts vroeger met het testen door middel van de fluisterstem diagnostisch te lijf ging (we laten het onderzoek bij kleine kinderen buiten beschouwing). Voor de huisarts is thans een nauwkeu- riger onderzoeksmethode bij klachten van doofheid beschikbaar in de vorm van de „screening audiometer” of „au- dio-screener”. Deze audio-screener on- derscheidt zich van de „echte” audiome- ter door beperkingen in toonhoogte en geluidssterkte en door de prijs! Zoals door Huygen en De Melker is beschre- ven, is onderzoek met de audio-screener zeer eenvoudig; het is door de dokters- assistente te doen, is zeer betrouwbaar en leverde in één derde van de beschre- ven gevallen een wezenlijke bijdrage aan de diagnostiek en/of de therapie. Huygen en De Melker achten dit appa- raat in de huisartspraktijk onmisbaar. Mijn ervaring loopt daaraan parallel: een vlug, veilig en betrouwbaar, niet te duur middel van onderzoek.

Hoe verklaren we nu de bovengenoem- de cijfers uit de enquête? Eén mogelijk- heid is dat men geen audiometer heeft, maar wel een audio-screener, en dat laatste stond er in strikte zin niet. Een deel van de verklaring ligt verder in de nog vrij grote onbekendheid van dit appa- raat. Ook kan een rol spelen, dat in Nederland een huisarts niet gehono- reerd wordt voor extra werkzaamheden of voor kwaliteits-verbeterend werk: verwijzen wordt dan aantrekkelijk en het kost de huisarts niets.

Ten aanzien van het aanstippen met trichloorazijn het volgende: waarom vindt maar 70 procent dit huisartsen- werk en doen slechts 46 procent het in de praktijk? Aanstippen van de neus doet de huisarts bij een neusbloeding (met name uit de locus Kiesselbachi) die met eenvoudige handgrepen niet stopt. Het aanstippen kan met trichloorazijn evenals met chroomzuur. Hij kan ook de electrocauter gebruiken of de neus- bloeding tot staan brengen door middel van tamponade. Sommige huisartsen hebben als commentaar bijgeschreven, dat aanstippen obsoleet, gevaarlijk dan wel moeilijk zou zijn. Met een heel een- voudige, door Hammelburg in het Kom- pas voor de huisarts beschreven utrust- ing is het volgens mijn ervaring een zeer simpele handeling. Dat velen het toch niet doen, kan zijn verklaring vin- den in het gebruik van andere therapeu- tische middelen of in het verwijzen van de (vaak verontruste) patiënten.

Tabel 2. Enkele vaardigheden van de huisarts: oogheelkunde (percentages).

| Vaardigheden                   | Doe ik* | Huisartsenwerk? |               | Zet mij aan het denken* |
|--------------------------------|---------|-----------------|---------------|-------------------------|
|                                |         | Huisartsen*     | Hoogleraren** |                         |
| 7. Testen kleuren zien         | 40      | 70              | 100           | 24                      |
| 8. Refractie-onderzoek         | 26      | 32              | 60            | 14                      |
| 9. Gebruik fluorescinstrip     | 89      | 97              | 100           | 6                       |
| 10. Corpus alienum verwijderen | 95      | 97              | 100           | 3                       |
| 11. Roestring verwijderen      | 49      | 59              | 45            | 24                      |
| 12. Oogfundus-onderzoek        | 72      | 80              | 90            | 28                      |

\* 174 huisartsen; \*\* 7 hoogleraren huisartsgeneeskunde.

## Oogheelkunde

Tabel 2. Bij het testen van kleuren lig- gen vrij grote verschillen tussen de huis- artsen en de hoogleraren, evenals tussen de 70 procent die vindt dat het huis- artsenwerk is en de 40 procent die het ook uitvoert. Frappant is ook het ver- schil tussen de hoogleraren en de huis- artsen bij het refractieonderzoek. De antwoorden bij het roestring verwijde- ren zijn in zoverre opvallend, dat de hoogleraren lager scores dan de huis- artsen; dat doet zich slechts sporadisch voor bij de overige antwoorden.

Als commentaar was onder meer bijge- schreven:

7. heb geen boek (3 x)/wanneer?/geen zin in/ik vraag ernaar;
8. vroeger wel/te oppervlakkig/geen zin in;
9. te veel werk/gebruik violet licht;
10. te veel toestanden;
11. moet ik gaan doen/boortjes zijn op (4 x)/liever door oogarts/tandartsboor- tje/mislukt weleens/moet ik gaan oefenen;
12. moeilijk!/vaker doen/te moeilijk (4 x)/niet vaardig genoeg/te lui/ben er slecht in/onvoldoende variatie.

*Commentaar van M. de Haan.* In de wachtkamer van een huisarts trof ik eens een bordje met het opschrift: ver- wijskaarten voor de oogarts afhalen bij de assistente; U behoeft hiervoor niet naar de dokter! De cijfers suggereren, dat weinig bezoekers van het N.H.G.- congres een dergelijk bordje in de prak- tijk hebben hangen.

Wanneer we de lijst wat preciezer bekij- ken, valt op dat slechts 26 procent de gewenste visuscorrectie bij patiënten bepaalt en dat ongeveer een gelijk per- centage vindt, dat dit huisartsenwerk is. Met andere woorden: 70 procent van de 174 huisartsen vindt, dat ze zich hier terecht niet mee bezighouden. Werk aan de winkel voor oogartsen en opti- ciens! Mogelijk spelen de financiën een grote rol: de investering in een lenzen-

pakket en de tijd die het kost om een goed onderzoek te verrichten, worden niet door het ziekenfonds vergoed.

Het testen van kleuren zien geeft tweeënveertig huisartsen te denken: ve- len vinden het huisartsenwerk en weini- gen doen het. Een verklaring heb ik daar niet voor. Wellicht speelt een rol, dat het in veel gevallen niet zo zinvol is te weten, dat iemand kleurenblind is. Het oogspiegelen krijgt een vrij hoge score: 72 procent doet het, 80-90 pro- cent vindt het huisartsenwerk. De vraag zou kunnen worden gesteld of deze vaardigheid wel in een huisartspraktijk gemist kan worden. Zeker is, dat beoor- deling van een fundus ervaring vereist en dat men daarin niet gauw volleerd is. Anderszijds kunnen enkele afwijkingen (met name papilstuwning en netvlieslos- lating) voor de patiënt dramatische ge- volgen hebben wanneer ze niet tijdig, dus liefst al door de huisarts, herkend worden.

## Dermatologie

Tabel 3. Het opvallendste cijfer is de 52 procent bij het onderzoek van schim- melpreparaat, vergeleken met de 100 procent van de hoogleraren.

De commentaren luiden als volgt:

13. lukt haast nooit/moet eigenlijk wel/ onbetrouwbaar/te lui voor/materiaal bestellen;
15. nog steeds?;
16. technische problemen/onmogelijk/ beste methode;
17. zou moeten/te pijnlijk/eens pro- bieren.

*Commentaar O. Sigling.* De discrepan- tie tussen de praktijk van het schimmel- preparaat-onderzoek en de opvattingen zijn bijkens de commentaren te herlei- den tot barrières die de methode ople- vert. Hier ligt een duidelijke taak voor het onderwijs. De huisartsen zouden hierin consequent bijgeschoold moeten worden, zodat ze dit zelf kunnen toepas- sen en – indien zij opleider zijn – aan de

Tabel 3. Enkele vaardigheden van de huisarts: dermatologie (percentages).

| Vaardigheden                    | Doe ik* | Huisartsenwerk? |               | Zet mij aan het denken* |
|---------------------------------|---------|-----------------|---------------|-------------------------|
|                                 |         | Huisartsen*     | Hoogleraren** |                         |
| 13. Onderzoek schimmelpreparaat | 52      | 80              | 100           | 30                      |
| 14. Behandeling verrucae        | 68      | 78              | 90            | 2                       |
| 15. Idem met scherpe lepel      | 78      | 87              | 75            | 4                       |
| 16. Idem met vloeibare stikstof | 24      | 40              | 60            | 17                      |
| 17. Idem met Hi-fricator        | 55      | 66              | 75            | 12                      |

\* 174 huisartsen; \*\* 7 hoogleraren huisartsgeneeskunde.

arts-assistenten kunnen doorgeven.

Ten aanzien van de behandeling van verrucae geldt, dat men een keuze moet maken uit 15, 16 en 17. Hoewel mij geen onderzoek daarover bekend is, taxeer ik de effecten op ongeveer gelijkwaardig. De vloeibare stikstof lijkt mij echter op praktische gronden minder geëigend. Wanneer het praktische probleem van het in voorraad hebben van stikstof oplosbaar blijkt, is deze methode zeker een hulpmiddel voor de huisarts dat de voorkeur verdient vanwege de esthetische voordelen.

### Interne geneeskunde

Tabel 4. Slechts de helft van de deelnemers die menen dat de bepaling van de circulatietijd huisartsenwerk is, verricht deze handeling ook.

De volgende commentaren werden geleverd:

- 18. onzin (3 x)/kan nuttig zijn (3 x)/niet nodig (2 x)/moet ik gaan doen;
- 19. kan ik slecht/te subjectief, niet exact/niet nodig/nuttig/?beter: drukken op lever/betrouwbaar.

Commentaar van F. Weisz. Bepaling van de circulatietijd deed ik vroeger. Ik ben ermee opgehouden na een publikatie over zeldzame gevallen van acute sterfte als gevolg van de ingespoten stof. Voor zo'n risico, ook al is het laag, vind ik de proef niet onmisbaar genoeg; belangrijker is echter wat de patiënten ervan zouden vinden.

Voor de bepaling van de veneuze druk geldt het omgekeerde: het is ongevaarlijk, neemt weinig tijd, is redelijk betrouwbaar en soms moeilijk misbaar. Het aanleren hoort als vast item in het skills-lab van elke opleiding tot basisarts en mijns inziens is het zeker huisartsenwerk.

### Injecties en laboratorium

Tabel 5. Als commentaar werd onder meer vermeld:

- 20. wat is de waarde?/hoe leer ik dat?/nuttig?!/kan ik niet (2 x);
- 21. moet ik gaan doen/mee bezig;
- 22. betrouwbaar?/afhankelijk van praktijk;
- 23. lastig/moet toch naar laboratorium/technische problemen.

Tabel 4. Enkele vaardigheden van de huisarts: interne geneeskunde (percentages).

| Vaardigheden                | Doe ik* | Huisartsenwerk? |               | Zet mij aan het denken* |
|-----------------------------|---------|-----------------|---------------|-------------------------|
|                             |         | Huisartsen*     | Hoogleraren** |                         |
| 18. Bepaling circulatietijd | 21      | 40              | 60            | 24                      |
| 19. Bepaling veneuze druk   | 67      | 89              | 90            | 20                      |

\* 174 huisartsen; \*\* 7 hoogleraren huisartsgeneeskunde.

Tabel 5. Enkele vaardigheden van de huisarts: injecties en laboratorium (percentages).

| Vaardigheden                  | Doe ik* | Huisartsenwerk? |               | Zet mij aan het denken* |
|-------------------------------|---------|-----------------|---------------|-------------------------|
|                               |         | Huisartsen*     | Hoogleraren** |                         |
| 20. Injectie in de peesschede | 46      | 56              | 75            | 14                      |
| 21. Uricult                   | 59      | 90              | 100           | 20                      |
| 22. Benzidineractie           | 82      | 97              | 100           | 8                       |
| 23. Kweek                     | 76      | 85              | 100           | 3                       |

\* 174 huisartsen; \*\* 7 hoogleraren huisartsgeneeskunde.

Commentaar van F. Weisz. De injectie in de peesschede behoeft mijns inziens geen huisartsenwerk te zijn; mag wel, maar hoeft niet.

Uricult is wel huisartsenwerk, maar van mij hoeft het niet. Beoordeling van urinesediment gaat sneller en is goedkoper. Onderzoek waarmee getracht werd aan te tonen dat uricult meer zegt over de werkelijkheid dan sediment, vond ik niet overtuigend, in tegendeel. Dus doe ik het met sedimenten, zo nodig aangevuld met verwijzing naar een laboratorium voor kweek en resistentiebepaling. De vraag over kweek afnemen is me te onduidelijk. Van wat? Keel? Gewricht? Huid? Ontlasting? Vagina? Alle antwoorden kunnen er iets anders bij gedacht hebben, zodat de cijfers bij punt 23 mij niet veel lijken te zeggen.

### Heelkunde

Tabel 6. Opmerkelijk is, dat slechts 68 procent de onder 24 genoemde puncties uitvoert, terwijl alle hoogleraren menen, dat dit typisch huisartsenwerk is. Over het incideren denken de hoogleraren juist minder frequent dat dit tot de taak van de huisarts behoort.

Commentaren waren onder meer:

- 24. hoe leer ik dat?/alleen bursae?/prachtig werk!;
- 25. prachtig werk!;
- 26. onvoldoende kennis;
- 27. te veel toestanden/prachtig werk/vroeger wel/niet nodig.

Commentaar van H. van Aalderen. Kennelijk zijn de hoogleraren unaniem van mening, dat de puncties in cèles en bursae door de huisartsen beheerst dienen te worden. Uit de cijfers blijkt, dat de opleiding hieraan aandacht zal moeten besteden. Hetzelfde geldt, zij het in mindere mate, voor de nagelectrisch moeilijker (anesthesie van een eindlid met eindarteriën, grotere handvaardigheid). De opmerking „prachtig werk” doet vermoeden, dat dit werk de huisarts de gelegenheid geeft zijn agressie kwijt te raken, terwijl men toch „vriendelijk” kan blijven.

Het percentage van de huisartsen in het veld dat het incideren van paronychium tot zijn werkterrein rekent, is hoger dan dat percentage bij de hoogleraren. Waarom slechts 60 procent van de hoogleraren dit huisartsenwerk vindt, is mij absoluut niet duidelijk. Ik zelf reken het zeker tot het werk van de huisarts.

Bij de wigexcisie van de nagel lopen de percentages niet al te ver uiteen. De handeling vraagt enige vaardigheid en

Tabel 6. Enkele vaardigheden van de huisarts: heekunde (percentages).

| Vaardigheden                    | Doe ik* | Huisartsenwerk? |               | Zet mij aan het denken* |
|---------------------------------|---------|-----------------|---------------|-------------------------|
|                                 |         | Huisartsen*     | Hoogleraren** |                         |
| 24. Punctie van cèles en bursae | 68      | 76              | 100           | 9                       |
| 25. Nageextractie               | 83      | 92              | 100           | 7                       |
| 26. Incideren van paronychium   | 79      | 84              | 60            | 9                       |
| 27. Wigexcisie van de nagel     | 40      | 51              | 60            | 14                      |

\* 174 huisartsen; \*\* 7 hoogleraren huisartsgeneeskunde.

moet onder leiding worden aangeleerd. Mogelijk heeft ongeveer de helft van de huisartsen dit ooit geleerd, de andere helft niet. Het is een punt van overweging of hier in de opleiding meer aandacht aan moet worden gegeven. Als huisartsen zelf wigexcisies doen, zal de indicatie sneller worden gesteld en zitten heel wat patiënten kortere tijd met een groot ongemak. Het bespaart een hoop geloof naar ziekenhuizen en het levert op eenvoudige wijze een kostenbesparing op.

### Urologie

Tabel 7. Commentaren waren onder meer:

28. liever niet!/specialistenwerk/indien dringend nodig;

29. zelden nodig (2 x)/indien dringend nodig.

Commentaar van O. Sigling. Wat betreft de catheterisatie hebben de hoogleraren het gelijk aan hun zijde. Wanneer men 's nachts geroepen wordt bij

een man met een acute retentie, en dat overkomt iedere huisarts van tijd tot tijd, dan is het onnodig, onprettig én onvoordelig, iemand daarvoor naar het ziekenhuis te transporteren. Het catheteriseren van een vrouw is, zeker als men geen bevallingen doet, veel zeldzamer, maar ook veel eenvoudiger. Wat betreft de prostaatmassage is niet duidelijk of hier gedacht wordt aan behandeling door prostaatmassage – een ingreep die vroeger nogal eens werd toegepast bij een chronische prostatitis, maar naar ik dacht thans obsoleet is – of aan onderzoek op prostatitis, waarbij urinesediment beoordeeld wordt voor en na prostaatmassage. Dit laatste lijkt mij een nog voor iedere huisarts relevante onderzoeksprocedure.

### Gynaecologie/verloskunde

Tabel 8. Bij het pessarium aanmeten en het bekkenonderzoek zegt 100 procent van de hoogleraren dat het huisartsenwerk betreft. In beide gevallen houdt slechts tweederde van de huisartsen zich

Tabel 7. Enkele vaardigheden van de huisarts: urologie (percentages).

| Vaardigheden                    | Doe ik* | Huisartsenwerk? |               | Zet mij aan het denken* |
|---------------------------------|---------|-----------------|---------------|-------------------------|
|                                 |         | Huisartsen*     | Hoogleraren** |                         |
| 28. Catheterisatie van de man   | 79      | 87              | 100           | 10                      |
| 29. Catheterisatie van de vrouw | 81      | 93              | 100           | 6                       |
| 30. Prostaatmassage             | 50      | 65              | 75            | –                       |

\* 174 huisartsen; \*\* 7 hoogleraren huisartsgeneeskunde.

Tabel 8. Enkele vaardigheden van de huisarts: gynaecologie/verloskunde (percentages).

| Vaardigheden                         | Doe ik* | Huisartsenwerk? |               | Zet mij aan het denken* |
|--------------------------------------|---------|-----------------|---------------|-------------------------|
|                                      |         | Huisartsen*     | Hoogleraren** |                         |
| 31. Pessarium aangemeten             | 62      | 79              | 100           | 13                      |
| 32. Bekkenonderzoek uit- en inwendig | 67      | 78              | 100           | 3                       |
| 33. Fluor diagnostiek                | 79      | 93              | 100           | 13                      |
| 34. Sims Hühner test                 | 12      | 28              | 15            | 16                      |
| 35. Varentest                        | 17      | 37              | 15            | 16                      |
| 38. Aanbrengen/verwijderen IUD       | 49      | 75              | 90            | 25                      |
| 37. Coaguleren van portio-erosies    | 48      | 62              | 90            | 17                      |

\* 174 huisartsen; \*\* 7 hoogleraren huisartsgeneeskunde.

er daadwerkelijk mee bezig. Grote verschillen tussen de mening van de hoogleraren en de mensen die er in de praktijk mee werken, vinden we ook bij het aanbrengen van de IUD's en het coaguleren van portio erosies.

Commentaren waren onder meer:

31. mislukt vaak/kan best/geen spullen;

33. te lui;

34. moeilijk?/zou best goed zijn;

35. onbekend/zelden nodig/vergeten/zou goed zijn;

36. kan dat? wil ik leren/specialist!/alleen verwijderen;

37. te weinig ervaring/specialist/eerst diagnose/zou wel willen/uitstrijkje maken.

Commentaar van A. Gercama. Bij het pessarium moeten we onderscheid maken tussen het gebruik voor anticonceptie en dat voor het opheffen van prolaps. Aan het gebruik van het pessarium als anticonceptivum zitten haken en ogen, terwijl het gebruik „uit de mode” is geraakt. Ik vraag me af of de basisarts hierin nog wel getraind wordt en of de huisarts bereid is te investeren in het aanschaffen van een set. Ten aanzien van het gebruik van het pessarium ter opheffing van een prolaps heb ik de indruk dat de specialist in zo'n geval sneller naar het mes grijpt dan vroeger, terwijl verzakkingen met name door de afname van de geboortenfrequentie in aantal en ernst afnemen. Raakt het pessarium in onbruik?

Bij het bekkenonderzoek speelt het al dan niet zelf begeleiden van partussen een grote rol. De afname van het aantal partussen en de relatieve toename van het aantal ziekenhuisbevallingen maken het voor de huisarts steeds moeilijker de benodigde vaardigheid op peil te houden, zodat men zich kan voorstellen, dat huisartsen het op dit punt laten afweten. Ervaring speelt een grote rol, terwijl ernstige bekkenafwijkingen weinig voorkomen; het gaat hierbij veelal om subtiele variaties die moeilijk te diagnosticeren zijn.

Voor het fluoronderzoek pleit, dat het technisch niet moeilijk is, vaak snelle verificatie van de diagnose geeft, een verwijzing uitspaart en helpt polypragmasie voorkomen. Ertegen pleit, dat het tijd kost: je moet tweemaal je spreekuur onderbreken, één keer voor het maken van het afstrijkje en één keer voor de microscopie, terwijl bovendien soms geen specifieke organismen worden gevonden, terwijl deze mogelijk wel in het geding zijn. Ook zonder deze fluordiagnostiek kom je een heel eind, aangezien op grond van anamnese en

lichamelijk onderzoek de mogelijke oorzaak met vrij grote mate van waarschijnlijkheid valt aan te geven.

Uit de gegevens over de Sims Hühneren de varentest blijkt, dat de huisarts de eerste stappen van een steriliteitsonderzoek zelf zou willen uitvoeren. Op zich is daar veel voor te zeggen. Het gaat – voor zover er techniek aan te pas komt – om vrij eenvoudige ingrepen, terwijl het onderzoek veel sneller kan worden afgerond, mits er goede afspraken worden gemaakt tussen huisarts en specialist. Nu er qua graad van acceptatie betere types IUD in de handel zijn, is het IUD als anticonceptiemethode meer in de belangstelling komen te staan. Gezien het feit dat het toepassen van anticonceptie van meer factoren afhankelijk is dan uitsluitend de beschikbaarheid van een aantal methoden, is er veel voor te zeggen dat de begeleiding berust bij een generalist als de huisarts. Als er goede opleidings- c.q. nascholingsmogelijkheden komen en de taak van de huisarts als begeleider bij anticonceptie-problematiek wordt erkend, dan is dat ook zeker mogelijk en wordt het onlogisch om voor het IUD een uitzondering te maken.

Uit het voorafgaande kunnen de volgende conclusies getrokken worden. In de eerste plaats geven de cijfers over deze categorie van vaardigheden een indicatie, dat het „takenpakket” van de huisarts op dit terrein aan het veranderen is: „obstetrische” zaken komen meer op de achtergrond, terwijl problemen op het gebied van de anticonceptie en gynaecologie meer de aandacht vast houden. Het is duidelijk, dat dit de weerslag is van de grote maatschappelijke veranderingen op het terrein van de seksualiteit en de voortplanting. In de tweede plaats lijken de hooggeleerden „na te ijlen” in deze ontwikkeling, terwijl de werkers in het veld de ontwikkelingen wel signaleren, maar op grond van een aantal praktische belemmeringen (opleiding, bestaande honoreringsstructuur, contact met de specialist) aarzelen de consequenties uit de gesignaleerde ontwikkelingen te trekken. Ten derde lijkt er behoefte te bestaan aan het aanleren van een aantal vaardigheden op gynaecologisch gebied, een behoefte waarop kennelijk nog (te) weinig wordt ingespeeld. Tenslotte zal de opleiding tot huisarts zich deze situatie moeten aantrekken en het programma in die zin moeten bijstellen.

### Enkele conclusies

Zoals al gezegd, gaat het niet aan de (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 222

antwoorden van deze 174 huisartsen te generaliseren naar alle huisartsen in Nederland. De steekproef is immers niet representatief: uitsluitend N.H.G.-leden en van deze leden alleen degenen die het congres bezochten; bovendien is er geen poging gedaan de eigenschappen van deze huisartsen te vergelijken met die van de gemiddelde huisarts. Toch zijn er wel enkele conclusies uit de cijfers te trekken:

- In veel gevallen zijn de huisartsen die de lijst hebben ingevuld, aan het denken gezet, zoals blijkt uit hun reacties op de betreffende kolom. Dus als middel om een aspect van het huisartsenwerk kritisch te bekijken, blijkt de oefening waardevol.

- In veel gevallen werd iets huisartsenwerk gevonden, terwijl er toch in de praktijk geen uitvoering aan werd gegeven. Daaraan kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. Men kan daarbij denken aan:

- men heeft onvoldoende scholing;
- er is onvoldoende aanbod en daardoor onvoldoende gelegenheid om (de noodzakelijke) ervaring op te doen;
- er is onvoldoende aanbod en daardoor onvoldoende reden om te investeren in de benodigde outillage;
- er is geen tijd voor meer of tijdvrage ingrepen;
- er zijn technische belemmeringen;
- er zijn lokale/situationele factoren, die maken dat de huisarts bepaalde ingrepen niet verricht.

- Naast deze oorzaken, die het onmogelijke van bepaalde handelingen verklaren, zijn er ook factoren, waardoor het niet zozeer onmogelijk is om bepaalde handelingen te verrichten, maar waardoor het onaantrekkelijk wordt. Hierbij kan men onder meer denken aan:

- de huisarts wordt veelal niet geldelijk beloond voor extra investeringen in goederen of tijd;
- er is een erg gemakkelijke bereikbaarheid van de specialist(en);
- de huisarts heeft geen affiniteit tot bepaalde verrichtingen;
- de patiënten willen/durven bepaalde verrichtingen niet door de huisarts laten uitvoeren.

- Als reactie op deze cijfers zou op vier fronten actie kunnen worden ondernomen:

- een aantal huisartsen tikte zichzelf tijdens de invulling op de vingers: ze vonden dat ze iets moesten aanschaffen, gaan proberen of weer gaan toepassen; hopelijk zijn ze dat niet direct na het verlaten van het congresgebouw weer vergeten;

- nog altijd is één van de redenen van verwijzen naar het dure tweede echelon het niet betaald krijgen van bepaalde verrichtingen; naast allerlei andere – complicerende – factoren lijkt de economische kant van de zaak nog steeds onvoldoende aandacht te krijgen;

- de huisarts komt aan veel (extra) verrichtingen niet toe omdat hij geplaagd en belemmerd wordt door tijdgebrek; wanneer men daarbij het vorige punt, alsmede de wassende stroom van afstuderende huisartsen betreft, dan is het zoveelste argument voor praktijkverkleining aan de al bestaande voorraad argumenten toegevoegd;

- er is ook werk aan de winkel voor de opleiding, zowel de basisopleiding en de beroepsopleiding tot huisarts, als de nascholing: velen doen iets niet omdat zij de vaardigheid die ervoor vereist is, niet beheersen.

- De hoogleraren scoorden vrijwel steeds hoger bij de vraag of iets huisartsenwerk is of niet. Nou moet je natuurlijk voorzichtig zijn met deze cijfers, niet zozeer omdat het om hoogleraren gaat, als wel omdat het aantal zo gering is (1 hoogleraar = 15 procent). Toch kan het geen toeval zijn, dat de hoogste score steeds aan dezelfde kant ligt. Een van de commentatoren veronderstelde, dat de hooggeleerden zouden „na-ijlen”. Het kan ook zijn, dat ideaal en praktijk elkaar niet kunnen dekken. Om er werkelijk hout-snijdende opmerkingen over te kunnen maken is nader onderzoek nodig.

*Samenvatting. Tijdens het N.H.G.-congres 1978 kregen de deelnemers een lijst met vaardigheden voorgelegd, met de vraag welke handelingen zij tot hun werk rekenden én welke handelingen zij ook werkelijk verrichtten. Later werd deze lijst ook ingevuld door zeven hoogleraren huisartsgeneeskunde. Zes stafleden van het Huisartsen Instituut van de VU schreven een commentaar.*

*Summary. Some skills of the general practitioner. During the 1978 congress of the Netherlands Association of General Practitioners participants were presented with a list of skills and asked to state which they considered relevant to their work, and which they actually practiced. The list was subsequently completed also by seven professors of general medicine. Six staff members of the Institute of General Practitioners of the Free University (Amsterdam) wrote a comment on the results.*