

DR. H. LAMBERTS

Een toekomstvisie uit 1964: De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst

In de loop der jaren is in *Huisarts en Wetenschap* een aantal extra belangrijke en extra interessante artikelen gepubliceerd. Een daarvan is zonder twijfel het stuk van Bremer en Van Westreenen, *De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst**, waarin zij aan de hand van onderzoek in de eigen praktijk proberen de toekomstige ontwikkeling van de huisartspraktijk in Nederland te voorspellen. Ook nu nog is het een klassiek artikel, waarin klassiek huisartsgeneeskundig onderzoek wordt beschreven, en – niet minder klassiek – geanticipeerd wordt op de toekomst.

Uitgangspunt

Huisartsen zijn beroepshalve geïnteresseerd in het verleden van hun patiënten, maar hebben over het algemeen slechts weinig belangstelling voor de geschiedenis van hun beroepsgroep. Veel opwindender is het uit te pluizen wat er vandaag precies aan de hand is, en na te gaan welke schaduw dat vooruitwerpt naar morgen. In de woorden van Bremer en Westreenen:

De toekomstige ontwikkeling van de huisartspraktijk in Nederland zal ongetwijfeld worden bepaald door een zo groot aantal, deels nog onbekende invloeden, dat men zich kan afvragen of het mogelijk is over dit onderwerp iets verstandigs te zeggen. Wanneer wij ons desondanks toch op dit speculatieve terrein begeven komt dit, omdat wij van oordeel zijn dat onze eigen denkbeelden ten aanzien van de huisartspraktijk in sterke mate ons werken zullen beïnvloeden. De huisarts, die ervan overtuigd is dat zijn medisch handelen zinvol is, dat hij in bepaalde situaties zeker zo goed of misschien zelfs beter dan de specialist de patiënt zal kunnen helpen, zal andere ideeën hebben over de toekomst van zijn beroep dan de collega, die zonder interesse moedeloos zijn werk doet in de overtuiging dat de specialist altijd alles beter kan.

Wij willen dus beginnen een uitgangspunt te formuleren, van waaruit wij de huisartspraktijk beschouwen. Wij gaan uit van de stelling dat er een typische huisartsgeneeskunde be-

staat, waarvan de inhoud en de methodiek nog veel nadere bestudering zullen vereisen. Onze overtuiging is het, dat de werkzaamheden van de huisarts voor een zeer belangrijk deel moeten worden gezien als een, in vroeg stadium herkennen en indien mogelijk cureren van in pathologisch opzicht (nog) onbelangrijke ziektebeelden, waarbij de „zeef-functie” (welke patiënt moet naar de specialist worden verwezen, en welke niet?) medisch en sociaal-economisch gezien uitermate belangrijk is.

Schape en spoken

De auteurs delen vervolgens mee, dat gegevens uit hun beider praktijken niet als representatief voor de Nederlandse huisarts kunnen gelden:

Het onderzoek is verricht in een stads- en in een dorpspraktijk, waardoor een, naar wij hopen, evenwichtig beeld is verkregen. De werkzaamheden in de praktijk zijn in zo grote mate afhankelijk van de individuele opvattingen en eigenschappen van de arts, dat wij niet pretenderen dat onze gegevens een gemiddelde opleveren voor de Nederlandse huisarts. Het bestuderen van twee schape geeft echter wel het recht iets te zeggen over alle schape. Wij hopen nu maar dat de kudde alleen uit schape bestaat.

Er is nog een ander spook dat huisartsgeneeskundig onderzoek bedreigt: de angst om methodisch in de fout te gaan. In de zestiger jaren was het daarom ook maar veilig te verwijzen naar De Groot of, zoals in dit geval, Vercruyssen:

Het proefschrift van Vercruyssen behandelt deze materie. Deze onderzoeker schrijft: „Een empirische typologie ontstaat, wan-

neer men verschijnselen van één soort in een aantal ondersoorten tracht te onderscheiden aan de hand van kenmerkende verschillen die zich daarin aan onze ervaring voordoen.” Zoals Vercruyssen verder zegt moet een dergelijke typologie plaats bieden aan elk individueel geval en elk individueel geval moet ook slechts één plaats hebben; en hij beschrijft dan wat Amerikaanse onderzoekers „substructie” noemen: een ontleding in componenten waaruit de diverse typologieën samengesteld kunnen worden gedacht. Deze methode willen wij hier ook toepassen. De activiteiten van de huisarts worden dan geanalyseerd in een „tweedimensionale kenmerkenruimte” namelijk naar doel en naar middelen om dat doel te bereiken.

Het *doel* dat de huisarts tracht te bereiken kan zijn:

- a diagnostisch: het komen tot een diagnose;
- b therapeutisch: het verbeteren van pathologische toestanden;
- c preventief: het voorkómen van pathologische toestanden;
- d het bevorderen van een positieve gezondheidszorg: het verbeteren van een reeds goede toestand.

De *middelen*, welke de huisarts gebruikt om deze doelen te bereiken zijn:

- a het gesprek: een onderverdeling kan hier worden aangebracht in het (overwegend) luisteren en het (overwegend) spreken;
- b het handelen: in twee groepen verdeeld: het schrijven en het overige handelen.

Een „meerdere dimensionale kenmerkenruimte” (mogelijk is bijvoorbeeld naar plaats van de activiteit: bij de patiënt thuis en bij de arts in de spreekkamer) lijkt voorlopig niet nodig.

Twintig jaar later zeggen huisartsen rechttoe, rechtaan dat de huisartsgeneeskunde vooral wordt gekarakteriseerd door een „meerdere dimensionale kenmerkenruimte”, maar dat uit praktische overwegingen in het platte vlak wordt gewerkt: langs de ene as zijn de middelen uitgezet, langs de andere de doelen (tabel 1). De zestien vakjes van de tabel kunnen stuk voor stuk in meer-

Tabel 1. Het therapeutisch handelen van de huisarts.

	middel			
	gesprek		handelen	
	luisteren	spreken	schrijven	handelen
doel				
diagnose	1	2	3	4
therapie	5	6	7	8
preventie	9	10	11	12
positieve gezondheidszorg	13	14	15	16

* Bremer, G. J. en E. van Westreenen. De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst. (1964) *Huisarts en Wetenschap* 7, 2-17. De auteurs waren destijds respectievelijk huisarts te Nieuwkoop en huisarts te Rotterdam.

Tabel 2. Analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten; de getallen duiden de percentages van de contacten aan, waarin de betreffende activiteit van de huisarts plaats vond. K = kind (0 t/m 12 jaar); V = volwassene (13 t/m 64 jaar); B = bejaarde (65 jaar en ouder).

		Totaal	K	V	B
1 Anamnese opnemen	auto-anamnese	78,0	83,8	76,5	74,5
	hetero-anamnese	2,3	1,4	1,8	5,1
2 Onderzoeken	lichamelijk	60,2	70,6	59,9	46,5
	laboratorium	8,2	1,9	10,8	8,1
	milieu-onderzoek en dergelijke	0,3	0,2	0,2	0,7
3 Behandelen	verbinden	6,4	4,7	7,7	4,3
	injectie geven	9,8	13,9	9,1	6,7
	diversen	4,4	3,2	5,2	3,8
4 Voorschrijven	medicamenten	39,3	27,0	39,4	56,6
	dieet	5,1	2,7	5,3	8,1
	fysische therapie en dergelijke	5,2	1,1	7,0	4,7
5 Adviseren	dagelijkse activiteiten	18,9	16,8	20,3	17,0
	voeding	8,6	28,0	2,3	2,7
	persoonlijke hygiëne	8,2	13,3	7,0	4,9
	verboden	1,4	0,8	1,9	0,9
	verwijzen	7,5	4,6	8,8	6,9
	andere adviezen	6,1	6,5	6,0	4,9
6 Verklaren of uitleggen	normale functies				
	van het lichaam en dergelijke	2,2	3,2	2,4	0,4
	uitleg ziekte	18,7	13,9	20,5	18,8
	diversen	0,5	0,6	0,6	-
7 Gesprek	gezinsrelaties	6,4	4,1	8,0	4,3
	familierelaties	2,3	0,8	2,2	4,7
	andere relaties	3,5	1,6	4,1	4,5
	werk	6,3	0,2	10,0	2,0
	huis	1,4	0,5	1,3	3,6
	ziekte	5,1	0,6	5,9	8,7
	diversen	1,4	1,0	1,4	2,2
8 Therapeutisch luisteren		1,4	-	2,1	1,1
9 Registreren	ten behoeve van eigen systeem	40,2	36,7	41,7	39,8
	diversen	9,2	32,1	2,1	1,1

dere of mindere mate bij het onderzoek aan de orde komen.

Vervolgens komen Bremer en Van Westreenen stapsgewijs tot een indeling in negen hoofdactiviteiten. Deze activiteiten vindt men terug in tabel 2, waarin een analyse van 2630 huisarts-patiënt contacten wordt gegeven. De gegevens in deze tabel hebben overigens slechts weinig aan actualiteit ingeboet. Eigenlijk is, met enige uitzonderingen, op dit moment weinig meer over de kwantitatieve aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen bekend dan wat Bremer en Van Westreenen in 1964 naar voren hebben gebracht.

Een van de belangrijkste conclusies van de auteurs is, dat ruim 80 procent van alle huisarts-patiënt contacten om cura-

tieve redenen plaatsvindt. De huisarts in Nederland doet overwegend curatief werk; het aantal curatieve contacten is zelfs bijna vijf maal zo groot als het aantal preventieve contacten (tabel 3). Bremer en Van Westreenen voorspellen dat in de toekomst het curatieve werk nog meer op de voorgrond zal treden. Het is eigenlijk bedroevend dat ons onvoldoende gekwantificeerde en gegeneraliseerde informatie ten dienste staat om deze voorspelling op haar

waarde te schatten. Nog steeds varen wij op het kompas van de informatie van een zeer beperkt aantal onderzoekers.

De anamnese

Uitvoerig gaan Bremer en Van Westreenen in op de betekenis van de anamnese. Zij benadrukken dat voor talrijke afwijkingen de anamnese zo kenmerkend is, en dat de bevindingen bij algemeen lichamelijk onderzoek zo gering

Tabel 3. Verdeling van 2630 huisarts-patiënt contacten naar aard en leeftijd in procenten.

Curatief	81,6	Kinderen	24,1
Preventief	16,8	Volwassenen	58,9
Informatief	1,6	Bejaarden	17,0

zijn, dat de huisarts voor de diagnose uitsluitend op de anamnese is aangewezen. Zij stellen dat het oppervlakkig bezien onwaarschijnlijk lijkt, dat in de toekomst belangrijke veranderingen in dit gedeelte van het huisartsgeneeskundig handelen verwacht kunnen worden. Maar de auteurs gaan dieper in op de wijze waarop de techniek van het opnemen van de anamnese wordt geleerd, en op wat zij vinden dat de moderne huisarts in de toekomst zou moeten kunnen:

Overigens is het wel nuttig te bedenken dat de huisarts in het algemeen een zogenaamde „centrifugale” anamnese opneemt, waaronder wij verstaan het inslaan van een bepaalde weg bij het stellen van de vragen, indien wij menen een aanknopingspunt te hebben gevonden. Klaagt een patiënt over pijn boven in de buik en jeuk, dan zullen wij hem ongetwijfeld vragen naar de kleur van zijn faeces en urine. Deze methode brengt evenwel het gevaar mee van het blijven voortgaan op de verkeerde weg, die dan nog dikwijls de weg is, welke wij zelf het meest geschikt vinden in dit geval! Het is nuttig regelmatig om te kijken en zich van tijd tot tijd op het punt van uitgang te bezinnen.

De tegenovergestelde methode is de „centripetale” anamnese, waarbij door middel van een aantal vragen vele andere mogelijkheden worden uitgesloten om tenslotte hopelijk bij de enig goede te belanden. Een voorbeeld hiervan is de door het Nederlands Huisartsen Genootschap uitgegeven „hoofdpijnstatus”.

Afgezien van het feit dat een uitgebreide anamnese meestal niet volledig tijdens het spreekuur kan en behoeft te worden afgevoerd, kunnen wij de vraag stellen of de meest gewenste benadering van de hulpzoekende mens een niet veel subtielere aanpak vereist. De geschetste gang van zaken past bij een autoritaire, dirigerende houding van de arts, waarbij zeker de talrijke patiënten met in lichamelijke klachten verholde emotionele problematiek niet tot hun recht zullen komen. De laatste jaren heeft men ingezien, dat aan de klassieke anamnese op zijn minst een psycho-sociale vragenlijst moet worden toegevoegd (*Weijel*). De hantering hiervan dient echter wel met enige omzichtigheid te geschieden en vraagt van de arts een veel meer luisterende en toleranter houding dan hem tijdens zijn opleiding werd onderwezen. De directe vraag naar psychische oorzaken wordt meestal prompt ontkennend beantwoord, terwijl het soms duidelijk is, dat deze er wel degelijk zijn. In de loop van het verdere gesprek komt dan soms ineens een opmerking van de kant van de patiënt, die voor een goed luisteraar „de sleutel” van het probleem kan betekenen (*Van Westreenen*, 1962).

Onderzoek

Nadat zo de betekenis van psychosociale problematiek voor de huisarts aan de orde is gesteld, vragen de auteurs om

nader wetenschappelijk onderzoek, wijzen zij op de belangen van subjectieve beoordeling en worden de verzakelijking en ontkerstening van onze maatschappij ten tonele gevoerd:

(...) In de toekomst zal nader wetenschappelijk onderzoek op dit gebied in Nederland niet kunnen worden gemist; hier zou wellicht een dankbaar arbeidsveld kunnen zijn voor het Huisartsen-Instituut. Daarbij zou dan tevens aandacht kunnen worden besteed aan het door Wibaut gesignaleerde euvel van de divergentie in subjectieve beoordeling van ziekteverschijnselen. Bij een onderzoek van duizend mijnwerkers (Cochrane) moesten vier onderzoekers uitmaken, wie van hen hoesten en sputum opgaven. De resultaten varieerden zo sterk, dat de hoogste opgave bijna driemaal de laagste was.

De toenemende verzakelijking en ontkerstening van onze maatschappij zullen in de toekomst de huisarts maken tot een klankbord voor de mens, die in zijn problematiek is vastgelopen en die althans bij hem een menselijke resonantie verwacht. De huisarts van de toekomst zal deze taak des te beter kunnen vervullen, naarmate de subtiële intermenselijke invloeden, die de waarde van de aloude anamnese mede bepalen, worden onderworpen aan moderne wetenschappelijke onderzoeksmethoden.

Over het „onderzoeken” kraken Bremer en Van Westreenen een harde noot. Zij vragen, bijna twintig jaar avant la lettre, het NHG richtlijnen voor het huisartsgeneeskundig onderzoek op te stellen:

Kan men van mening verschillen over de vraag, of de huisarts in staat moet worden geacht op verantwoorde wijze de stembanden van zijn patiënt te kunnen spiegelen ofwel bijvoorbeeld de proctoscoop te kunnen hanteren – veel zal hier afhangen van persoonlijk gerichte belangstelling – het is wel gewenst dat er communis opinio bestaat over een minimum aan onderzoeksmogelijkheden, waarover de huisarts moet kunnen beschikken. Wij achten het de taak van het N.H.G. hiernaar in de toekomst een onderzoek in te stellen en hierover richtlijnen te geven.

Zelf doen en adviseren

Wat is er trouwens van de oproep van auteurs terechtgekomen dat huisartsen zoveel mogelijk alles zelfstandig moeten behandelen wat maar praktisch mogelijk is?

(...) In de grote steden, waar goed geutilleerde traumatologische poliklinieken dag en nacht zijn bemand, zal de huisarts vanzelf meer verwijzen dan ten plattelande, waar economische factoren een behandeling ter plaatse wenselijk maken. Tenslotte is een belangrijke factor: wat verwacht de patiënt van de huisarts in dit opzicht? Het zal de status van de huisarts niet verhogen indien

hij een in lekenogen eenvoudige technische ingreep niet zelf kan of wil verrichten. In dit opzicht zou men kunnen stellen: de huisarts moet behandelen, wat door hem behandelbaar is (*Huygen*).

Gezien de al eerder genoemde toenemende verstedelijking van Nederland dreigt het gevaar, dat de grote chirurgische centra ook de kleine traumata blijvend zullen gaan behandelen, hetgeen mede is toe te schrijven aan de vaak moeilijke bereikbaarheid of de onvoldoende interesse en uitrusting van de huisarts. Wil men hierin verandering aanbrengen, dan zal ook op dit gebied onderzoek moeten worden verricht naar de aard en duur van de behandeling van die afwijkingen, die in de huispraktijk kunnen worden behandeld. Behalve minimumeisen aangaande de aandoeningen, die wel of niet hieronder moeten worden gerekend, zal men niet kunnen ontkomen aan een zekere standaardisatie in de behandelingsmethoden. (...)

Nadat Bremer en Van Westreenen voor de tweede keer hebben voorgesteld om eisen te stellen aan het huisartsgeneeskundig handelen, gaan zij uitvoerig in op het adviseren. Overigens heeft Bremer zich de afgelopen twintig jaar over dit onderwerp niet onbetuigd gelaten:

De adviezen betreffende de dagelijkse activiteiten (meer rust, vroeger naar bed, niet werken, weer gaan werken, enzovoort) staan, evenals bij Scott, bovenaan de lijst in frequentie. In tabel 2 zien wij dat deze adviezen over de drie leeftijdsgroepen vrij gelijkmatig zijn verdeeld (respectievelijk 16,8, 20,3 en 17,0 procent). Praktisch al deze adviezen berusten op empirie. Of op gewoontevorming? Waarom moet iemand met een maagzweer, met een hernia nuclei pulposi, of een hepatitis infectiosa altijd maar weer zes weken naar bed? In de toekomst zal de huisarts veel meer moeten individualiseren en zijn advies moeten baseren op objectieve verschijnselen in plaats van een star schema te hanteren. Ook over het moment van werkherhaling geeft de huisarts dikwijls advies. Overleg tussen de behandelend en de controlerend geneesheer zal in de toekomst veel meer moeten plaats vinden om tot een, ook economisch, verantwoorde beslissing te komen. Beter dan vroeger ziet men tegenwoordig ook de gevaren in van het geven van rust in het algemeen en van bedrust in het bijzonder. Speciaal bij bejaarde patiënten moet de arts met het geven van dergelijke adviezen zuinig zijn (*Chapchal, Schreuder*). (...)

Aan het slot van het hoofdstuk over het adviseren willen wij nog wijzen op het vraagstuk van de geboorteregeling dat „een van de belangrijkste gezondheidsproblemen is van deze tijd” (*Muntendam*). Hier moet de huisarts volledig in staat zijn alle nodige adviezen te geven. (In ons onderzoek werden deze adviezen ondergebracht bij „andere adviezen”). De techniek van de geboorteregeling, waar onze lieve (ongehuwde) Alma Mater zo voor terugschrikt, kan onder andere

worden geleerd tijdens een stage op een van de bureaus voor huwelijks- en geslachtsleven (*Musaph*).

De status van oude vrijster is de universitaire gemeenschap naar het lijkt definitief ontvallen; adviezen over geboortenregeling worden dan ook niet langer ondergebracht bij „andere adviezen”.

Het gesprek

Tenslotte behandelen Bremer en Van Westreenen de betekenis van het gesprek tussen huisarts en patiënt, en de voorwaarden waaraan dit moet voldoen. Zij voorspellen dat aan de universiteiten voorlopig van een scholing in gesprekstechniek geen sprake zal zijn, zodat de nascholing van de huisarts hieraan meer aandacht dient te besteden. Maar de tijd verandert:

De tijd, waarin de patiënt zich als vanzelfsprekend onderwierp aan de autoriteit van de arts, is voorgoed voorbij. In de toekomst zullen wij rekening hebben te houden met mensen, die terecht willen weten wat wij met hen van plan zijn, die op de hoogte willen worden gehouden met te verwachten onderzoeken en behandelingen. Bij de beperktheid van de mogelijkheden tot direct behandelen en gezien de twijfelachtige waarde van de wassende stroom geneesmiddelen, zal het gesprek voor de huisarts een grote diagnostische en therapeutische waarde kunnen hebben. Behalve als onderdeel van de anamnese zal de aard ervan veelal voorlichtend en adviserend zijn.

Therapeutisch ligt voor de huisarts de waarde van het gesprek vooral in de geruststelling van die patiënten, die hun onzekerheid en levensangst aan de huisarts aanbieden in de vorm van lichamelijke klachten. Wij verwachten, dat de betekenis hiervan in de toekomst zal toenemen.

Opmerkelijk is toch dat het gesprek tussen huisarts en patiënt de afgelopen twintig jaar een belangrijk zwaarder gewicht heeft gekregen dan in het begin van de zestiger jaren voorspeld kon worden.

Nabeschuiving

In een laatste citaat aandacht voor de nabeschuiving van Bremer en Van Westreenen:

Uit het door ons ingestelde onderzoek zijn geen vergaande conclusies te trekken. Daarvoor is het te beperkt en te persoonlijk. Hetgeen echter wel duidelijk naar voren springt is, dat de werkzaamheden van de huisarts voor het overgrote deel in de curatieve sfeer plaats vindt. Behalve het begeleiden, adviseren en het te zijner tijd verwijzen zal hij zich voornamelijk hebben bezig te houden met de daadwerkelijke behandeling

van die grote groep van patiënten, wier lichamelijke en geestelijke stoornissen buiten de muren van het ziekenhuis blijven. De huisarts van de toekomst zal zich niet zozeer hebben te richten naar wat er van hogerhand voor hem wordt uitgedacht, doch veel meer naar wat zijn patiënten van hem verwachten. Hoewel de preventie een belangrijk onderdeel van zijn werk zal blijven, dienen wij er rekening mee te houden dat de toenemende urbanisatie van Nederland deze taak van de huisarts eerder zal doen verkleinen dan vergroten. Kennis, vaardigheid en menselijke belangstelling zijn en blijven essentiële voorwaarden voor een juiste uitoefening van dit beroep.

Bremer en Van Westreenen hebben bijna twintig jaar geleden gewezen op de noodzaak van een aantal veranderingen. Sommige daarvan zijn inderdaad tot stand gekomen. Op andere veranderingen hopen wij nog steeds even vurig als Bremer en Van Westreenen in 1964 deden. Wat dat betreft, is er weinig veranderd.

Literatuur*

- Chapchal, G. (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1837.
- Huygen, F. J. A. (1959) *Huisarts en Wetenschap* **3**, 54.
- Muntendam, P. (1960) *Huisarts en Wetenschap* **3**, 387.
- Musaph, H. Het consultatiebureau voor huwelijks- en geslachtsleven NVSH. 's-Gravenhage, 1960.
- Schreuder, J. Th. R. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 410.
- Vercruyse, E. V. W. Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek. *Van Gorcum, Assen*, 1960.
- Westreenen, E. van (1961) *Huisarts en Wetenschap* **4**, 20.
- Weijel, J. A. Medische psychologie. *Erven Bijleveld, Utrecht*, 1961.

* Van de oorspronkelijke literatuurlijst zijn alleen die publikaties opgenomen waarnaar in de citaten wordt verwezen. Zoals destijds gebruikelijk was, zijn de titels van de tijdschriftartikelen niet vermeld.

Tijdschriften van wetenschappelijke huisartsenorganisaties

- Allgemeinmedizin General Practice, Societas Internationalis Medicinæ Generalis, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk.
- Australian Family Physician, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria, 3002, Australië.
- Le Medicin de Famille/de Huisarts, Rue du Tabellion 76, 1050, Brussel, België.
- Huisarts Nu, Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, Grote Hondstraat 18, 2000 Antwerpen, België.
- Canadian Family Physician, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada.
- The Family Physician, PO Box 16250, Tel Aviv, Israël.
- Hong Kong College of General Practitioners, PO Box 10651, GPO, Hong Kong.
- The Family Practitioner, Room 1, NMA House, 5th Floor, 124 Jalan Pahang, Kuala Lumpur 02-14, Maleisië.
- The Finnish Association of General Practitioners, Ruoholahdenkatu 4, 00180 Helsinki, Finland.
- Transactions of College of General Practitioners of Sri Lanka, 147 Galle Road, Dehiwela, Sri Lanka.
- New Zealand Family Physician, PO Box 1, Owaka, South Otago, Nieuw-Zeeland.
- Journal of the Royal College of General Practitioners, Alford House, 9 Marlborough Road, Exeter, EX2 4TJ, United Kingdom.
- Journal of Pakistan Medical Association, PMA House, 39 Garden Road, Karachi-3, Pakistan.
- Philippino Family Physician, R-508 Dua Mercedes Building, Quiapo, Manila, Philippijnen.
- Le Médicin du Quebec, 1440 St. Catherine St. West, Suite 1100, Montreal, Quebec. H3G 1R8 Canada.
- Newsletter, PO Box 2270, Bulawayo, Rhodesië.
- Singapore Family Physician, The Alumni Medical Centre, 4A College Road, Singapore 3.
- Elan, PO Box 27399, Sunnyside, Pretoria, Zuid-Afrika.
- American Family Physician, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, USA.