

J. A. C. JONGERIUS

Depressie

Veel auteurs benadrukken gevoelsaspecten (zoals zich somber en leeg voelen) bij de herkenning van een depressie. De discriminerende betekenis van cognitieve aspecten, zoals een negatief zelfbeeld of een negatief toekomstbeeld, is echter veel groter. Een van de belangrijkste risico's bij een depressief syndroom is het gevaar van suïcide. Lichamelijke klachten vormen vaak de aanleiding voor de hulpvraag; soms wordt daardoor zelfs de achterliggende depressie niet herkend. Gericht lichamelijk onderzoek dient altijd plaats te vinden: een depressief beeld kan veroorzaakt zijn door organische afwijkingen en ook depressieve patiënten kunnen lichamelijk ziek zijn. Klinisch gezien is alleen het onderscheid in depressies met en zonder vitale kenmerken relevant. Bij een depressie met vitale kenmerken is de kans op suïcide groter; daarnaast heeft een depressie met vitale kenmerken specifieke therapeutische implicaties. Voor de begeleiding is er de keus uit gesprekstherapie en farmacotherapie of een combinatie van beide. Als een medicamenteuze behandeling niet tot resultaten leidt, dient expliciet naar de compliantie te worden geïnformeerd.

Inleiding

Het is voor de huisarts niet altijd gemakkelijk om de diagnose depressie te stellen: niet iedere patiënt die (al dan niet als reactie op een geleden verlies) een verdrietige, sombere of depressieve indruk maakt, lijdt immers aan een depressie of, wellicht juist, een depressief syndroom.

Epidemiologisch onderzoek naar het vóórkomen van depressieve syndromen onder de bevolking is schaars. Een literatuurstudie naar de prevalentie van depressieve syndromen laat zien dat het aantal 'zekere depressies' ongeveer 15 per 1000 mensen van 18 jaar en ouder bedraagt. Indien de 'grensgevallen'

worden meegerekend, stijgt dit aantal ongeveer 50 per 1000.¹

Uit Nederlandse morbiditeitsregistraties in de huisartspraktijk komen enigszins uiteenlopende gegevens naar voren. Het Monitoringproject laat een eerstejaars incidentie zien van 13,2 depressieve patiënten per 1000 mensen van alle leeftijden, en een eerstejaars prevalentie van 18,2 depressieve patiënten per 1000 mensen.² De Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) geeft veel lagere cijfers.³ De verschillen tussen beide registraties kunnen voor een deel worden verklaard door de verschillen in benadering en classificering, die bij de CMR strikt diagnosegericht is, en bij het Monitoringproject veel meer probleemgericht.

De totale prevalentie van depressieve syndromen onder de bevolking moet groter zijn. Het is bekend dat er onder de bevolking veel niet bekende depressiviteit schuilgaat.^{4,5} Bij vrouwen komen depressieve syndromen tweemaal zo vaak voor als bij mannen; bijna de helft van het aantal depressies wordt gezien in de leeftijdscategorie 45-65-jarigen. Een derde deel is jonger dan 45 en de rest ouder dan 65 jaar.²

Over het spontane beloop van niet herkende depressies zijn geen gegevens bekend. Verondersteld mag worden dat in een aantal gevallen spontaan herstel optreedt, terwijl aan de andere kant ook zelfdoding onder deze patiënten zal voorkomen. Verder is uit onderzoek gebleken dat de helft van de patiënten bij wie uiteindelijk een depressief syndroom wordt gediagnosticeerd, in de maanden tevoren het spreekuur van een huisarts heeft bezocht met lichamelijke klachten.⁶ Lamberts stelt vast dat er in ruim 33 procent van de gevallen die in een jaar bekend zijn, sprake is van een voor de huisarts 'nieuw probleem'.²

Wanneer het bestaan van een depressief syndroom waarschijnlijk lijkt, worden veelal diagnoses geformuleerd die deels etiologisch, deels descriptief van aard zijn. Dit kan verwarrend zijn, terwijl bovendien aan het nut van dergelijke diagnoseformuleringen getwijfeld kan worden. De resultaten van een re-

cent onderzoek naar het symptoomprofiel van de depressieve patiënt ondersteunen de visie dat verschillen tussen depressies vooral in de ernst van de verschijnselen zitten, en dat er geen duidelijk onderscheid in 'soorten' depressies valt te maken.⁷ Ook bij het op dit moment in de psychiatrie meest gebruikte diagnosesysteem (DSM III) wordt bij het stellen van de diagnose depressie niet langer gebruik gemaakt van allerlei op pathogenetische gronden geformuleerde diagnoses; men beperkt zich tot een descriptieve benadering.

In dit artikel wordt ingegaan op de voor de huisarts belangrijkste kenmerken van een depressief syndroom.

Kenmerken van depressie

Gevoelsaspecten

Veel auteurs leggen de nadruk op de gevoelsaspecten (het zich somber en 'leeg' voelen, het gevoel dat niets je meer raakt) bij het herkennen van een depressief syndroom. Deze symptomen hebben echter bij het stellen van de diagnose geen discriminerende betekenis ten opzichte van een 'normale' rouwreactie. De stemmingsverandering dient gezien te worden in relatie tot de gebeurtenis die tot de verandering heeft geleid, waarbij ook het tijdsaspect van belang is. Het zijn vaak (veelal op non-verbale wijze gepresenteerde) stemmingsdalingen die de huisarts alert kunnen maken op het bestaan van een depressief syndroom.

Cognitieve aspecten

Depressieve gevoelens kent iedereen; het is dan ook niet zo essentieel hoe iemand zich voelt, maar veel meer hoe hij zichzelf bekijkt en beoordeelt (zelfbeeld). Volgens Beck is een negatief zelfbeeld en een negatief oordeel over het eigen bestaan, waarbij een toekomstbeeld ontbreekt, het meest kenmerkende van een depressie.^{8,9} Voor het stellen van de diagnose depressie is het dan ook van belang expliciet aandacht te besteden aan deze cognitieve aspecten. Het productief denken is bemoeilijkt en de patiënt zegt dat hij zich niet meer kan concentreren (cirkeldelen, piekeren).

Toch zijn ook deze waarnemingen niet bewijzend voor een depressie; zij komen ook voor bij andere psychosyndromen (overspanning) of bij verdriet, doordat bepaalde gebeurtenissen (bij-

Dr. J.A.C. Jongerius, huisarts te Utrecht, tevens verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht.

Correspondentie: Dr. J.A.C. Jongerius, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

voorbeeld een ernstig verlies) de patiënt zo sterk bezighouden dat hij niet meer toekomt aan andere dingen. Een negatief zelfbeeld of een negatief toekomstbeeld zijn echter cognitieve aspecten van een depressie die wél een discriminerende betekenis hebben. Van belang is de waarneming dat de patiënt geen uitweg meer ziet.

Gedragsaspecten

Bij een depressie behoeft het manifeste gedrag zich niet van 'normaal' te onderscheiden; daarbij kunnen zich wél bepaalde klinische symptomen voordoen, zoals slaapstoornissen, eetlustverlies, moeheid en libidoverlies. Vaak zijn er echter ook voor de buitenwereld manifeste veranderingen. Zo kan de depressieve patiënt een vertraagde motoriek hebben en 'tot niets meer komen' ('geremde depressie'); anderzijds behoort een geagiteerd of agressief reactiepatroon met veel motorische onrust en doelloos bewegen tot de mogelijkheden ('geagiteerde depressie').

Ontstaan

Er zijn nog veel onbeantwoorde vragen over het ontstaan van depressies, met name over de mogelijk medisch-biologische oorzaken. Vanuit psychodynamisch oogpunt zijn er twee belangrijke theorieën, de systeemtheoretische en de psychoanalytische benadering.

De systeemtheoretische benadering gaat ervan uit dat een aantal mensen 'geleerd' hebben op psychisch ingrijpende gebeurtenissen te reageren met een (inefficiënt) passief probleem-oplossend gedrag. Deze patiënten voelen zich in voor hen soms uitzichtloze situaties vaak machteloos en hebben negatieve verwachtingen. Pogingen om veranderingen te bewerkstelligen, worden vaak als ineffectief ervaren.

De psychoanalytische benadering stelt dat door een aantal patiënten een ernstig verlies (gezondheid, relatie, overlijden) ervaren wordt als een frustratie van de eigen narcistische gevoelens. De presentatie naar de buitenwereld is zodanig, dat alleen het weer herstellen van het (soms irreversibele) verlies de oplossing kan brengen. Met name die onmogelijkheid roept onbegrip en irritatie bij buitenstaanders en behandelaars op: 'de patiënt wil niet geholpen worden'.

Ook patiënten met een zeer streng

geweten lopen onder dit soort omstandigheden een groter risico op een depressie. Na het overlijden van een geliefde staan bijvoorbeeld de liefdegevoelens zo sterk op de voorgrond, dat er geen plaats is voor de (onbewuste) haatgevoelens, terwijl die door het verlies – de patiënt is in de steek gelaten – nog worden aangewakkerd. Het gevolg kan een groeiend schuldgevoel zijn – de patiënt richt de agressie op zichzelf – en een depressief syndroom zal het (moeilijk begrijpbare en moeilijk behandelbare) gevolg kunnen zijn.

Relevante aspecten

Suicidegevaar

Een van de belangrijkste risico's bij een depressief syndroom is het gevaar van suicide. Volgens voorzichtige schattingen vinden in Nederland per jaar veertien geslaagde suicides per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder plaats. Het risico is groter bij mannen, bij alleenstaanden, bij gescheidenen, bij ouderen en vooral bij die depressieve patiënten die ooit eerder een poging tot zelfdoding hebben ondernomen.¹⁰ Verontrustend is de relatief zeer sterke toename onder jongeren. Voor jongens van 15-19 jaar is de incidentie toegenomen van 2,5 per 100.000 mensen in 1950 tot 5,7 in 1982. Bij meisjes in die leeftijd bedraagt de toename zelfs meer dan 200 procent: van 1,0 in 1950 tot 3,5 in 1982.¹¹ En de cijfers voor 21-29-jarigen zijn nog hoger.

Door *Sainsbury* is een correlatie aangetoond tussen het toegenomen suicidale gedrag en factoren als ontwrichting van gezinsverbanden en toegenomen werkloosheid.¹¹ De adolescent is vaak wel in staat sociale problematiek te herkennen en te voorzien, maar mist mogelijk vaker dan volwassenen de emotionele stabiliteit om zich ertegen te weren.

De huisarts dient niet alleen te beoordelen of er sprake is van suicidegevaar, maar ook hoe groot dat gevaar is. Het bespreekbaar maken van suicide kan de angst hiervoor bij de patiënt verminderen. Wanneer suicidegevaar bespreekbaar is, blijkt de patiënt vaak bereid om werkafspraken voor één of meer dagen te maken, vanuit het gevoel 'dat de dokter hem begrijpt'. Indien er niet naar wordt gevraagd, kan dat bij de patiënt leiden tot een versterkt gevoel dat hij niet wordt begrepen.

Als er geen werkafspraken zijn te

maken (bijvoorbeeld als suicidaliteit niet bespreekbaar of hanteerbaar is, of als er direct levensgevaar is), dient verwijzing of opname te worden overwogen (Crisiscentrum, RIAGG, PAAZ). Bij verwijzing dient expliciete informatie-overdracht betreffende de vermeende suicidaliteit plaats te vinden.

Psychose

Van psychose kan worden gesproken als denken, stemming en motoriek extreem zijn gestoord. Vanuit de gedachte dat niemand van hem houdt kan de patiënt tot de conclusie komen dat in (zijn) werkelijkheid iedereen hem haat. Dit zal zich kunnen uiten in hypochondrische wanen, of schuld- en zondewanen. Ook kunnen hallucinaties optreden.

Een stoornis in de realiteitswaarneming bij de patiënt is hierbij essentieel: de patiënt leeft in een constant gevoel van extreme angst. De hulpverlener moet hierop bedacht zijn, als hij het gevoel heeft geen contact met de patiënt te krijgen. Er is een zeer grote kans op suicide. Het vaststellen van een depressie waarbij zich dit beeld voordoet, is een opname-indicatie; de patiënt dient direct te worden verwezen.

Organische afwijkingen

Lichamelijke klachten vormen vaak de aanleiding voor een hulpvraag bij een patiënt met psychosociale problemen. Zeker bij patiënten met een depressief syndroom staan deze klachten relatief vaak op de voorgrond; soms zelfs zo uitgesproken dat de achterliggende depressie niet (direct) wordt herkend (gemaskeerde depressie).⁶ Bovendien komt het voor dat een depressieve patiënt een in wezen onbelangrijke aandoening (bijvoorbeeld een verkoudheid) aangrijpt als reden om zijn huisarts te raadplegen.

Organische afwijkingen kunnen echter ook de oorzaak van een depressief beeld zijn (bijvoorbeeld tumor cerebri, hypothyreoïdie, koortsende ziekten, uremie of dehydratie bij bejaarde patiënten). In deze gevallen is het duidelijk dat het somatisch lijden dient te worden behandeld. Bovendien dient de huisarts zich te realiseren dat ook bij depressieve patiënten een somatische ziekte als coincidentie kan voorkomen. Vaak leeft bij de huisarts het idee dat lichamenlijk onderzoek bij depressieve patiënten somatische fixatie kan bevorderen. Bij gericht, relevant onderzoek

met een goede uitleg behoeft dit zeker niet het geval te zijn.

Vitale kenmerken

Onder een 'depressie met vitale kenmerken' wordt niet hetzelfde verstaan als een 'vitale depressie'. Een vitale depressie wordt door *Van Praag* als een 'motiefloos' depressief syndroom onderscheiden van een personale depressie.¹² Iedere depressie, dus ook een personale depressie, kan vitale kenmerken gaan vertonen. Van een depressie met vitale kenmerken wordt gesproken, indien zich een typisch complex van vooral vegetatieve symptomen binnen het beeld van de depressie voordoet. Kenmerkend zijn doorslaapstoornissen (na enkele uren wakker worden en niet verder kunnen slapen); dagschommelingen (de patiënt voelt zich 's avonds laat minder depressief dan 's morgens) en vegetatieve verschijnselen (eetlustverlies, gewichtsverlies, amenorroe, obstipatie of diarree).

Klinisch gezien is alleen het onderscheid tussen depressies met en zonder vitale kenmerken relevant. Bij een depressie met vitale kenmerken is de kans op suïcide groter. Daarnaast heeft een depressie met vitale kenmerken specifieke therapeutische implicaties.

Begeleiding

Het vaststellen van een depressief syndroom is al niet eenvoudig, de begeleiding is vaak nog moeilijker. In principe is er de keus uit gesprekstherapie en farmacotherapie. Interventiestudies in de huisartspraktijk zijn niet bekend.

Uit de bevindingen van het Monitoringproject komt naar voren dat bijna 30 procent van de patiënten met een depressief syndroom geen therapie krijgt aangeboden; 45 procent van deze patiënten krijgt farmacotherapie, 17 procent psychotherapie en ongeveer 10 procent krijgt een advies mee naar huis; 5 procent krijgt 'symptomatische' therapie en eveneens 5 procent wordt naar een specialist verwezen; een klein gedeelte hiervan voor een spoedopname (2 promille van de depressieve patiënten die bij de huisarts komen).²

Gespreksbegeleiding

Voor de patiënt is er meestal een aanwijsbare oorzaak voor het ontstaan van zijn depressie. De huisarts kan die gebeurtenis als uitgangspunt nemen, en

trachten door te vragen naar de beleevingsaspecten van die gebeurtenis. Het onderscheid tussen exploratief diagnostisch bezig zijn en gespreksbegeleiding is hier niet scherp meer te trekken. Het is in ieder geval voor de patiënt belangrijk dat hij weet dat hij bij zijn huisarts op begrip en vertrouwen kan rekenen.

Het is volstrekt zinloos de depressieve patiënt te wijzen op het vele zinvolle in zijn bestaan. Het kan verder gevaarlijk zijn de patiënt met vakantie te sturen.

Voor de huisarts is gespreksbegeleiding van de depressieve patiënt vaak moeilijk. Wanneer de huisarts het gevoel heeft dat de begeleiding niet lukt, dient hij een deskundige te consulteren. Indien het tot een verwijzing komt, dient deze goed te worden voorbereid. De patiënt moet gemotiveerd worden, en hij mag niet het gevoel krijgen dat hij wordt 'afgeschoven'.

Farmacotherapie

Farmacotherapeutische behandeling heeft zin bij depressies die zich van meet af aan als vitaal manifesteren, en is ook geïndiceerd vanaf het moment dat een depressie vitale kenmerken krijgt.¹³

De traditionele antidepressiva hebben vrijwel alle een zogenaamde tricyclische structuur (amitriptyline, clomipramine, doxepine, imipramine). De laatste jaren wordt er een nieuwe generatie tetracyclische antidepressiva geïntroduceerd (maprotiline, mianserine). Vooral de tricyclische antidepressiva zouden, met name bij overdosering, een grote kans op bijwerkingen geven (droge mond, duizeligheid, orthostatische hypotensie, mictiestoornissen, accommodatiestoornissen, glaucoom, transpiratie). Daarnaast geven deze middelen meer kans op hartritmestoornissen; een recent infarct is een contraïndicatie. De kans op hartritmestoornissen, die ook bij de tetracyclische antidepressiva in overdosis voorkomen, maakt deze medicamenten overigens tot beruchte pharmaca bij gebruik voor suïcidepogingen. Doordat de antidepressieve werking meestal pas na 1,5 - 3 weken waarneembaar is, en de werking op de motoriek en het anxiolytisch effect eerder beginnen, bestaat bij het gebruik van antidepressiva in het begin bovendien een grotere kans op ontremming en suïcidaliteit.

Gezien de langere plasmahalfwaardetijd kan bij het toedienen van antide-

pressiva meestal worden volstaan met een eenmalige dosering voor de nacht. De huisarts doet er goed aan één of twee middelen goed te leren kennen en zich hiertoe verder te beperken. Het is verstandig in het begin laag te doseren en, afhankelijk van eventueel uitblijvend resultaat of bijwerkingen, voorzichtig meer te geven.

Wanneer de patiënt uit zijn depressie raakt, dient men zich te realiseren (en de patiënt ervan te overtuigen) dat een niet geringe verergering van de depressie kan worden verwacht, wanneer de medicatie voortijdig wordt gestaakt. Aanbevolen wordt de behandeling enkele maanden voort te zetten en geleidelijk uit te sluiten.

Bij de behandeling van een bipolaire depressie zou lithiumcarbonaat zinvol zijn om de manische fase therapeutisch te beïnvloeden. Profylactisch is lithium bovendien van nut ter voorkoming van zowel de manische als de depressieve fase van een bipolaire depressie. Het middel dient zeer langdurig en onder goede controle te worden voorgeschreven. Het heeft een zeer smalle therapeutische breedte, waardoor regelmatige bloedspiegelcontrole nodig is (wekelijks, later maandelijks). De gewenste bloedspiegel ligt tussen 0,6 en 1,2 mmol/l. Boven deze waarde treden bijwerkingen snel op (misselijkheid, braken, dorst, spierzwakte, tremoren, diabetes insipidus, struma). Boven 1,3 mmol/l kan een dreigende intoxicatie optreden (extreme moeheid, heftig braken, tremoren, etc.).

Wanneer een natriumbepert dieet of natrium-eliminierende diuretica worden gegeven, of wanneer de patiënt door zware inspanning veel transpireert, is de lithium-clearance verlaagd en zal de kans op intoxicatie groot zijn. Om deze redenen lijkt het gewenst een patiënt in te laten stellen door ervaren deskundigen (psychiatrische polikliniek). Indien een stabiele instelling is bereikt, zou de huisarts de controle kunnen voortzetten, mits hij kan beschikken over goede laboratoriumfaciliteiten en mogelijkheden tot consultatie.

Beschouwing

Hoewel de huisarts bij het genereren van hypothesen in het hulpverleningsproces meestal aan een depressief syndroom denkt op grond van de presentatie door de patiënt van een aantal ge-

drags- en gevoelsaspecten, wordt de diagnose bevestigd aan de hand van cognitieve aspecten. Voor de huisarts is het herkennen van een depressief syndroom belangrijker dan de ontstaanswijze. Daarnaast is het van belang risico's te kunnen beoordelen en adequate begeleidingsadviezen te kunnen geven. Juist omdat deze categorie patiënten het per definitie 'niet ziet zitten', zijn hun motivatie om hulp te zoeken en hun compliantie vaak niet optimaal. Als een medicamenteuze behandeling geen resultaat geeft, dient dan ook expliciet gevraagd te worden naar de compliantie.

Goede informatie over doel, werking en eventuele bijwerkingen van de medicamenten is zeker bij deze categorie patiënten voorwaarde voor een goede therapietrouw. Geduld en tact zijn belangrijke instrumenten en ook dan zal de begeleiding niet altijd moeiteloos verlopen.

Een bepaalde therapie behoeft overigens een andere aanpak niet uit te sluiten. Steeds meer auteurs menen dat een gesprekstherapeutische behandeling samen kan gaan met farmacotherapie; het kan zelfs zinvol zijn een proefbehandeling met antidepressiva te beginnen bij een depressief syndroom waarbij vitale kenmerken in hun klassieke vorm ontbreken.^{14 15}

Het aanleren en bijhouden van de benodigde vaardigheden om depressieve patiënten te herkennen en te begeleiden, verdienen een plaats in de opleiding en nascholing van de huisarts. Daarnaast is het essentieel dat de huisarts weet samen te werken met deskundigen in de eerste en tweede lijn (eerstelijns psychologen, Crisiscentra, RIAGG's, PAAZ), zodat der patiënt zo weinig mogelijk risico loopt en een optimale begeleiding krijgt.

Dankbetuiging

Met dank aan mw. Drs. M. van den Brug-van Walsum, psychologe, en mw. Drs. M. Kuyvenhoven, sociologe, voor hun kritisch commentaar bij het tot stand komen van dit artikel.

- ¹ Ormel J, Brook FG, Wiersma D. Depressie: de behandelde en onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1984; 62: 670-8.
- ² Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 376-93.
- ³ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM, eds. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen

University Department of General Practice, 1985.

- ⁴ Giel RC, Le Nobel CPJ. Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. Ned Tijdschr Geneesk 1971; 115: 950-4.
- ⁵ Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community; the pathway to psychiatric care. London: Tavistock, 1980.
- ⁶ Wilson D, Widmer R, Cadoret RJ, Judiesch K. Somatic symptoms. A major feature of depression in a family practice. J Affective Disord 1983; 5: 199-207.
- ⁷ Lindenbergh EDJ. Het symptoomprofiel van de depressieve patiënt [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.
- ⁸ Beck AT. Depression. New York: Hoeber, 1976.
- ⁹ Beck AT. The development of depression: a cognitive model. In: Friedman HJ, Katz NM, eds. The psychology of depression. Contemporary theory and research. Washington: Winston, 1974.
- ¹⁰ Diekstra RFW. De opgroeiende dood. Baarn: Ambo, 1984.
- ¹¹ Sainsbury P, Beart AE, Jenkins J. Suicide trends in Europe. Copenhagen: WHO, 1981.
- ¹² Van Praag HM. Het diagnostiseren van depressies. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 2274-81.
- ¹³ Rooymans HGM. Ambulante behandeling met antidepressiva. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 2456-60.
- ¹⁴ Van Scheyen JD. Suïciderisico's bij vitale depressies. In: Symposiumverslag. Oss: Organon, 1982.

Struikelblok

Struikelblokken

In de organisatie van ons werk stuiten we bij herhaling op dingen die beter kunnen.

Struikelblokken zijn naar onze ervaring bijvoorbeeld:

1. *Als er een opname in het ziekenhuis heeft plaats gevonden en u bent daarna weer thuis gekomen zouden wij het zeer op prijs stellen als u ons laat weten of u contact met ons wenst. Het blijkt keer op keer dat we dat zelf verkeerd inschatten en wél langs gaan als dat overbodig of zelfs ongewenst is en niet verschijnen waar ons bezoek nuttig was geweest. De ernst van de medische aandoening blijkt daar totaal niets mee te maken te hebben.*

2. *Herhaaldelijk blijkt ons telefonisch spreekuur overbelast te zijn. Dat leidt tot irritaties over en weer. We verzoeken u drin-*

gend alleen voor korte vragen (bijvoorbeeld over een laboratorium uitslag) hiervan gebruik te maken. Overeenkomstig landelijke normen zullen wij, als een telefoongesprek duidelijk een bezoek aan het spreekuur vangt, onze particulier verzekerde patiënten in het vervolg voor dit consult een rekening sturen.

3. *Een andere bron van irritatie is het uitlopen van onze spreekuren. Eén van de oorzaken daarvan is gelegen in het feit dat sommige mensen de gewoonte hebben hun klachten op te sparen en dan op het spreekuur de hele rij ineens presenteren. Dat lijkt handig maar is dat niet! Wij hebben uitsluitend spreekuur op afspraak en als u dus langer nodig heeft dan voor u is vrijgehouden, moeten de anderen allemaal wachten. De*

oplossing is dat u bij het maken van de afspraak aankondigt dat u waarschijnlijk meer tijd nodig heeft. We kunnen dan ook rekening houden met het belang van de andere mensen.

4. *Het valt ons de laatste tijd op dat regelmatig mensen uit de praktijk buiten ons om de EHBO van ziekenhuizen in de buurt bezoeken als er kleine ongevallen hebben plaats gevonden. Dat is meestal ten onrechte en dus niet goed, daar het veel geld kost en onnodige onrust veroorzaakt. We hebben met de ziekenhuizen waarmee we samenwerken afgesproken dat zij de mensen die voor 'gewone blessures' of wondjes naar de polikliniek gaan buiten de huisartsen om, naar ons worden terug verwezen. (Uit een patiëntencirculaire.)*