

sche bevindingen positief (sensitiviteit 75 procent). Bij in totaal 31 patiënten werd de diagnose appendicitis uiteindelijk verworpen; geen van deze patiënten had een positieve echoscopie (specificiteit 100 procent). Echografie resulteerde in 29 gevallen in wijziging van het voorgenomen beleid.

Jan Groot

Ankle sprain. An analysis of hospital referral from family practice *Dunlop MG, McNiven AC. Fam Pract 1987; 4: 97-9.*

Hoe gericht verwijzen huisartsen patiënten met een enkeldistorsie naar de tweede lijn? Om deze vraagstelling te beantwoorden, werden 97 opeenvolgende patiënten die door hun huisarts naar een EHBO-afdeling waren verwezen, vergeleken met 403 patiënten die zich daar eigener beweging hadden gemeld.

De ernst van het trauma verschilde niet significant tussen beide groepen. Een leeftijd boven de 60 jaar, onvermogen het been te belasten en drukpijn op de distale fibula bleken belangrijke diagnostische parameters. Patiënten boven de 60 jaar waren oververtegenwoordigd in de groep die door de huisarts was verwezen; voor de andere twee parameters scoorden beide groepen gelijk.

Als men deze drie criteria hanteert als indicatie voor röntgenonderzoek, was 70 procent van de verwijzingen door de huisartsen terecht. In de groep die zich direct tot de EHBO had gewend, was röntgenonderzoek in 58 procent van de gevallen geïndiceerd. Verder bleek een duidelijk instabiele enkel reden tot verwijzing.

Hantering van deze vier criteria zou leiden tot een efficiënter verwijsbeleid, terwijl geen ernstige fracturen gemist zouden worden.

D.W. Meijer Timmerman Thijssen

Diagnosis of alcoholism in a simulated patient encounter by primary care physicians *Brown RL, Carter WB, Gordon MJ. J Fam Pract 1987; 25: 259-64.*

De ziektegeschiedenis van een op de computer gesimuleerde alcoholist werd voorgelegd aan 95 huisartsen. Slechts 35 van de deelnemers stelden met zekerheid de juiste diagnose. Er was een grote variatie in de hoeveelheid informatie die men nodig had om de diagnose alcohol abusius te stellen. Een derde van de huisartsen interpreteerde de symptomen niet goed en stelde een verkeerde diagnose. Er werd geen verband gevonden tussen de antwoorden van de artsen en hun leeftijd, geslacht, het aantal jaren werkzaam in de praktijk en de mate van betrokkenheid met het alcoholprobleem.

Jan de Haan

De kleine eigen praktijk *Van Dijk P. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1988; 80 pagina's, prijs f 3,95. ISBN 90-90002055-1. Te bestellen door overmaking van f 3,95 op postgiro 4024 of bankrekening 699952530 van VNZ Zeist.*

Beknopt, en in de marge geïllustreerd met tekeningen en met 'wijsheden uit de volksgeeneeskunst' schrijft huisarts Van Dijk over alledaagse klachten, uiteenlopend van hoofdpijn tot platvoet. Het boekje lijkt te staan onder het motto: wacht het natuurlijk beloop af, neem beslist geen medicijnen, bedenk dat drukte en spanning klachten geven, en put gerust uit de leefregels die het gezonde verstand ingeeft. Een bruikbare invalshoek, waarbij helaas niet goed te vertalen is dat dit doel vorm krijgt in simplificaties, in ge- en verboden, en soms in aperte onjuistheden. Ik ben zo onaardig om enkele zinnen uit de teksten te citeren.

Bij slapeloosheid: 'Pas op voor piekeren'. Bij de stabiele zijligging: 'Dit moet u niet doen wanneer u denkt dat de nek is gebroken'. Bij hoofdpijn: 'Driekwart van alle mensen die hieraan lijden zijn vrouwen'. Bij spanningshoofdpijn: 'In tegenstelling tot andere vormen van hoofdpijn geeft het drinken van alcohol vaak verlichting'. Bij blaasontsteking: 'U kunt zich wapenen tegen deze infecties door te zorgen voor een evenwichtig levensritme', en: 'Maak met kokend water een aftreksel van kamille. De vloeistof zo heet mogelijk in een po doen en boven de opstijgende dampen gaan zitten' (gevaarlijk!).

Ik meen dat huisartsen weinig plezier zullen beleven aan dit boekje. Voor de doorgewinterde gezondheidsfreak is het hooguit meer van hetzelfde. Door de sterke reductie en versimpeling van de complexiteit van gezondheid en ziekte levert dit boekje geen bijdrage aan het terugdringen van onnodige medische consumptie – misschien de verborgen wens van de VNZ bij het besluit dit uit te geven.

E.H. van de Lisdonk

Zoutconsumptie en bloeddruk in een huisartspraktijk [*Dissertatie*]. *Van Binsbergen JJ. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988; 230 bladzijden, geen handelsuitgave.*

Het inzicht in de precieze relaties tussen de mineralen natrium, kalium, calcium en magnesium in de voeding enerzijds en anderzijds het ontstaan van hypertensie vertoont nog duidelijke hiaten. Ook de kennis over de hoogte van de consumptie van deze mineralen door de bevolking is nog lacunair. Bewust voorbijgaande aan het eerste probleem, stelde de auteur zich ten doel meer duidelijkheid te verkrijgen over de zoutconsumptie en over de mogelijkheden deze te beperken. Gege-

vens hierover zijn uitermate relevant met het oog op de hypertensiebestrijding, zowel voor de preventie als de behandeling. In de discussie over de hypertensiebestrijding – waarin de huisarts een centrale rol wordt toegekend – staan niet-farmacologische interventiemogelijkheden weer volop in de belangstelling. Steeds duidelijker is geworden dat farmacotherapie slechts een zeer bescheiden bijdrage kan leveren aan de vermindering van het probleem op populatieniveau.

In 1981 verrichtte Van Binsbergen in Brielle, de gemeente waar hij als huisarts werkzaam is, een beschrijvend onderzoek onder een systematische steekproef uit de volwassen bevolking. Bepaald zijn onder meer de bloeddruk, de Quetelet-index en de uitscheiding van natrium, kalium, calcium, magnesium en creatinine in de 24-uurs urine. Aan de hand van een verkorte voedingsenquête is getracht inzicht te verkrijgen in de consumptie van een aantal gangbare voedingsmiddelen, om de herkomst van de mineralen te kunnen traceren.

Voorafgaande aan de formulering van zijn onderzoeksvraagstellingen geeft Van Binsbergen een heldere, genuanceerde uiteenzetting van de resultaten van een literatuuronderzoek naar het zoutgebruik in historisch perspectief, de bepalingswijzen van de genoemde electrolyten, de pathofysiologische en epidemiologische aspecten van deze mineralen bij de bloeddrukregulatie, en de huidige kennis omtrent de hoogte van het zoutgebruik.

Uit het onderzoek in Brielle wil ik hier enkele, voornamelijk op het natrium betrekking hebbende resultaten vermelden.

Van bijna 60 procent (n=888) van de aangeschreven groep werden verwerkbaar gegevens verkregen. De natriumuitscheiding in de 24-uurs urine, die op groepsniveau een goede afspiegeling vormt van de natriuminname, bedraagt voor de onderzochte mannen gemiddeld 167 mmol, en voor de vrouwen 137 mmol (1 mmol Na = 58,5 mg NaCl). Omdat bijna 95 procent van de totale hoeveelheid opgenomen natrium wordt uitgescheiden door de nieren, kan hieruit worden afgeleid dat de gemiddelde consumptie van keukenzout voor de mannen ongeveer 10,5 gram bedraagt en voor de vrouwen 8,7 gram.

De Brielse waarden komen overeen met die uit eerder onderzoek in Nederland en andere westerse landen. In Brielle zijn het vooral de jongste leeftijdscategorieën die een hoge natriumuitscheiding vertonen. De Quetelet-index heeft een sterk positieve samenhang met de natriumexcretie, onafhankelijk van leeftijd en geslacht. Zowel de inter- als intra-individuele variabiliteit zijn aanzienlijk. Van Binsbergen berekent dat voor een nauwkeurige bepaling van de individuele natriumexcretie ten minste elf(!) 24-uurs urinebepalingen per persoon nodig zijn. Voor kalium zijn in dit verband vier bepalingen

gewenst. De kreatinine-uitscheiding blijkt slechts van beperkte waarde te zijn bij de beoordeling van de volledigheid van de urineverzameling.

Het onderzoek geeft ook belangrijke informatie over de molaire natrium/kalium ratio. Deze blijkt bij praktisch de gehele onderzoekspopulatie ongunstig tot zeer ongunstig. De Na/K ratio bedraagt gemiddeld 2,2 en wordt nauwelijks beïnvloed door leeftijd en geslacht. De hoge ratio's zijn vooral terug te voeren op één hoge natriumexcretie.

Met behulp van de gegevens uit de voedingsenquête, gerelateerd aan de natriumuitscheiding, is indicatief de bijdrage berekend van de belangrijkste natriumbronnen in de voeding aan de totale 24-uurs natriumuitscheiding. Bij de mannen varieert, afhankelijk van de leeftijd, de bijdrage van brood tussen de 17 en 25 procent. Vleeswaren leveren 10 à 21 procent, kaas 7 à 8 procent, melk en melkproducten 4 à 6 procent. De gezamenlijke bijdrage van deze voedingsmiddelen is voor de mannen gemiddeld 48 procent, en voor de vrouwen 40 procent. Tevens blijkt dat personen met de hoogste natriumuitscheiding meer van deze alledaagse voedingsmiddelen consumeren.

De WHO adviseert de consumptie van keukenzout geleidelijk te verlagen tot 5 gram per dag. De Voedingsraad acht een niveau van 9 gram (ongeveer het huidige gemiddelde) een voorlopig aanvaardbare individuele bovengrens. Van de Brielse onderzoeken overschrijft 80 à 90 procent de WHO-streefwaarde. De door de Voedingsraad gestelde bovengrens wordt overschreden door 57 procent van de mannen en 35 procent van de vrouwen. De conclusies zijn duidelijk: zeer velen consumeren te veel keukenzout, en daaraan valt op eigen kracht nauwelijks te ontkomen. Tekenend in dit verband is dat de deelnemers die opgaven een natriumbepert dieet te volgen, geen significant lagere natriumuitscheiding vertonen.

In een hoofdstuk over de praktische consequenties concludeert Van Binsbergen dat individuele interventie gedaan is te mislukken zonder een ondersteunend voedingsbeleid van de overheid. Hij wijst in dit verband op het in 1986 door de Voedingsraad uitgebrachte advies 'Vermindering gebruik keukenzout', dat deels op het Brielse onderzoek steunt. De Voedingsraad concludeert dat op dit moment een gemiddelde daling van de keukenzoutconsumptie door de volwassen bevolking met ongeveer 2 gram is te bereiken, vooral via een beperking van de toevoeging van keukenzout bij de bedrijfsmatige bereiding van voedingsmiddelen, en zonder consequenties ten aanzien van acceptatie, houdbaarheid en technologie. De mogelijkheden van verdergaande beperking zal produktgericht moeten worden onderzocht, aldus de Voedingsraad.

Van Binsbergen besluit dit belangrijke

promotie-onderzoek met aanbevelingen voor maatregelen op populatieniveau. Deze sluiten goed aan bij de nu gangbare opvattingen over beleid gericht op een gezondere voeding in het algemeen. Bepleit wordt op de verpakking van (bedrijfsmatig) bewerkte voedingsmiddelen de molaire Na/K ratio te vermelden, de productie van zoutbeperkte voedingsmiddelen te stimuleren en deze als zodanig herkenbaar, goedkoop en in een ruim assortiment op de markt te brengen. In eerste instantie moet de aandacht vooral uitgaan naar brood, vleeswaren en kaas, waarvan de molaire Na/K ratio ongeveer 7 bedraagt. Op den duur moet worden werkstelligd dat ook na de bedrijfsmatige bewerking van voedingsmiddelen de natuurlijke Na/K ratio van de uitgangspakketten goedgevoerd gehandhaafd blijft. De laatste stelling bij het proefschrift luidt: 'Zodra de politiek evenveel belang hecht aan de water- en zouthuishouding van de bevolking als aan die van de Oosterschelde, is het hypertensievraagstuk in Nederland waarschijnlijk snel opgelost'.

Een behartigenswaardig proefschrift. Actueel, gezien de thans gevoerde discussies in de Tweede Kamer over het voedingsbeleid in het algemeen, en – ook in EG-verband – over de voedingswaarde-aanbieding. Nu zeer recent het Voedingswaarde-aanduidingenbesluit (Warenwet) van kracht is geworden, wordt het mogelijk voor producten met een derde minder natrium te claimen dat deze een verlaagde natriumgehalte hebben, zonder dat de producent, zoals het dusver, hiervoor een apart Koninklijk Besluit moet hebben. Actueel ook, gelet op de door Boot aangewakkerde discussie over de voor- en nadelen van preventie gericht op individuen met een verhoogd risico, en van preventie op populatieniveau.

W.A. van Veen

Inbreng van patiënten. Een onderzoek van spreekuurcontacten [Dissertatie]. Van der Grinten RF. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988; 192 pagina's, geen handelsuitgave. ISBN 90-9001977-4.

De huisartsgeneeskunde hecht veel belang aan hulpverlening volgens het participatiemodel. Dit biedt, in tegenstelling tot het klassieke medisch model, duidelijk ruimte voor een eigen inbreng van de patiënt. Wat moet onder dit laatste worden verstaan, hoe zit het met die inbreng tijdens het normale dagelijkse spreekuurcontact, waar hangt die mee samen en hoe is die te bevorderen? Zie daar enkele vragen die aanleiding vormden voor het onderzoek waarover Van der Grinten verslag doet: een verkenning op het terrein van patiëntenparticipatie waarmee wordt beoogd inzicht te verwerven ten behoeve van GVO, de dagelijkse praktijk en

het beroepsonderwijs voor toekomstige huisartsen.

Bij de behandeling van aspecten die van belang lijken voor een analyse van het spreekuurcontact, volgt Van der Grinten een input-process-outcome schema. Onder 'proces' verstaat hij het spreekuurcontact en meer specifiek het aandeel van de patiënt en de huisarts daarin. Tot de 'input' worden gerekend: de persoonlijke kenmerken, klachten, hulpbehoeften en dergelijke die de patiënt als bagage naar het spreekuur meeneemt. Als aspecten van de onmiddellijke 'outcome' komen de satisfactie van de patiënt en de beleidsbeslissingen van de huisarts in aanmerking.

Deze input-process-outcome aspecten worden vervolgens opgesplitst in vijf groepen kenmerken. Twee daarvan hebben betrekking op de inbreng van de patiënt: 'mogelijke inbreng' (redenen van hulpvragen, wensen en verwachtingen, eigen meningen zoals die voor aanvang van het spreekuurcontact bestaan) en 'feitelijke inbreng' (expliciete hulpvraag, wensen, vragen, informatie, opvattingen, het eigen aandeel in denk- en beslissingsproces en het initiatief van de patiënt, zoals die tijdens het spreekuurcontact naar voren komen). De overige drie bestrijken achtergrondgegevens (persoon- en klachtgebonden patiëntkenmerken en karakteristieken van het contact), de werkwijze van de huisarts (meer of minder op inbreng van de patiënt gericht) en de uitkomst van het contact (beleidsbeslissingen van de huisarts). De concrete vragen waarop het onderzoek een antwoord moet geven spitsen zich toe op deze kenmerken en hun onderlinge samenhang. Bovendien wordt een vraag toegevoegd over de invloed van een korte cursus op de inbreng-gerichte werkwijze van huisartsen.

De auteur verrichtte een exploratief onderzoek in de praktijken van veertien aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut verbonden huisartsopleiders. Patiënten die voor een niet eerder gepresenteerde klacht een ochtendspreekuur bezochten, kregen in de wachtkamer een schriftelijke vragenlijst over achtergrondgegevens en mogelijke inbreng voorgelegd. Hun spreekuurcontact werd vervolgens op audiocassette opgenomen en na afloop vulden patiënt en huisarts ieder een vragenlijst in over het spreekuurcontact. Aldus werden gegevens verzameld van 562 patiënten; 160 audio-opnamen van spreekuurcontacten werden geselecteerd voor analyse van de feitelijke inbreng van de patiënten en de werkwijze van de huisartsen.

Om de grote hoeveelheid data enigszins hanteerbaar te maken voor analyse werd achteraf een aantal reducties in het oorspronkelijke onderzoekmateriaal aangebracht: vragen met een onbruikbaar of te homogeen antwoordpatroon werden geschrapt en andere met overeenkomende betekenis werden samen gevoegd; het aantal antwoordcategorieën per item werd hier en daar gereduceerd

tot een di- of trichotomie. De talrijke analyses van het resterende materiaal resulteren in een groot aantal bevindingen. De betekenis daarvan is niet altijd even duidelijk omdat (zoals bij een schot hagel) toevalstreffers een moeilijk te beoordelen rol kunnen spelen. We beperken ons hier tot de belangrijkste resultaten die de inbreng van patiënten betreffen.

Elke patiënt komt met een eigen pakket van redenen, wensen en meningen naar het spreekuur. Aspecten van de mogelijke inbreng zijn daardoor (een systematische samenhang ontbreekt) niet onder één noemer te brengen of te kwantificeren in termen van veel of weinig. De meeste mensen gaan om zowel zakelijke als gevoelsmatig getinte redenen naar de dokter; sommige (ook) op aandrang van hun omgeving. Van het spreekuur verwachten ze vooral lichamelijk onderzoek, een gesprek over persoonlijke problemen, behandeling, verwijzing en/of informatie. Drie van de vier patiënten hebben een eigen mening over de diagnose van de klacht. Wat patiënten aan mogelijke inbreng naar het spreekuur meenemen, hangt zeer wisselend samen met achtergrondgegevens. Het duidelijkst is het verband met klachtgebonden kenmerken (de aard en ernst van de aandoening).

In de meeste contacten is de feitelijke inbreng van de patiënt beperkt. Een expliciete hulpvraag ontbreekt in driekwart van de contacten. Een vraag over oorzaak, diagnose of beleid valt in de meeste contacten niet te beluisteren. Anders is het gesteld met het verstrekken van informatie over de premedische fase en het geven van eigen meningen over oorzaak, diagnose of beleid. In tweederde van de contacten levert de patiënt een belangrijke bijdrage aan het verloop van het consult, maar eveneens in tweederde van de contacten ontbreekt op cruciale momenten een inbreng, bijvoorbeeld ten behoeve van overleg over de probleemdefinitie of over het beleidsplan. De indruk bestaat dat patiënten in ongeveer de helft van de contacten spontaan een inbreng leveren; in de overige contacten uiten zij zich vooral op aandringen van de huisarts. Ook bij de onderzochte aspecten van de feitelijke inbreng, omschreven als het stellen van vragen, het verschaffen van informatie, het uiten van opvattingen en het deel hebben aan het denk- en beslissingsproces, is weinig gemeenschappelijks te vinden.

Of een patiënt feitelijke inbreng heeft, blijkt (wat de achtergrondgegevens betreft) vooral samen te hangen met de aard en de duur van de klacht. In de feitelijke inbreng tijdens het spreekuurcontact komt niet duidelijk tot uiting wat er aan redenen, wensen en verwachtingen en eigen meningen bij de patiënt leeft; alleen de bestaande behoefte aan informatie komt min of meer aan bod. De werkwijze van de huisarts doet er wel toe

als het gaat om het kenbaar maken van wensen, het geven van informatie over de beleving van de klacht en van opvattingen over de gevolgen van de aandoening of het te voeren beleid.

De uitkomst van het contact (bepaald in termen van beleidsbeslissingen als lichamelijk onderzoek, recept, geruststelling, persoonlijk gesprek) blijkt weinig verband te houden met de inbreng van de patiënt in het contact, maar is meer afhankelijk van de aard van de klacht en ook enigszins van de werkwijze van de huisarts. Er zijn aanwijzingen dat het verscherpen van aandacht van de huisarts voor de inbreng van patiënten tot een meer op patiënteninbreng gerichte werkwijze kan leiden.

Op grond van zijn onderzoek komt de auteur onder meer tot de conclusie dat er een opvallende discrepantie bestaat tussen de vooraf bestaande wensen, vragen, verwachtingen en dergelijke bij patiënten en datgene wat in contact met hun huisarts naar voren komt. In de spreekkamer lijkt nogal wat onder tafel te blijven. Een afdoende verklaring daarvoor ontbreekt in het onderzoek. Maar duidelijk is dat dit gegeven aandacht verdient, zowel bij GVO-activiteiten ter verruiming van het aandeel van patiënten in de zorg voor hun gezondheid als bij de huisartsopleiding en -nascholing ter bevordering van een meer op de inbreng van patiënten gerichte werkwijze.

Dit beknopte, goed leesbare proefschrift is interessant voor allen die zich op deze terreinen bewegen en belangstelling hebben voor patiëntenparticipatie.

J.F.M. Thomassen

ICPC International Classification of Primary Care Lamberts H, Wood M, eds. Oxford: Oxford University Press, 1987; 201 bladzijden, prijs £ 15.00. ISBN 0-19-261633-1.

Deze publikatie is de bekroning van de jarenlange inspanning van een internationale groep huisartsen om een meer op de huisarts toegesneden classificatiesysteem te ontwikkelen. Nadat in 1983 de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2) en in 1986 de International Classification of Process in Primary Care (IC-PROCESS-PC) al waren verschenen, heeft nu met de verschijning van de ICPC een soort overkoepelend classificatiesysteem het licht gezien, waarmee drie belangrijke elementen van het huisarts-patiënt contact zijn te classificeren: de reden voor het contact, de diagnose en elementen uit het proces van de hulpverlening. Drie van de SOAP-elementen worden hiermee bestreken.

De ICPC is een twee-assig systeem, waarvan de ene as bestaat uit componenten en de andere uit hoofdstukken. De componenten betreffen: Symptomen en klachten, Diagnostiek, screening en preventie, Behande-

ling, handelingen en medicatie, Resultaten van onderzoek, Administratieve aspecten, Overige, en Diagnose of ziekte. Vijftien hoofdstukken bevatten categorieën van orgaansystemen, die beter dan de ICD zijn toegesneden op de problemen van de eerste lijn. Het ingenieuze is echter dat De ICPC wél compatibel is met de ICD. In de overige twee hoofdstukken kunnen psychologische en sociale problemen ondergebracht worden.

In het algemeen geldt dat goed is nagedacht over mogelijke toekomstige ontwikkelingen, waardoor flexibel kan worden ingespeeld op vernieuwingen. Naast een duidelijke beschrijving van het systeem is in het boek ook een instructie opgenomen over het gebruik van de ICPC. Het feit dat het systeem niet alleen informatie kan geven over één consult maar ook over een episode, maakt het tot een onmisbaar instrument bij het verzamelen van gegevens over een 'population based medicine'. Doordat Nederland een belangrijk aandeel heeft gehad in de 'field trial' waarin het systeem is uitgetest, is het aannemelijk dat het ook in de Nederlandse situatie makkelijk toepasbaar is.

De Nederlandse versie is voor geïnteresseerden verkrijgbaar bij Prof. dr. H. Lamberts, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

J. van Eijk

Fysiotherapie bij CARA Gosselink HAAM, e.a. Utrecht: Bunge 1988; 301 bladzijden, prijs f 85,- (BFr. 1700). ISBN 90-6348-015-6.

Dit boek is ontstaan op initiatief en onder auspiciën van de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie en het Nederlands Astma Fonds, met medewerking van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit. Ook deze uitgave van Bunge ziet er qua vormgeving weer prachtig uit. De frequentie waarmee CARA in de huisartspraktijk voorkomt, rechtvaardigt een boekwerk waarin aandacht wordt gegeven aan de fysiotherapeutische behandelingsvorm van deze grote verzameling van uiteenlopende ademhalingsstoornissen die het optreden van bronchusobstructie als gemeenschappelijk kenmerk hebben. Het lezen ervan heeft mij echter veel moeite gekost. Het is een hele turf met vele tabellen en grafieken ter illustratie van een uitgebreide verhandeling over de fysiologie en pathofysiologie van de ademhaling. De directe relatie met het praktisch handelen van de huisarts is ver te zoeken. Alleen voor hen die zich in extenso willen verdiepen in bovenstaande aspecten van CARA heeft deze verhandeling nut. Het boek lijkt niet geschikt voor de medicus practicus werkzaam in de eerste lijn.

G.R. Hoekstra