

**NEDERLANDS  
HUISARTSEN  
INSTITUUT**

**JAARVERSLAG  
1968/1969**

le zin!

## INLEIDING

Πάντα ῥεῖ- alles vloeit, alle dingen veranderen voortdurend.

Dit Heraklitische beginsel, dat ook in de geneeskunde altijd zo van toepassing is geacht, is meer dan ooit geldig. Een van de meest opvallende kenmerken van onze tijd is, dat zich in kennis en kunde, in verhoudingen en structuren, in opvattingen en ideeën, vaak ondanks de schijn van het tegendeel, veranderingen in een zeer snel tempo voltrekken.

Ook op het gebied van de huisartsgeneeskunde doen zich ontwikkelingen voor, die enkele jaren geleden nog voor onmogelijk zouden zijn gehouden. De huisartsgeneeskunde gaat aan de universiteiten een plaats krijgen in de opleiding. Aan vrijwel alle universiteiten zijn hoogleraren benoemd, die — zij het onder verschillende naam — de ontwikkeling van en de opleiding in de huisartsgeneeskunde tot hun taakgebied krijgen. Een andere, misschien niet minder revolutionaire, ontwikkeling doet zich voor op het gebied van de praktijkvoering. Voor insiders mogelijk langzaam, maar in werkelijkheid verrassend snel, komen thans groepspraktijken tot stand en zelfs gezondheidscentra, als nieuwe vormen van gezondheidszorg.

Het N.H.I. heeft in de ruim vijf jaar van zijn bestaan een belangrijk aandeel gehad in deze ontwikkeling. Het lijkt goed van dit tijdstip gebruik te maken om enerzijds nog eens stil te staan bij de vraag op welke wijze het N.H.I. deze taak — bij te dragen aan ontwikkeling en bevordering van de huisartsgeneeskunde — heeft trachten te vervullen. Anderzijds dwingt de snelle ontwikkeling de blik vooruit te richten en na te gaan wat de consequenties zijn voor het N.H.I., bijvoorbeeld van het tot stand komen van universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde.

### Overzicht van activiteiten

De vraag naar de wijze waarop het N.H.I. getracht heeft een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, kan wellicht het beste beantwoord worden door een overzicht van de activiteiten van de afgelopen twee jaar. In de eerste plaats kan geconstateerd worden, dat over „huisartsgeneeskunde” zeer veel gepraat en geschreven is, maar dat het nog steeds moeilijk is het eigen karakter van het door de huisarts geleverde aandeel aan de gezondheidszorg te omschrijven. Toch is dit uiterst noodzakelijk, ten eerste om deze eigen aspecten van de huisartsgeneeskunde een plaats te kunnen geven in de opleiding en over te dragen aan toekomstige huisartsen. Ook voor de communicatie met anderen, het tot stand komen van samenwerkingsvormen, is een eigen plaatsbepaling nodig. En ten derde

is voor de uitbouw, de wetenschappelijke bestudering van de huisartsgeneeskunde, een zeker basisinzicht noodzakelijk, dat zeker nog niet volledig aanwezig is.

Niet vergeten mag hierbij worden dat de huisartsgeneeskunde — althans tot dusver — beoefend wordt in éénmansbedrijven en dat een wetenschappelijke traditie ontbreekt. Ook moet men de grootte van het door de huisarts bestreken gebied — van hartinfarct tot voetwrat, van opvoedingsprobleem tot chronische reuma- of kankerpatiënt — indachtig zijn.

Het terrein van de huisartsgeneeskunde moest dus in kaart worden gebracht en een deel van het wetenschappelijk onderzoek werd hieraan gewijd. Het Intermitterend Morbiditeitsonderzoek (IMO), dat in nauwe samenwerking met de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G. werd uitgevoerd, werd in de verslagperiode tot een goed eind gebracht. De resultaten ervan werden in een proefschrift (A. P. Oliemans, Morbiditeit in de huisartspraktijk, 1969, diss. Utrecht) neergelegd. Door dit onderzoek en door dit proefschrift kwamen belangrijke gegevens beschikbaar, omdat de frequentie van ziekten en aandoeningen in de huisartspraktijk nog onvoldoende bestudeerd was.

Het verdient vermelding, dat dit onderzoek — en hetzelfde geldt voor de andere activiteiten van het N.H.I. — alleen mogelijk is geweest door het enthousiasme van de huisartsen, die de registratie verrichtten.

52 Nederlandse huisartsen noteerden ieder in elk kwartaal gegevens over elk patiënt-contact gedurende een week en brachten zo een schat van gegevens bijeen. Twee andere onderzoeken hebben ten doel de met het IMO vergaarde gegevens uit te diepen en andere aspecten van de huisartsmorbiditeit en de praktijkvoering van de huisarts naar voren te brengen. Beide onderzoeken bezitten nog in belangrijke mate het karakter van een registratie. In een drietal praktijken, in Lelystad, Stolwijk en Utrecht-Overvecht, wordt van alle contacten met patiënten een groot aantal gegevens vastgelegd met betrekking tot de diagnose en de daarmee samenhangende diagnostische en therapeutische procedures. Dit onderzoek maakt het dus mogelijk, ons inzicht te vergroten in hetgeen zich op deze terreinen in de huisartspraktijk afspeelt. Deze registratie werd 1 jan. 1969 begonnen en wordt in 1970 voortgezet. In de komende jaren zullen deze gegevens nader uitgewerkt worden. In 1968 en 1969 werden bovendien de voorbereidingen getroffen voor de oprichting van een netwerk van zogenaamde peilstations.

In zeer nauwe samenwerking met de Geneeskundige Hoofdinspectie en gesubsidieerd door het Preventiefonds zullen met ingang van 1 januari 1970 ruim vijftig, goed over Nederland gespreide, huisartsen een aantal gegevens registreren. Het betreft hier in tegenstelling tot het IMO een telling van een

geselecteerd aantal ziekte-toestanden of situaties, waar bijzondere belangstelling voor bestaat, terwijl verder van een beperkt aantal ziekten een longitudinaal onderzoek zal worden verricht, dat naar verwacht wordt 3 à 5 jaar zal duren.

Bovenstaande onderzoekingen betroffen alle de huisartsmorbiditeit en elementen van de praktijkvoering van de huisarts. Men heeft ook op andere wijze getracht meer inzicht te krijgen in taak en functie van de huisarts en de wijze waarop hij deze taak vervult. Men kan hierbij denken aan vragen als: Hoe verloopt de diagnostiek van de huisarts? Hoe verloopt dit proces in de tijd? Welk deel kan de huisarts zelf verrichten, welk deel met behulp van anderen (specialist, laboratorium)? Soortgelijke vragen doen zich voor met betrekking tot de behandeling: Waaruit bestaat de behandeling van de huisarts? Eigen aandeel, aandeel van specialist of paramedici? Nog interessanter zijn de vragen van interactie tussen morbiditeit, diagnostiek en therapie, maar vanzelfsprekend wordt onderzoek evenredig ingewikkelder.

Met deze vraagstukken van taak en functie van de huisarts is eveneens een begin gemaakt. Over de receptuur van de huisarts werd een proefonderzoek gehouden, terwijl de therapie in meer algemene zin bestudeerd wordt in een werkgroep. Het blijkt dat deze laatste werkwijze zeer vruchtbaar kan zijn om de bijzondere aspecten van de aanpak door de huisarts en de verwevenheid hiervan met het ziekteverloop aan het daglicht te brengen. In dit kader verdient ook het verwijsonderzoek vermelding, dat een aspect van de taakverdeling met de specialist in het vizier neemt, en het longamo, waarmee voor een tweetal door de huisarts veel geziene klachten het verloop in de tijd werd gevolgd.

Een groep van instituutsmedewerkers is daarenboven begonnen met de taak, de gehele ingewikkelde samenhang van huisartsmorbiditeit, -diagnostiek en -therapie te analyseren. Een aantal uiteenlopende toestanden staat hierbij model voor een „schema van procedures” of een „beslissingsboom”.

Het tot dusverre vermelde betrof in hoofdzaak het in kaart brengen en de nadere analyse van de huisartsgeneeskunde, maar het N.H.I. probeert nog langs andere wegen een goede uitoefening van de huisartsgeneeskunde te bevorderen.

Wij denken hierbij aan het werk om de huisarts betere „tools”, betere methoden van diagnostiek of behandeling, in handen te geven.

Een belangrijk voorbeeld van een dergelijke „tool” is de anamnese-vragenlijst, welke opgesteld werd en die vragen bestrijkt over huidige klachten, voorgeschiedenis en familie-anamnese.

Een andere „tool”, waaraan gewerkt wordt, is een laboratorium-klapper die

het ingewikkelde en zich snel ontwikkelende gebied van de laboratoriumbepalingen beter toegankelijk moet maken voor de huisarts.

Twee onderzoeken kunnen eveneens in dit verband genoemd worden, omdat zij een bijdrage kunnen leveren aan het diagnostische arsenaal van de huisarts.

Eén onderzoek was gericht op de bejaarde patiënt en wel vooral op het onderkennen van die patiënten, die in het bijzonder de zorg van de huisarts nodig hebben. Een ander onderzoek had betrekking op het belangrijke gebied van de voeding. De vraagstelling hierbij was, op welke wijze de (huis-) arts zich snel een inzicht kan verschaffen in voeding en voedingstoestand van zijn patiënten.

Uitgaande van de gedachte, dat de vroege diagnostiek vooral voor de huisarts van grote betekenis is en dat hier een grote verantwoording voor de huisarts ligt, werd een tweetal andere activiteiten ondernomen. In de eerste plaats werd veel energie besteed aan het tot stand komen van de mogelijkheid voor huisartsen om cervixcytologie in de praktijk toe te passen. Nauw overleg tussen het N.H.I., het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en enkele afdelingen van de Rijksuniversiteit te Utrecht leidde ertoe, dat een begin gemaakt kan worden met de opzet van een cytologisch laboratorium. In samenwerking hiermee kan de toepassing van deze methode in de huisartspraktijk tot ontwikkeling worden gebracht.

Hiernaast kan het overleg genoemd worden, dat gaande is om de huisarts electrocardiografische mogelijkheden te geven. Het veld van de coronaire hartziekten wordt binnen de geneeskunde zo belangrijk en de huisarts neemt hierbij zulk een sleutelpositie in, dat er hard aan gewerkt wordt hem ook op dit gebied de passende „tools”, in casu de electrocardiografie, ter beschikking te stellen.

Men kan hierbij aan verschillende oplossingen denken. Een project waaraan gewerkt wordt, maar waarvan de uitvoering vele jaren zal vergen, is de beschikbaarheid voor alle huisartsen via een telefonische verbinding van een door een computer gegeven beoordeling van opgenomen cardiogrammen. De arts kan hierbij „à l’instant”, nog tijdens hetzelfde telefoon-„gesprek”, een mondelinge beoordeling krijgen en daags daarop, als documentatie, een schriftelijke bevestiging.

Voor huisartsen die reeds nu hun mogelijkheden tot vroege diagnostiek van hartziekten willen vergroten, werden E.C.G.-cursussen gegeven. Meer dan 100 huisartsen hebben hieraan reeds deelgenomen en de belangstelling lijkt nog niet af te nemen. Het N.H.I. is verder nog betrokken bij een project van vroege diagnostiek, waarbij naast het E.C.G. ook anamnese, lichamelijk onderzoek en biochemische bepalingen gebruikt zullen worden voor de screening

van een groep 40-jarige mannen op vroege verschijnselen of risicofactoren van coronaire hartziekten.

Van de „tools” van de huisarts naar de wijze van praktijkvoering: „il n'y a qu'un pas”. Zoals eraan gewerkt wordt diagnostiek en therapie van de huisarts op de hoogte van de tijd te houden, heeft ook de praktijkvoering in meer algemene zin de aandacht.

Wat zullen de gevolgen voor de huisarts zijn van de snelle maatschappelijke ontwikkeling, ook op het gebied van de gezondheidszorg?

De huisarts verricht reeds nu zijn werk in samenspel met vele anderen. In de eerste linie van de gezondheidszorg zijn er onder meer de wijkverpleegster en de maatschappelijk werkende, in de tweede linie neemt de betekenis van het ziekenhuis nog voortdurend toe.

De vraagstukken van de communicatie binnen en tussen beide linies zullen in de naaste toekomst veel studie en praktische uitwerking vragen. Het N.H.I. zal hierbij samen moeten werken met onder meer de beroepsorganisaties, de overheid en de verenigingen van ziekenhuiswezen.

Het zijn vraagstukken die allen raken en die de krachten van elk afzonderlijk te boven gaan.

Ontwikkelingen binnen het eerste échelon, waarbij het N.H.I. betrokken is, zijn onder meer de samenwerkingsexperimenten en de vorming van groepspraktijken.

Het N.H.I. heeft van de aanvang af geijverd voor experimenten met groepspraktijken, omdat gemeend werd dat deze vorm van praktijkvoering gunstige voorwaarden kan scheppen voor samenwerking, ook met anderen.

Het is verheugend dat wij thans hierbij het stadium van de praktische realisatie zijn binnengetreden. Op tal van plaatsen in den lande zijn of worden groepspraktijken gevormd, waarbij in veel gevallen het N.H.I. een bijdrage heeft mogen geven.

Het N.H.I. is zelf betrokken bij de vorming van een groepspraktijk in Utrecht-Overvecht.

Van de samenwerkingsexperimenten kan het project in Assen genoemd worden, waarvan in een publikatie („Samen zorgen”) verslag werd uitgebracht. Betrof het hier de samenwerking met de wijkverpleegster, een mogelijke bijdrage aan de samenwerking met de maatschappelijk werkende werd geleverd door het uitvoeren van een nascholingscursus voor medisch maatschappelijk werkers, georganiseerd door een stuurgroep, waarin het N.H.I. naast andere organisaties zitting had.

Wij zijn hiermee beland bij nascholing en voorlichting, twee activiteiten waarmee het N.H.I. zich van meet af aan heeft bezig gehouden. De afdeling Voorlichting blijkt in een grote behoefte te voorzien. Zowel door aanstaande als

door gevestigde huisartsen worden adviezen gevraagd inzake bouw en verbouwingen, financiële en patiënten-administratie, praktijkorganisatie, instrumenten, enz.

In de loop van de tijd is een grote ervaring opgebouwd, die nog steeds up to date wordt gehouden.

Wij zijn gelukkig in de persoon van De Widt (econoom) een hoofd van de afdeling Voorlichting gevonden te hebben als waardige opvolger van de interieur-architecte mevrouw Oswald-Gerritsen.

Bij de nascholing valt om te beginnen de belangstelling te vermelden, die nog steeds voor de oriëntatiecursus voor aanstaande huisartsen blijkt te bestaan.

Hiernaast werden verschillende andere cursussen georganiseerd, waaraan behoefte leek te bestaan. Het beleid wordt er echter meer en meer op gericht, vooral die werkzaamheden te vervullen, die van belang zijn voor de ontwikkeling van de nascholing in het algemeen, of werkzaamheden die door een landelijk instituut ten behoeve van alle huisartsen uitgevoerd kunnen worden. Ten behoeve van de nascholing in het algemeen wordt bijvoorbeeld aandacht besteed aan de vraag, welke vormen van nascholing voor de huisarts het meest geschikt zijn.

Van de werkzaamheden, die een landelijk instituut ten behoeve van de gehele huisartsengemeenschap kan verrichten, kunnen de fonodidaktische dienst en de t.v.-nascholing via Teleac genoemd worden.

Naar de banden van de fonodidaktische dienst bestaat een grote vraag. Met de Belgische huisartsen komt op dit terrein thans ook een samenwerking tot stand.

Rond het verschijnen van dit jaarverslag zullen waarschijnlijk de eerste Teleac-uitzendingen plaatsvinden, gericht op de nascholing van de huisarts. Zoals te verwachten was, heeft deze aangelegenheid het nodige stof doen opwaaien. Afgaande op de ervaringen in andere landen mag echter verwacht worden, dat deze vorm van nascholing zeker zal inburgeren en een belangrijke plaats zal gaan innemen.

Als laatste, maar zeker niet minst belangrijke, onderwerp waar het N.H.I. zich mee bezig heeft gehouden, kan de (post-)universitaire opleiding tot huisarts genoemd worden. In de tijd dat nog geen keuze gemaakt was tussen universitaire of post-universitaire opleiding tot huisarts, werd een ontwerp opgesteld dat de tweede mogelijkheid als uitgangspunt had. Dit ontwerp is in zoverre door de tijd achterhaald, dat inmiddels is gekozen voor een zevende universitair studiejaar, waarin de specifieke opleiding tot huisarts plaats zal vinden.

In Utrecht zal deze opleiding voor het eerst geschieden in 1971, aan andere



universiteiten drie jaar later, maar de voorbereidingen voor deze krachtproef zijn volop aan de gang.

De genoemde ontwikkeling heeft zeker het tot stand komen van universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde — in Utrecht en elders — bevorderd. In de toekomst zullen deze instituten een deel van de taak overnemen, die het N.H.I. gedurende de afgelopen periode heeft vervuld.

### **Huidige ontwikkeling**

In de toekomst zullen dus meer concentratiepunten bestaan voor de ontwikkeling en bevordering van de huisartsgeneeskunde.

Men mag verwachten dat de gevestigde huisartsen zich gedeeltelijk zullen richten op het in hun regio gelegen universitaire instituut. Een aantal van hen zal ook een rol bij de opleiding krijgen.

Wat zal hierbij de taak zijn van een landelijk instituut?

Het is van belang thans deze vraag te stellen naar de rol die het N.H.I. als landelijk instituut in de toekomst kan vervullen. De universitaire instituten zullen zich in de eerste plaats bezig gaan houden met de opleiding, maar ook met wetenschappelijk onderzoek en wellicht met nascholing.

Vastgesteld mag dan worden dat het overnemen van een aantal taken, die tot dusver door en in samenwerking met het N.H.I. tot stand zijn gekomen, ruimte kan scheppen voor een intensivering van taken, die vooral op de weg liggen van een landelijk instituut.

Het in samenwerking met anderen verder ontwikkelen van de gezondheidszorg in de eerste linie lijkt hierbij een hoofdtaak. Overheid, medische beroepsorganisaties én organisaties als de kruisverenigingen, waarmee in de praktijk samengewerkt gaat worden, zullen behoefte houden aan een centrale gesprekspartner. Het N.H.I. zal een aandeel moeten blijven leveren in het bevorderen en zo mogelijk evalueren van samenwerkingsvormen en groepspraktijken. De basis van dit alles zal studie moeten blijven van de huisartsgeneeskunde in eigenlijke zin.

Hiernaast werden die werkzaamheden reeds genoemd, die een centraal instituut ten behoeve van alle huisartsen, of ten behoeve van de universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde, kan uitvoeren. Als voorbeeld kan de ontwikkeling van de Teleac-uitzendingen en de fonodidaktische dienst genoemd worden. Het opbouwen van een documentatie-systeem van literatuur op het gebied van de huisartsgeneeskunde, en van een registratiesysteem van huisartsen behoort hier eveneens toe. De afdeling Voorlichting heeft reeds bewezen in een grote behoefte te voorzien.

Overzien wij de wijzigingen, die momenteel plaats vinden, dan is het wellicht

goed, nog eens terug te zien naar de periode van het tot stand komen van het N.H.I. Het N.H.I. kon tot stand komen doordat van verschillende zijde belangstelling werd betoond.

In eerste instantie is het idee van een huisartsen-instituut opgekomen in de kring van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Deze wetenschappelijke huisartsenvereniging had sinds haar oprichting een grote vlucht genomen. Voor vele taken — nascholing, wetenschappelijk onderzoek — leek een instituut, bemand met fulltime medewerkers, onontbeerlijk als aanvulling van datgene dat door huisartsen in hun vrije tijd in commissies en werkgroepen werd verricht.

De verwevenheid van N.H.G. en N.H.I. is in het verleden zeer groot geweest. Het N.H.G.-bestuur heeft als bestuur van de „Stichting tot Bevordering van de Huisartsgeneeskunde” het N.H.I. tot volwassenheid gebracht. Ook thans nog zijn voor velen, zowel huisartsen als anderen, N.H.G. en N.H.I. min of meer identiek.

Toch zijn er anderen, die evenzeer aan het N.H.I. bijdragen, maar vanuit een geheel ander uitgangspunt. De overheid heeft belangstelling voor het N.H.I. en steunt zijn ontwikkeling vanuit haar interesse voor de gang van zaken in het eerste échelon.

Een goed functionerend eerste échelon, waarin de huisarts een belangrijke plaats inneemt, is de beste waarborg én voor een goede — geïntegreerde — zorg aan de patiënt én tegen verspilling van gelden.

De ervaring in andere landen kan ons leren van hoeveel belang het is tot een vorm van gezondheidszorg te komen, waarin de huisarts zijn plaats blijft behouden.

Een derde schutspatroom in de oprichtingsfase van het N.H.I. is de Utrechtse medische faculteit geweest. De belangstelling gold hier de huisartsgeneeskunde in het algemeen, maar ook de bijdrage, die de huisartsgeneeskunde zou kunnen geven aan het medische curriculum.

In de afgelopen tijd heeft ondergetekende, eerst als buitengewoon en thans als gewoon hoogleraar, een toenemend deel van zijn tijd aan de opzet en uitvoering van het onderwijs moeten geven.

Met het naderen van de specifieke huisartsenopleiding in het zevende studiejaar zal deze taak nog terdege in omvang toenemen.

Παντα ῥεῖ, alles is in beweging, schreven wij in het begin van deze inleiding. De golf van élan en heroriëntatie onder de huisartsen, die in het N.H.G. begon en die zich in het N.H.I. voortzette, heeft thans nog een bredere bedding gekregen. Taken en bestuursstructuren zullen zich aan de gewijzigde omstandigheden moeten aanpassen. Reeds thans is besloten om een duidelijke

lijker onderscheid aan te brengen tussen N.H.I. en Utrechts Instituut voor Huisartsgeneeskunde, teneinde beider taken beter tot ontwikkeling te brengen. Het N.H.I. zal hiermee een duidelijker imago kunnen verkrijgen als landelijk instituut, met een taak ten opzichte van alle huisartsen en alle instituten voor huisartsgeneeskunde.

Veel houdt de toekomst nog verborgen. Dient ook de bestuursstructuur aangepast aan de huidige ontwikkeling? De taken van het N.H.I. zijn in het verleden uitgevoerd door een handvol medewerkers. Zowel stafleden als administratief personeel hebben zich ten volle ingezet. Ook van hen zullen sommigen een taak gaan vervullen binnen het N.H.I., sommigen in het Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Het is te hopen dat binnen korte tijd opnieuw een structuur is geschapen, die het mogelijk maakt, ieder op zijn eigen plaats, bij te dragen aan het niet-veranderende doel: de bevordering van de huisartsgeneeskunde.

Utrecht, januari 1970.

Prof. Dr. J. C. van Es.



# **Wetenschappelijk Onderzoek**



## Intermitterend Morbiditeitsonderzoek (IMO)

Het „IMO” heeft zich in de periode van zijn bestaan wel reeds een nationale faam verworven. Men weet dat dit project, waaraan 50 huisartsen medewerkten, de bedoeling had het inzicht in de huisarts morbiditeit te verbreden. Over het ziektepatroon, dat door de specialist in het ziekenhuis wordt gezien, en à fortiori over de mortaliteit, is immers veel meer bekend dan over de ziekten van alledag die voor de huisarts het grootste deel van zijn arbeidsterrein vormen. Voor opoeiding en na-opoeiding, maar ook als uitgangspunt voor wetenschappelijk onderzoek, zijn de verkregen gegevens van grote waarde.

In december 1967 was de registratie van de IMO-gegevens voltooid. Hierbij werden bijzonderheden verzameld betreffende 40.000 contacten tussen huisarts en patiënt (consulten of visites), welke het uitgangspunt van de analyses vormden. Voorbeelden van deze analyses zijn specificatie van de morbiditeit naar geslacht en leeftijd, naar diagnose (volgens de z.g. E-lijst), naar seizoen en naar urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging van de huisarts. Voorts kwamen oriënterende cijfers betreffende aspecten van de praktijkvoering ter beschikking: diagnostiek, therapie, verwijzing, dagpatroon van consulten en visites.

Het IMO was een „joint venture” van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) van het N.H.G. en van het N.H.I. De resultaten zijn ook samen bewerkt, waarbij het N.H.I. gebruik kon maken van de diensten van het Computercentrum der Rijksuniversiteit Utrecht. Het IMO vormde de basis voor het proefschrift van Oliemans („Morbiditeit in de huisartspraktijk”, maart 1969), waarmee deze zijn belangrijke aandeel aan dit onderzoek bekrond zag. Tevoren had Aulbers op het N.H.G.-congres in 1968 reeds een voordracht gehouden over een aantal praktijkanalytische gegevens, terwijl het de bedoeling is ook in de kolommen van „Huisarts & Wetenschap” aandacht te schenken aan deze morbiditeitsgegevens.

## Continue morbiditeitsregistratie in een aantal praktijken

Reeds eerder kwam ter sprake, hoezeer behoefte bestaat aan groter inzicht in de aard der aandoeningen, waarmee de patiënt zich tot zijn huisarts wendt en tevens in de „aanpak” in ruime zin van deze aandoeningen door de huisarts. Het IMO heeft een bijdrage op dit gebied geleverd, doch voortgezette studie blijft uiterst wenselijk. De mogelijkheid die in een groepspraktijk bestaat voor een betere arbeidsverdeling, leek ook voordelen te bezitten voor een registratie in bovenbedoelde zin. Door medewerking van de artsen van de groepspraktijken in Lelystad, Stolwijk en Utrecht-Overvecht konden in 1969 gegevens bijeengebracht worden over 8.500 patiënten.

Naast het hier reeds vermelde doel dient de registratie ook rechtstreeks nut af te werpen voor de deelnemers, bijvoorbeeld door de mogelijkheid tot oproepen van risico-patiënten of door vereenvoudiging van de (financiële) administratie.

Om gegevens uit de contacten tussen huisarts en patiënt op een aantal gegevens van de totale praktijkpopulatie te kunnen betrekken, was het nodig dat de gehele praktijkpopulatie op een zodanige manier geregistreerd zou worden dat deze op velerlei wijzen te groeperen en te sorteren is. Gekozen werd voor de oplossing dat de gehele praktijkpopulatie op een tape van de computer werd vastgelegd.

Van ruim 8.500 patiënten werden voor ieder drie hollerithkaarten vervaardigd. Op deze kaarten staat van elke patiënt gecodeerd: de patiëntcode, bestaande uit drie letters van de achternaam, het geboortjaar, de geboortemaand en de geboortedag, de verzekeringswijze van de patiënt, de burgerlijke staat, de sociale laag waartoe deze behoort, autochtoon of allochtoon (alleen voor Stolwijk), de naam en het adres. Al deze gegevens dienen min of meer als vaste gegevens van de patiënt beschouwd te worden.

Uiteraard treden hierin toch wel mutaties op; deze worden dan op zogenaamde mutatieformulieren in de computer ingevoerd.

Op de persoonskaarten is tevens ruimte gereserveerd, waarop de huisarts aandoeningen kan vastleggen die voorkomen in de familie van de patiënt en die een risicofactor voor de patiënten opleveren.

Ook kunnen risicofactoren waaraan de patiënt bloot staat (bedreigende leef- of werksituatie, b.v. omgaan met toxische stoffen), definitieve morbiditeit (diabetes) en langdurig gebruik van farmaca (orale anticonceptiva, antistollingsmiddelen e.d.) op deze persoonskaart geregistreerd worden.

Via de computer kunnen deze patiënten automatisch en periodiek opgeroepen worden, of in een bepaalde periode waarin dit wenselijk lijkt (influenza-vaccinatie van CARA-patiënten e.d.).



Op de contactkaarten, die ingevuld werden met betrekking tot elk face-to-face contact tussen huisarts en patiënt, worden de volgende gegevens vastgelegd: de patiëntcode, identiek aan de code op de persoonskaarten, zodat deze aan elkaar gekoppeld kunnen worden, verder de datum van het contact, de regulariteit, eventuele verwijzing naar een medisch specialist of paramedicus, eerste-, vervolg-, preventief contact, gebruik van röntgen en E.C.G. voor diagnostiek, de reden van het contact (E-lijst nummer), welke laboratoriumbepalingen verricht werden en in welk soort laboratorium en de door de huisarts ingestelde behandeling.

Bovendien vermeldt de arts de financiële consequenties van het contact met particuliere patiënten op de kaart, alsmede de kosten van afgeleverde farmaca (voor zover apotheekhoudend). Eénmaal per drie maanden worden er op basis van deze gegevens door de computer rekeningen uitgeschreven. Op deze wijze wordt de arts ontlast van de financiële administratie van zijn particuliere praktijk.

Voor de verwerking der waarnemingsuitkomsten werd een concept-draaiboek ontworpen. Er werd een aantal hoofdcategorieën ontworpen, t.w.:

- A. De tijd en frequentie van het zoeken van contact met de huisarts door de patiënt in relatie met de sociale laag waartoe hij behoort en de wijze waarop hij verzekerd is.
- B. De reden van het contact (diagnose) in relatie met een aantal persoonskenmerken van de patiënt.
- C. Het handelen van de arts in relatie tot een aantal persoonskenmerken van de patiënt.
- D. Het handelen van de arts in relatie tot de diagnose, b.v. diagnose en verwijzing, diagnose en soort onderzoek e.d.

Het zou in dit kader te ver voeren om de categorieën hier nader uit te werken. In 1969 werd aan dit project veel aandacht besteed.

Het is een project dat een schat van gegevens op kan leveren.

## Een landelijk netwerk van peilstations

Het IMO heeft laten zien van hoeveel belang het is een beter inzicht te verwerven in de door de huisarts waargenomen morbiditeit. Bij dit onderzoek werd tevens ervaring verkregen met het vergaren van morbiditeitsgegevens door medewerking van huisartsen.

Het onderzoek beperkte zich echter tot informatie over één jaar, die niet generaliseerd mag worden voor volgende jaren.

Is het van belang morbiditeitsgegevens te verzamelen over een langere periode? In bepaalde opzichten is dit zeker het geval. In de eerste plaats kan men denken aan de besmettelijke ziekten, als influenza-achtige ziektebeelden en ingewandsaandoeningen, waarvan het voorkomen van jaar tot jaar verschilt. Tevens lijkt het van belang bij sommige andere ziekten, zoals coronaire hartziekten, het beloop over langere tijd te volgen.

Het bleek dat voor het idee van een netwerk van peilstations bij het Ministerie van Sociale Zaken belangstelling bestond. Voor de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid zijn reeds vanaf 1965 een aantal peilstations, die wekelijks enkele besmettelijke ziekten rapporteren, werkzaam. De initiatieven die door de Geneeskundige Hoofdinspectie werden ondernomen om dit netwerk van peilstations een voor Nederland meer representatief karakter te geven, sloten zeer goed aan bij die welke in dit verband door het N.H.I. werden geëntameerd. Gezamenlijk werden de plannen uitgewerkt en geconcretiseerd in een overeenkomst tussen het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de Stichting tot Bevordering van de Huisartsgeneeskunde.

Als taakverdeling is overeengekomen, dat de registratie zal geschieden vanuit het N.H.I.. De projectleider werd door de Geneeskundige Hoofdinspectie ter beschikking gesteld, terwijl de computerbewerking ook op de Hoofdinspectie plaats zal vinden. Subsidiëring door het Preventiefonds maakt het mogelijk de deelnemende huisartsen voor hun medewerking te honoreren.

Het spreekt vanzelf dat men zich bij een project van langere adem beperkingen op moet leggen. Een programmacommissie, samengesteld uit leden benoemd door beide partners, is gekomen tot een voorlopig programma. In november 1969 werd een proefperiode gehouden en begin 1970 wordt een aanvang gemaakt met de registratie in 50 peilstations. Gegevens over bepaalde ziektebeelden worden hierbij per weekstaat gemeld, terwijl het overleg over de melding van individuele ziektegevallen nog wordt voortgezet. Met betrekking tot de spreiding der peilstations over Nederland en de per week te rapporteren ziektegevallen en andere informatie volgt hieronder een kort overzicht.

### *Spreading der peilstations.*

Er wordt uitgegaan van één peilstation per ca. 250.000 inwoners. Ten behoeve van de selectie der peilstations werd Nederland in vier provinciegroepen verdeeld.

<u>Provinciegroepen:</u>	Aantal deelnemende artsen:
Groningen, Friesland en Drente	7 *)
Overijssel, Gelderland en Zuidelijke IJselmeerpolders	10 *)
Utrecht, Noord- en Zuid-Holland	22
<u>Zeeland, Noord-Brabant en Limburg</u>	<u>12</u>
Nederland	51

\*) Twee groepspraktijken (2 x 2 artsen) worden als twee peilstations beschouwd.

Tevens werd een stratificatie naar urbanisatiegraad (conform C.B.S.) doorgevoerd.

<u>Urbanisatiegraad:</u>	Aantal deelnemende artsen:
Gemeenten met 100.000 of meer inwoners	15
Gemeenten met een stedelijk karakter tesamen met verstedelijkte plattelandsgemeenten	25 *)
<u>Plattelandsgemeenten.</u>	<u>11 *)</u>
Nederland	51

\*) Twee groepspraktijken (2 x 2 artsen) worden als twee peilstations beschouwd.

### *De rapportage per weekstaat.*

De vraagstelling betreft uitsluitend nieuwe gevallen van:

1. influenza-achtige ziektebeelden
2. exantheem van onbekende aard
3. acute diarreeën van onbekende aard

terwijl tevens gevraagd wordt naar:

4. zelfmoordpoging: geslaagd of niet geslaagd
5. adviezen betreffende geboorteregeling onderscheiden naar:
  - a. voor de eerste maal gegeven adviezen
  - b. herhalingsconsulten

De adviezen betreffen met name het voorschrijven van ovulatieremmers en van de „spiraal”.

6. verzoek tot abortus

Er zal worden gestreefd naar een kwartaalsgewijze rapportage.

In deze rapportage zullen in principe drie verschillende tabellen worden opgenomen:

1. een verdeling der gevallen naar leeftijd en geslacht
2. een verdeling der gevallen naar geslacht en provinciegroep
3. een verdeling der gevallen naar geslacht en urbanisatiegraad.

De eerste tabel zal tevens de gegevens per praktijk leveren. De praktijken worden daarbij met het codenummer aangegeven. Behalve absolute cijfers worden ook frequenties berekend aan de hand van de praktijksamenstelling. Wanneer niet over 5 dagen per week gerapporteerd zal kunnen worden (ziekte, vakantie, enz.) zal een correctiefactor bij de berekening der frequenties ingevoerd worden.

## Longamo

Moeizamer dan met het IMO is de gang van zaken geweest met het longitudinaal morbiditeitsonderzoek (Longamo). Zoals het IMO een dwarsdoorsnede gaf van de door de huisarts geziene morbiditeit, was de bedoeling van het Longamo op enkele punten ook een lengte-doorsnede te verkrijgen. Verwacht mocht worden dat de moeilijkheden, verbonden met het vervolgen van patiënten, groter zouden zijn dan die bij éénmalige registratie. Toch leek het ook van groot belang het algemene beeld, dat het IMO kan verschaffen, aan te vullen met informatie die meer inzicht kan geven. Bij het Longamo wil men gegevens verzamelen over het verloop van een ziekte, maar tevens over de activiteiten (diagnostiek, therapie, verwijzing), die de huisarts hierbij in de verschillende stadia ontplooit.

Tot dusver hebben met de methodiek van het Longamo twee proefstudies plaats gehad. Eén daarvan werd uitgevoerd door leden van het N.H.G.-centrum Arnhem en door leden van de C.W.O. Bij dit onderzoek naar maagklachten werden 128 nieuwe gevallen geregistreerd.

Het andere onderzoek betrof patiënten met lage rugpijn. Een 20-tal leden van het N.H.G.-centrum Utrecht legde de lotgevallen van 268 patiënten vast. Momenteel bevinden beide studies zich in het stadium van bewerking, zodat in het volgende jaarverslag verslag uitgebracht kan worden over de resultaten.

## Het project „Kamperfoelie”

De opzet van dit project, in Kampen begonnen, werd in het vorige jaarverslag beschreven. Het betreft hier een prospectief onderzoek bij vrouwen van 55 - 75 jaar, gericht op aetiologische momenten bij het ontstaan van mamma- en endometrium-carcinoom. In juni 1968 werd de fase van de „intake” afgesloten, waarmee gegevens over 7.300 vrouwen beschikbaar waren. Aan het onderzoek wordt meegewerkt door 53 huisartsen in verschillende delen van het land, die de in aanmerking komende vrouwen een gerichte anamnese en een gericht onderzoek afnamen. Bovendien werd centraal een cytologisch onderzoek verricht, gericht op informatie over de hormonale toestand. Een kernpunt in de aan dit onderzoek ten grondslag liggende gedachtengang vormt het begrip „postmenopauze-oestrus”, waarvan de activiteit door cytologisch onderzoek van vagina en/of urinesediment kan worden opgespoord. In het vorige jaarverslag werd uiteengezet, dat dit verschijnsel van de postmenopauze-oestrus bij vrouwen met een overgewicht van 10 of meer kilogram en met een diastolische bloeddruk van 100 of meer mm Hg ruwweg tweemaal zo frequent is als bij de groep vrouwen zonder deze kenmerken. De verwachting is dat in de eerste groep meer gevallen van mammacarcinoom zullen voorkomen dan in de laatste groep, terwijl vrouwen met alleen overgewicht een tussenpositie zullen innemen. Deze hypothese wordt getoetst in een prospectief onderzoek, waarvan de looptijd vijf jaar zal bedragen. In de verslagperiode werd het verschijnsel postmenopauze-oestrus nader bestudeerd door twee leden van de Kamperfoelie-werkgroep (mevrouw Tonckens en Pot, huisartsen te Rolde en te Kampen). Hun onderzoek was onder meer gericht op de stabiliteit van het verschijnsel bij de onderzochte vrouwen.

In samenwerking met het Endocrinologisch laboratorium van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht kon het verschijnsel van de postmenopauze-oestrus nader onderzocht worden. De bijnier speelt waarschijnlijk met betrekking tot dit verschijnsel een belangrijke rol.

In het vorige jaarverslag werd reeds vermeld dat ook een Engelse groep zich bezig houdt met de epidemiologische en hormonale aspecten bij het ontstaan van mammacarcinoom. Met deze groep werd in de verslagperiode nauw contact onderhouden.

In de periode oktober 1968 - november 1969 heeft een tweede cytologische ronde plaats gevonden. Van 80% van de vrouwen werd opnieuw studiemateriaal verkregen. Bij de follow-up zijn thans 25 patiënten met mammacarcinoom geregistreerd.

Boven beschreven onderzoek van De Waard geniet internationale belangstelling. Het contact met de Engelse groep, waarvan Bulbrook de spil is, werd reeds genoemd. In februari 1969 werd onder leiding van Tausk in Utrecht een symposium gewijd aan: „Hormonal aspects in the epidemiology of human breast cancer”, waarbij de voornaamste werkers op dit terrein ervaringen uitwisselden. Niet onvermeld mag ook de belangstelling blijven, die De Waard op een Amerikaanse reis verwierf, onder meer van de „Breast cancer task force” van het National Cancer Institute in Bethesda, Maryland. De bijzondere mogelijkheden voor prospectief onderzoek, welke onder de Nederlandse verhoudingen bestaan, werden hierbij door onze Amerikaanse collegae benijd.

## Oriënterend onderzoek naar de medische consumptie per sociale laag van de bevolking

Het Intermitterend Morbiditeitsonderzoek (IMO) bood de mogelijkheid om daaraan een oriënterend onderzoek te koppelen naar de medische consumptie per sociale laag van de bevolking. Een huisarts werkzaam op het Drentse platteland en een huisarts in Den Haag werden bereid gevonden om in de twee toen nog resterende telweken van het IMO van elke patiënt die gezien werd te noteren tot welke sociale laag deze behoorde volgens de gemodificeerde indeling van Van Heek.

Tevens werden de beide praktijken geïnventariseerd naar leeftijd, geslacht en sociale laag der patiënten.

Beide categorieën gegevens boden ons onder meer de mogelijkheid de plattelandspraktijk op een aantal punten met de praktijk in de grote stad te vergelijken. De contact-frequentie in de Haagse praktijk bedroeg het dubbele van die in de plattelandspraktijk bij gelijke praktijkomvang. In beide praktijken waren het relatief meer vrouwen, die contact zochten met de huisarts, dan mannen; dit verschil trad het duidelijkst naar voren in de Haagse praktijk. De consult/visite-ratio toonde verschillen per sociale laag. In de hogere sociale lagen werden relatief meer visites afgelegd dan in de lagere sociale lagen. In de hogere was de consult/visite-verhouding in de beide praktijken samen 3 : 1, voor de lagere lagen was dit 9 : 1.

Ook bleek dat er in de hogere sociale lagen relatief frequenter een beroep op de huisarts werd gedaan dan in de lagere sociale lagen. Letten wij daarnaast ook op de factor ziekenfonds/particulier, dan blijkt dat er relatief meer contacten met ziekenfondspatiënten tot stand kwamen dan met particuliere patiënten. We stuiten hier dus op een schijnbare tegenstrijdigheid. Bij nadere beschouwing bleek echter dat er in de hogere sociale lagen ook fondspatiënten voorkwamen, die wat betreft hun inkomen de ziekenfondsgrens ver overschreden hadden. Een logische conclusie voor het gesignaleerde fenomeen zou zijn, dat de patiënten die ten onrechte nog tot de ziekenfondsverzekerden behoren, de hoogste medische consumptie vertonen. Helaas bleek dit statistisch niet te bewijzen, daar er gewerkt werd met te kleine aantallen. De uitkomsten van dit oriënterend onderzoek zijn echter van dien aard dat onderzoek op ruimere schaal over de medische consumptie per sociale laag zeker waard is verricht te worden. De mogelijkheid daartoe werd reeds gevonden door dit onderwerp in te bouwen in een project van continue morbiditeitsregistratie in een drietal groepspraktijken, waarover u elders in dit jaarverslag kunt lezen.



## **Inventariserend geneesmiddelen-onderzoek - een „pilot study”**

Waaruit bestaat de receptuur van de huisarts? Het aantal geneesmiddelen is ontstellend groot. Hoe maakt de huisarts hieruit een keuze? Welke geneesmiddelen schrijft hij voor en in welke combinatie? Hoe lang wordt de therapie voortgezet en welke dosering wordt gebruikt? Wat is het aandeel van in de apotheek bereide (magistrale) geneesmiddelen en wat van spécialité's? Onder andere uit ziekenfondsgegevens is bekend, dat grote verschillen in receptuur voorkomen die ook economische consequenties hebben.

De consequenties voor de patiënt zijn niet minder belangrijk: Is de patiënt van een „veel-voorschrijver” beter af dan van een „weinig-voorschrijver”? Er ligt hier een groot veld van onderzoek braak, dat echter zeker niet makkelijk in cultuur gebracht kan worden. Met het doel ervaring te verwerven met onderzoek op het gebied van de receptuur, werd een „pilot study” ingesteld naar de in een bepaalde periode verstrekte recepten.

De werkwijze hierbij was zodanig, dat de huisartsen in de onderzoeksperiode recepten schreven op speciale boekjes elk met 50 recepten, waarbij van elk recept een doorslag werd verkregen. Het recept voor de patiënt bevatte de normale gegevens; aan de bovenzijde van de doorslag werden gegevens toegevoegd betreffende de leeftijd en geslacht van de patiënt en de indicatie (diagnose of symptoom), waarvoor het betreffende recept werd uitgeschreven. Aan het onderzoek werd deelgenomen door 5 Amsterdamse huisartsen en één huisarts elders in den lande. De projectleider deed zelf ervaring op tijdens een waarnemingsperiode.

Gedurende de periode van het proefonderzoek, 4 weken van oktober en november 1967, werden circa 5400 recepten verzameld. Dit aantal leek te groot voor een volledige bewerking; elk achtste recept werd gecodeerd op een ponsconcept.

Zoals verwacht, bleken de moeilijkheden van verwerking van de recepten groot. Eensdeels speelden hierbij de leesbaarheid, volledigheid e.d. een rol, maar anderzijds bestond de moeilijkheid van indeling in categorieën of anderszins ordenen van de grote aantallen gebruikte geneesmiddelen.

Eén van de feiten, waarop men bij het onderzoek stuitte, was dat in Nederland geen algemeen gebruikelijke indeling of classificatie van geneesmiddelen bestaat. Mede naar aanleiding van dit onderzoek werd door de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Pharmacie dit vraagstuk in studie genomen.

Wanneer wij bij de genoemde onderzoekproblemen die van dosering, tijdsduur en combinaties van geneesmiddelen voegen, dan is hiermee de vraagstelling van deze pilot study voldoende aangeduid. Ondanks de vele proble-

men is het onderzoek tot een goed eind gebracht. Een Amerikaanse student, die een stage op het N.H.I. liep, heeft gedeeltelijk meegewerkt in de eindfase van het onderzoek.

De resultaten van de studie en de methodologische vraagstukken, die opgelost moesten worden, zijn bruikbaar bij toekomstige onderzoekingen naar de receptuurgewoonten van de huisarts.

### **De bruikbaarheid van orale penicillines in de huispraktijk**

Beginnend in 1967 en eindigend in 1968 werd een onderzoek uitgevoerd naar de bruikbaarheid van orale penicillines in de huispraktijk.

Worden met deze middelen, in de omstandigheden van de huisartspraktijk, dus met de onzekere factoren ten aanzien van innemen door de patiënt, toch voldoende hoge bloedspiegels bereikt om een betrouwbare werking te waarborgen?

Dit onderzoek werd opgezet en uitgevoerd als een typisch groepsproject, waarbij verschillende instellingen een inbreng gaven.

De afdeling Klinisch Geneesmiddelen Onderzoek van T.N.O. was geïnteresseerd in de vraagstelling en leverde haar deskundige inbreng. Het N.H.I. achtte eveneens de vraagstelling van belang voor de huisarts en nam de taak van de projectleiding op zich. Tenslotte leverde het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid een waardevolle bijdrage door de bepaling der bloedspiegels en kennis van de bijbehorende vraagstukken. Gedeeltelijk was het onderzoek een vergelijking van verschillende in gebruik zijnde preparaten. Door 25 huisartsen (leden van de „Nederlandse Huisartsen Onderzoek Groep”, een aantal in onderzoek geïnteresseerde huisartsen) werden in de onderzoeksperiode 619 bruikbare bloedmonsters ingestuurd.

Deze werden bij patiënten afgenomen op vastgestelde tijden op de 2e, 3e, 4e of 5e dag na het instellen van de therapie en betroffen 9 orale penicilline-soorten. De patiënten waren niet bekend met het feit dat het afnemen van het bloed ten doel had de betrouwbaarheid van innemen van het hun gegeven geneesmiddel na te gaan.

De bewerking der uitkomsten heeft geleerd, dat over het algemeen de resultaten niet ongunstig waren. Er werden verschillen van betekenis geconstateerd tussen de bij het onderzoek gebruikte preparaten. Publikatie heeft plaats gevonden in „Huisarts en Wetenschap” 12 (1969) 204.

## Oppervlakkige tromboflebitis

Bij veel aandoeningen in de huispraktijk worden behandelingen toegepast, die zeker een bepaalde ratio bezitten, maar die zelden door vergelijkend onderzoek op hun waarde zijn getoetst.

Dit geldt onder meer ook voor de behandeling met heparinoïde zalf (hirudoid) en/of met fenylobutazon (butazolide) bij oppervlakkige tromboflebitis. Heeft één van deze geneesmiddelen, of hebben beide, een invloed op het verloop? Heeft één van deze geneesmiddelen, of hebben beide, een symptomatisch effect?

Vergelijkend onderzoek van geneesmiddelen is niet eenvoudig. Om de waarde van een behandeling te kunnen beoordelen, moet men een vergelijkingsmogelijkheid bezitten. Men zal dus bijvoorbeeld met een „placebo” moeten werken. „Behandelde” en „niet-behandelde” patiënten moeten vergelijkbaar zijn. De verdeling in proefgroepen moet dus op aselechte wijze tot stand komen. De groepen moeten groot genoeg zijn om een (significant) verschil te kunnen aantonen. Bij velerlei onderzoek is aangetoond, dat invloed van de proefpersonen of van de aan het onderzoek deelnemende artsen uitgeschakeld dient te worden. Het onderzoek moet dus „dubbel blind” plaats vinden, waarbij slechts op één centrale plaats — zonder verbinding met de feitelijke behandeling — bekend is welk preparaat wordt toegediend. Ten aanzien van de oppervlakkige tromboflebitis is een onderzoek ingesteld, waarbij met al deze eisen werd rekening gehouden. Dit onderzoek kwam tot stand als „co-productie” van de afdeling Klinisch Geneesmiddelen Onderzoek T.N.O. met het N.H.I. Een medewerker van het N.H.I. is voornemens op dit onderzoek te promoveren.

Ook voor dit onderzoek werd de belangstelling gepeild bij alle centra van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Naar aanleiding hiervan werden besprekingen gehouden in Nijmegen, Assen, Emmen, Leeuwarden en Franeker. De opzet en de uitvoering van het onderzoek werden hier met de potentiële deelnemers besproken, waarna van december 1968 tot februari 1969 een proefonderzoek werd gehouden, waaraan door 80 huisartsen werd deelgenomen. Een dergelijke proeffase blijkt steeds weer nuttig om alle moeilijkheden van het onderzoek te leren kennen, voor de deelnemers ook om een idee te krijgen van de tijd, benodigd voor het onderzoek en van eventuele eraan verbonden bezwaren. Voor de projectleider zijn deze gegevens natuurlijk ook zeer nuttig. Voorafgaande aan en tijdens de proeffase werden nuttige aanwijzingen verkregen van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G.

De start van het eigenlijke onderzoek ondervond vertraging, doordat de

placebo's later werden afgeleverd dan overeengekomen was. Het begin (mei 1969) viel hierdoor in een ongunstige periode, kort voor de vakanties en waarnemingsperioden. Mede door deze factoren is tot dusver het aantal patiënten beneden de verwachtingen gebleven, zodat het onderzoek langer voortgezet zal moeten worden dan de bedoeling is geweest. Het is steeds van belang bij een langer durend onderzoek contact te houden met de deelnemers. In het onderhavige geval wordt systematisch navraag verricht over de tot dusver opgedane ervaringen en eventuele redenen voor de geringe aantallen.

## Overig therapie-onderzoek

Twee onderzoeken moeten hier nog genoemd worden, waaraan veel tijd en energie werden besteed. In de eerste plaats betrof dit een onderzoek naar de therapie bij abortus imminens.

In 1960 was de abortus onderwerp van studie geweest bij een jaaronderzoek van het N.H.G., maar door de veelomvattende vraagstelling bij dit onderzoek werden ten aanzien van de therapie geen definitieve conclusies bereikt. De behoefte van de huisarts aan richtlijnen bij zijn therapie bleef niettemin bestaan, reden waarom op initiatief van het N.H.G.-bestuur een nieuwe werkgroep werd ingesteld.

In tegenstelling tot het vroegere onderzoek zou de vraagstelling thans toegepitst worden op de behandeling met hormonale preparaten van de dreigende abortus. De hieraan verbonden vragen werden bestudeerd door een werkgroep, waarin naast huisartsen ook een gynaecoloog en een patholoog-anatoom zitting hadden. Na ampele overweging heeft de werkgroep besloten, géén onderzoek in de bovenaangeduide zin in te stellen. De voornaamste overwegingen hierbij waren: De frequentie van de dreigende abortus vormt slechts een deel van alle misgeboorten, zoals zij door de huisarts gezien worden en zou een groot landelijk onderzoek nodig maken. Daarnaast bestaat naar de mening van de afdeling Klinisch Geneesmiddelen Onderzoek T.N.O. voor een uitgebreid experiment met gestagene therapie onvoldoende ratio, omdat niet aangetoond zou zijn dat bij dreigende abortus een tekort aan gestagenen bestaat. Deze overwegingen hebben geleid tot het opheffen van de werkgroep en het intrekken van de subsidie-aanvraag.

Het tweede onderzoek betreft het voortgezette onderzoek van tranquillizers in de algemene praktijk. Welke omvang heeft dit vraagstuk? Welke patiënten betreft het? Welke alternatieven zijn er?

In samenwerking met de afdeling Klinisch Geneesmiddelen Onderzoek T.N.O. is gewerkt aan een opzet, waarbij dubbelblind zou worden nagegaan of overschakeling op placebo's bij chronische gebruikers van tranquillizers mogelijk is. Een dergelijke uitkomst zou belangrijke aanwijzingen geven over de waarde van deze voortgezette therapie. Momenteel wordt verder gewerkt aan een praktisch realiseerbare opzet, waarbij ook het advies van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G. is gevraagd en verkregen.

## Onderzoek naar de toekomstplannen van jonge artsen

Reeds in vorige jaarverslagen werd gewag gemaakt van onze contacten met de Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde (M.S.H.P.G.) te Neerijnen, waar regelmatig een bezoek gebracht kan worden aan een jonge artsenklas.

De motieven voor dit bezoek zijn tweërlei. Ten eerste bestaat op deze wijze gelegenheid een groot deel van de afgestudeerde artsen te enquêteren over hun medische toekomstplannen.

In „Huisarts en Wetenschap” (10, 1967, 410) is verslag uitgebracht over dit aspect en het is van belang het onderzoek in deze vorm voort te zetten. Hiernaast kan aan de artsen een stuk voorlichting gegeven worden over het huisarts-beroep, over het N.H.I. en de afdeling Voorlichting.

Dit onderdeel, waar grote behoefte aan blijkt te bestaan, werd aanvankelijk verzorgd door mevrouw Veder, thans door het tegenwoordige hoofd van de afdeling Voorlichting, tesamen met Deveer.

De bezoeken aan de artsenklas blijken wederzijds zeer op prijs gesteld te worden, zodat wij de leiding van de M.S.H.P.G. voor haar medewerking erkentelijk zijn.

De belangstelling van de artsen blijkt onder meer uit bezoeken aan de afdeling Voorlichting, die uit deze samenkomsten resulteren, en uit aanmeldingen voor deelname aan de Oriëntatiecursus. De groep van militaire artsen levert telkenjare een belangrijk contingent aan deze cursus.

# Praktijkvoering





## Een studiegroep „Therapie door de huisarts”

Een belangrijke activiteit wordt gevormd door deze studiegroep.

Vanuit ziekenhuizen wordt zeer veel onderzoek verricht op het gebied van de specialistische geneeskunde, maar de wetenschappelijke verkenning van de huisartsgeneeskunde staat nog in de kinderschoenen.

Voor de aankomende huisarts betekent dit, dat hij zelf een weg moet leren vinden in de behandelingswijze van een groot veld van aandoeningen. „Wanneer kan bij een otitis media volstaan worden met expectatieve therapie?” „Wanneer is paracentese, wanneer antibiotische therapie geïndiceerd?” „Hoe dient de nabehandeling te zijn?” Met deze enkele vragen worden vraagstukken aangeduid, die *door de huisarts* bestudeerd en geanalyseerd moeten worden, omdat het vraagstukken zijn betreffende huisartsen-morbiditeit. Natuurlijk wil hiermee geenszins gezegd zijn, dat de specialistische ervaring terzijde wordt geschoven. De huisarts moet echter beginnen zijn eigen ziektepatroon te analyseren; vanzelfsprekend zal hij hierbij ook bij de specialist terecht komen.

De wenselijkheid, deze bestudering van de „therapie door de huisarts” ter hand te nemen, heeft geleid tot de vorming van een studiegroep. In eerste instantie werd hierin zitting genomen door: 6 full-time huisartsen, waaronder 1 apotheekhoudende; 2 N.H.I.-medewerkers die tevens part-time praktizeren in de groepspraktijk in Overvecht; en 2 apothekers. Men stelde zich voor in tweede instantie speciaaladvies te vragen over de op te stellen analyses en aanbevelingen.

De studiegroep ging als volgt te werk:

In de eerste plaats werd een veel voorkomende aandoening in de huispraktijk geselecteerd, in casu inderdaad de otitis media acuta. Van deze ziekte werden door de leden van de werkgroep de ziektegevallen die zij zagen en hun handelwijze hierbij geanalyseerd. De uitkomsten werden in de werkgroep ge-„pool”-d en de literatuur werd bestudeerd. Naar aanleiding van literatuur en analyse werden vragen opgesteld. Men trachtte deze op te lossen door gezamenlijke bespreking en aanvullende literatuurstudie. Het bleek dat men bij één ziekte tot een vrij uitgebreid geheel van aanbevelingen ten aanzien van de therapie komt, welke de meest voorkomende gevallen in de huisartspraktijk behandelt. De therapie kan hierbij niet los worden gezien van de verdere behandeling. Voor de deelnemers is deze arbeid zeer instructief geweest. Misschien kan ook een vorm gevonden worden, waarin de waardevolle elementen van hun arbeid een grotere verspreiding vinden.

Welke conclusies kunnen getrokken worden met betrekking tot deze studiegroep, die nu als tweede onderwerp de hypertensie ter hand heeft genomen?

In de eerste plaats bleek de hier besproken werkwijze voor huisartsen uiterst nuttig om zich meer bewust te worden van de eigen problematiek van hun werk en als middel om de hier liggende vraagstukken te analyseren. Groepen van andere huisartsen willen wij dan ook gaarne introduceren in de hierbij gevolgde werkwijze. Misschien kan op deze wijze een breder spectrum van huisarts-aandoeningen systematisch in kaart worden gebracht. De mogelijkheid, dat hieruit ook een voor algemener gebruik geschikt „body of knowledge” zal voortkomen, werd reeds genoemd.

## Onderzoek naar verwijzen door de huisarts

Wanneer men hier goed bij stil staat, is ook over belangrijke onderdelen van het werk van de huisarts uitermate weinig bekend. Zo bijvoorbeeld over het verwijzen naar de specialist: Welke patiënten worden verwezen? Wat zijn de motieven voor verwijzing? Hoe vindt de verdere procedure plaats? Over deze en soortgelijke vragen is weinig systematisch onderzoek verricht. De gegevens, die wij bezitten, zijn in hoofdzaak gebaseerd op de ziekenfondsadministraties, waaruit bijvoorbeeld kan blijken dat per jaar 36 verwijskaarten worden afgegeven per 100 ziekenfondsverzekerden. Daarnaast is nog bekend hoe deze cijfers gedifferentieerd zijn over de verschillende specialisten.

Niet bekend is onder andere, hoeveel herhalingsverwijzingen op verzoek van de specialist in deze 36 verwijskaarten begrepen zijn. De motieven tot verwijzen zijn natuurlijk evenmin af te leiden uit de op deze wijze beschikbare cijfers.

Om inzicht in deze aspecten te verwerven, werd op het N.H.I. een onderzoek hiernaar ingesteld. Er werd een aselechte steekproef ter grootte van 265 artsen uit de Nederlandse huisartsenpopulatie getrokken. Deze artsen werd verzocht hun medewerking aan het onderzoek te verlenen; 133 huisartsen hebben positief op dit verzoek gereageerd. Zij vulden in de herfst van 1968 gedurende 4 aaneengesloten weken bij elke verwijzing van een ziekenfondspatiënt een aantal vragen in, betrekking hebbende op het doel der verwijzing, het motief van de verwijzing, de aard van het specialisme waarnaar verwezen werd en de aard van de ziekte. Tevens werd van elke patiënt de leeftijd en het geslacht geregistreerd. Bovendien registreerden de medewerkende artsen op iedere teldag, hoeveel patiënten zij gezien hadden.

De beperking tot ziekenfondspatiënten heeft als reden, dat de verwijzprocedure bij particuliere patiënten afwijkend kan verlopen.

Zo komen herhalingsverwijzingen na verloop van een jaar bij deze categorie niet voor. Bovendien is het volledig afhankelijk van de voorwaarden der particuliere ziektekostenverzekeringen, of een patiënt eerst zijn huisarts consulteert voordat hij zich onder behandeling van een specialist stelt.

Het onderzoek heeft zich om deze reden beperkt tot de ziekenfondsverzekerden. In totaal werden door de deelnemende artsen circa 8.000 bruikbare formulieren ingevuld, die de basis vormden voor de bewerking. Voorjaar 1970 kan een publicatie tegemoet worden gezien, waarmee weer een bijdrage wordt geleverd aan een iets vergroot inzicht in het werk van de huisarts.

## **Samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegster (project „Assen”)**

Over het samenwerkingsproject in Assen werd in het vorige jaarverslag bericht. Zowel bij wijkverpleegsters als bij huisartsen leeft het gevoel, dat een grotere mate van samenwerking, en een op elkaar afgestemd raken van de verschillende taken, ten goede moet komen aan beider werk. Het project in Assen had ten doel dit uitgangspunt in de praktijk te toetsen.

De ervaringen bij dit experiment, dat afgesloten werd op 1 mei 1967, werden neergelegd in het boekje „Samen zorgen”, verschenen in de reeks Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid (1969).

De opzet in Assen was zodanig, dat 4 wijkverpleegsters vrij gemaakt werden uit hun normale werkverband en in plaats hiervan samenwerkten met een groep van 4 huisartsen. De leden van het „team” voerden wekelijks besprekingen, waarbij de sociaal-psycholoog Van Kreveld (R.U. Groningen) als begeleider optrad. Vooral deze gezamenlijke besprekingen werden door de deelnemers aan het experiment uiterst nuttig geoordeeld. Men kon hier initiatieven voorbereiden en moeilijkheden analyseren; bovenal raakte men echter meer vertrouwd met elkanders denkwijze en wijze van werken.

Een belangrijke uitkomst van het experiment — nog los van de cijfermatige gegevens — is geweest dat geen van de deelnemers na de beëindiging van de voorgenomen periode van samenwerking terug wilde naar de oude vorm. Aangezien voor deze periode na de afsluiting geen afspraken waren gemaakt, terwijl men rekening had te houden met de toestand bij de andere wijkverpleegsters en huisartsen, heeft dit ook tot moeilijkheden aanleiding gegeven. Het uiteindelijke resultaat is echter dat thans alle in Assen werkzame huisartsen en wijkverpleegsters samen gaan werken, op een manier overeenkomend met de experimentele periode. Beter bewijs van de voordelen valt moeilijk te leveren, maar in het rapport „Samen zorgen” zijn de gevolgen van de gewijzigde werkwijze voor de patiënt nader geanalyseerd.

Een moeilijkheid hierbij was dat een kwalitatieve analyse van het werk van wijkverpleegster en huisarts zeer moeilijk is.

Wel kon nagegaan worden wat de inhoud was van het door de wijkverpleegster verrichte werk (curatief/preventief/maatschappelijke gezondheidszorg/gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) en hoe het contact tussen huisarts en wijkverpleegster tot stand kwam (per post/via de patiënt/telefonisch/tijdens consultatiebureau/tijdens groepsbespreking/op andere wijze).

Deze gegevens werden door alle wijkverpleegsters in Assen, dus zowel de „experimentele” als de andere, gedurende 3 maanden voorafgaande aan de veranderde werkwijze verzameld, en andermaal gedurende de laatste 3 maanden van de experimentele periode.

Vergelijking van deze gegevens uit beide registratieperiodes leidt onder meer tot de konklusie dat het aandeel van de preventieve sektor in het totaal der door de experimentele wijkverpleegsters verleende zorg in de tweede periode beduidend groter was dan in de eerste periode. De curatieve sector kreeg wat minder aandacht. Een en ander houdt zeker verband met de veranderde werksituatie, maar ook met de veranderde werkopzet, waarbij de experimentele huisartsen en wijkverpleegsters consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters uit eigen praktijk gingen houden.

In de groep der niet-experimentele wijkverpleegsters heeft juist de sektor curatieve gezondheidszorg aan aandacht gewonnen. Een aantal specifieke categorieën van zorgverlening, met name zwangerschap- en kraamzorg, kleuterzorg en zuigelingenverzorging, hebben van de experimentele wijkverpleegsters meer aandacht gekregen, echter ten koste van de niet-specifieke zorgverlening en de bejaardenzorg.

De experimentele wijkverpleegsters hebben in de nieuwe werksituatie procentueel meer contacten met patiënten op eigen initiatief tot stand gebracht dan voorheen.

De wijze van aanvragen van hulpverlening door de huisarts aan de wijkverpleegster heeft in een toenemend aantal gevallen een direkter karakter gekregen; het merendeel der aanvragen bleek nu mondeling te geschieden. Hoewel daarover geen analyse werd uitgevoerd, zijn de leden van de werkgroep te Assen van mening dat de zorg voor zuigelingen en kleuters aanzienlijk verbeterd werd. De wekelijkse donderdagmiddagcontacten tussen huisartsen en wijkverpleegsters hebben het begrip voor elkaars werk verbeterd, hetgeen de coördinatie in het werk ten goede kwam.

Reeds werd de waardevolle bijdrage vermeld, die de sociaal-psycholoog Van Kreveld voor de groepsvorming heeft gehad. Hier ligt dan ook in hoofdzaak de winst voor de deelnemers.

Door de wekelijkse besprekingen leerde men elkaar als beroeps-beoefenaar kennen. Dit maakte enerzijds de normale contacten makkelijker, anderzijds leidde het ook tot nieuwe initiatieven, zoals het zelf consultatiebureau houden voor eigen patiënten.

Op basis van deze contacten en deze samenwerking kunnen ook in de toekomst verbeteringen worden aangebracht, die leiden tot een betere zorg voor de patiënt of een beter gebruik van beschikbare deskundigheid.

## **„Functie-onderzoek” als uitgangspunt voor de zorg voor bejaarde patiënten door de huisarts**

Op welke wijze kan de huisarts een betere zorg geven aan de bejaarde patiënten in zijn praktijk? Aan de ene kant vormt de zorg voor deze categorie een grote belasting, maar de behoefte aan curatieve en preventieve zorg is er niet minder om.

Een moeilijkheid bij deze leeftijdsgroep is het vermijden van een te grote medische activiteit (bijvoorbeeld de behandeling van een matige hypertensie bij een patiënt met arteriosclerose, die hier als een compensatie-mechanisme beschouwd kan worden), zonder te vervallen in een te groot laissez-faire. In termen van preventief onderzoek kan hetzelfde uitgedrukt worden. Men zal weinig behoefte gevoelen aan het opsporen van velerlei afwijkingen, waarvoor toch geen behandeling wordt ingesteld. Doch anderzijds brengt „niets doen” mee, dat sommige wél-behandelbare aandoeningen onontdekt kunnen blijven, bijvoorbeeld doordat de hieraan verbonden klachten als inconveniant verbonden aan de leeftijd door de patiënt geaccepteerd worden. Bovenstaande overwegingen hebben gediend als uitgangspunt van een onderzoek, dat zich in de eerste plaats richtte op de functie-mogelijkheden van de bejaarde. Vele aandoeningen — bijvoorbeeld artrosi — zullen immers eerst behandeld worden als zij beperkingen stellen aan de functies. Omgekeerd zou onderzoek naar deze functies dus aanwijzingen kunnen geven voor therapie en preventie.

Het onderzoek waarbij deze benadering werd onderzocht, werd in de loop van 1968 afgesloten. De voorlopige uitkomsten lijken hoopgevend in die zin dat zij lijken te bevestigen dat volgens deze werkwijze in weinig tijd de voor het medisch handelen belangrijke afwijkingen kunnen worden opgespoord.

In 1970 kan een publicatie tegemoet worden gezien.

## **Voedingsanamnese en onderzoek van de voedingstoestand, onderzocht bij Utrechtse studenten**

Voor de huisarts is het onderwerp voeding van veel belang en gesteld kan worden dat dit in deze tijd van welvaart niet in mindere mate het geval is. Zowel overvoeding als (partiële) ondervoeding komen veel voor en het is wenselijk zich snel een oordeel te kunnen vormen over voeding en voedingstoestand.

In het curriculum zijn deze onderwerpen over het algemeen echter stiefmoederlijk bedeed, waardoor de huisarts zich zelden geheel „au fait” voelt. De stage van een Belgische collega bij het N.H.I. en in de huisartspraktijk annex universitaire praktijk van Stoop, bood gelegenheid dit onderwerp nader te bestuderen. Getracht werd na te gaan of een eenvoudige voedingsanamnese, een eenvoudig lichamelijk onderzoek en een eenvoudig laboratoriumonderzoek — tesamen binnen het bereik van de huisarts — een voldoende betrouwbare indruk kunnen verschaffen van voeding en voedingstoestand. De anamnese betreft de „schijf van vijf”, het lichamelijk onderzoek lengte, gewicht en meting van twee huidplooiën en de laboratoriumbepaling het Hb-gehalte.

Het onderzoek vond met medewerking van de Stichting Universitaire Gezondheidszorg plaats bij 300 Utrechtse derdejaars-studenten. Studenten leken een geschikte groep, omdat bekend is dat zij zich niet altijd volwaardig voeden.

Het Centraal Instituut voor Voedingsonderzoek T.N.O. bood belangrijke steun. Niet alleen werd bij een deel van de studenten een volledige voedingsanamnese afgenomen, maar om beknopt en volledig onderzoek te kunnen evalueren, werden tevens biochemische bepalingen verricht voor de belangrijkste nutriënten. Teneinde na te gaan of van eventuele voedingsdeficiënties ook nadelige psychische gevolgen aantoonbaar zijn, werden door het Psychologisch Laboratorium van de Utrechtse universiteit tests afgenomen, gericht op concentratie en uithoudingsvermogen.

Het onderzoek vond plaats gedurende het academisch jaar 1968-1969, terwijl ook de bewerking is afgesloten.

Als een der resultaten valt te melden dat de eenvoudige techniek, die het uitgangspunt van het onderzoek vormde, de arts inderdaad in het merendeel der gevallen in staat stelt tot een goede beoordeling. De schijf van vijf vormt voor arts en patiënt een veilige basis voor een gezonde voeding. Aan publicatie van de onderzoekgegevens wordt gewerkt. Gehoopt wordt dat hiermee een bijdrage geleverd wordt aan een voor de huisarts belangrijk werkterrein.

## De cytologische vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom

Het cervixcarcinoom behoort tot de ziekten, waarbij men over goede mogelijkheden van vroege diagnostiek beschikt. Niettemin zijn in Nederland nog weinig maatregelen genomen deze vroege diagnostiek ook metterdaad ingang te doen vinden.

In het vorige jaarverslag werd melding gemaakt van het feit dat een medewerker van het N.H.I. — De Waard — het initiatief heeft genomen tot de opleiding van „screensters”. In samenwerking met de Patholoog-Anatomen Vereniging en met de Gynaecologische Vereniging kwam een opleiding tot stand van hoger gekwalificeerde hulpkrachten; onder leiding van De Waard werd een tweetal screensters voor de Utrechtse regio opgeleid.

Door samenwerking met huisartsen in en om Utrecht werd ervaring opgedaan met cytodiagnostiek van de cervixuitstrijk, terwijl de plannen voortgang vinden hieraan een permanentere basis te geven. Een laboratorium voor cytologische vroege diagnostiek bevindt zich in statu nascendi. Waarschijnlijk zal dit in universitair verband worden opgezet en zal het verbanden hebben met de huisartsgeneeskunde, gynaecologie, pathologische anatomie en met de sociale geneeskunde. Reeds is in de persoon van de gynaecoloog Linthorst een leider voor deze projecten gevonden.

Bij de nog te beschrijven multiple screening in Stolwijk stond het onderzoek van de cervixuitstrijk open voor alle vrouwen van 15-55 jaar. Meer dan 80% heeft hier gebruik van gemaakt (750 personen).

Een belangrijke vraag bij de toekomstige screening is, hoe deze door de huisarts gerealiseerd kan worden. Eensdeels ziet de huisarts normaal reeds veel vrouwen, die voor het onderzoek in aanmerking komen, doch anderzijds zou het wenselijk kunnen blijken het onderzoek ook uit te breiden tot de verdere „population-at-risk”.

Daarenboven leek het wenselijk meer inzicht te verwerven in de instelling van de huisarts tegenover deze voor hem nieuwe werkwijze. Een enquête bij een steekproef van huisartsen uit de Utrechtse regio heeft ons inzicht over bovenstaande vragen verrijkt.

Wil de vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom de facto nader tot een oplossing komen, dan zal ook een oplossing gevonden moeten worden voor de daaraan verbonden kosten. De genoemde opleiding van cytologische analisten kwam tot stand door steun van het Koningin Wilhelmina Fonds en werd door deze instelling voor drie jaar gegarandeerd. Van de overheid mag in de aanloopperiode eveneens steun verwacht worden voor deze voor de volksgezondheid zo belangrijke ontwikkeling. De staatssecretaris heeft hieromtrent een toezegging gedaan.



Het is te hopen dat het werk op dit gebied, dat vanuit het N.H.I. begonnen is, spoedig een grotere verbreiding zal verkrijgen. Talmen op dit gebied kan mensenlevens kosten.

### **Vroeg-diagnostische mogelijkheden ten behoeve van de huisarts in Utrecht**

In samenwerking met de Plaatselijke Huisartsen Vereniging en met het N.H.G.-Centrum Utrecht is in de verslagperiode getracht de vroeg-diagnostische mogelijkheden van de huisarts te verruimen. Gedacht werd onder meer aan de diagnostiek in een eerder stadium van cervixcarcinoom, bacteriurie en coronaire hartziekten. In de aanwezigheid in Utrecht van een goed functionerend huisartsenlaboratorium leek een goed uitgangspunt aanwezig voor verdere uitbouw.

De praktische moeilijkheden voor realisatie bleken echter groter dan verwacht. Betreffende de cytodiagnostiek van het cervixcarcinoom, waarvoor mogelijkheden ter beschikking kwamen, is in de vorige paragraaf verslag uitgebracht.

Van de zijde van de samenwerkende Utrechtse ziekenfondsen werd grote medewerking verkregen. Als zeker niet onbelangrijk „bijproduct” van het gesprek van betrokkenen, heeft dit geleid tot verruiming van de voor de huisarts beschikbare mogelijkheden van röntgen-diagnostiek in de Utrechtse regio. Ook hiervan mag een gunstige invloed op de diagnostiek van de huisarts verwacht worden.

## Screening in de groepspraktijk Stolwijk

Het begrip multiple screening is in Nederland onverbreekelijk verbonden met de persoon van Van den Dool, die in zijn praktijk — om te beginnen in 1959 — driemaal een dergelijke screening heeft uitgevoerd. Nu in 1969 wederom plannen bestonden voor een nieuwe screening, bleken er redenen te bestaan samenwerking te zoeken met het N.H.I.

Eén van deze redenen bestond hierin dat de praktijk in Stolwijk — inmiddels uitgegroeid tot groepspraktijk — reeds geheel op de computer stond in het kader van de Continue Morbiditeitsregistratie, die elders in dit jaarverslag beschreven wordt.

Een tweede reden vormt de omvang van de bewerking die zonder hulp, met name ook van de computer, nauwelijks te volbrengen is.

En tenslotte heeft ook de activiteit van De Waard op het gebied van de cervixcytologie, waaraan eveneens elders in dit jaarverslag aandacht wordt besteed, tot contacten geleid.

De screening vond net als de andere keren plaats tegelijk met de thorax-doorlichting door de Stichting Goutudo. Bijdragen aan de screening werden geleverd door Linthorst van de R.U. Utrecht (cervixcytologie), Van Wieringen van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden (somatometrie) en Giel van de R.U. Groningen (psychiatrische score en interviews.) In totaal werden 2874 personen van 15 jaar en ouder opgeroepen. Hieraan werd gevolg gegeven door 90,6%.

Het onderzoek vond plaats in de week van 20-25 oktober 1969. Tevoren was een anamneselijst toegestuurd, die thuis ingevuld kon worden. Deze anamneselijst bevatte onder meer vragen naar risico's als leefgewoonten (roken), persoonlijke anamnese (hypertensie, cystitis e.d.) en familie-anamnese (hartziekten e.d.). Deze risico's kunnen eensdeels leiden tot voortgezet onderzoek of een nauwkeuriger „surveillance”. Anderzijds valt ook na te gaan, door deze risicofactoren in te voeren in de computer, welke complicaties metterdaad gezien worden.

## De groepspraktijk in Utrecht-Overvecht

In de verslagperiode heeft het N.H.I. zijn deel gehad van de moeilijkheden, inhaerent aan de vorming van een groepspraktijk, doch anderszins was de ontwikkeling ook zeker bevredigend.

Het N.H.I. heeft er grote betekenis aan gehecht — naast het aandeel dat de afdeling Voorlichting bij de stimulering van de groepspraktijkgedachte heeft — ook zelfstandig ervaring op te doen met deze nieuwe vorm van praktijkvoering.

Voor de toekomst van de huisarts wordt de groepspraktijk belangrijk geacht, onder meer door de mogelijkheid tot onderling contact en tot samenwerking met anderen; betere mogelijkheden tot regeling van diensten en tot inschakelen van hulp personeel. Ook voor andere groeperingen lijkt de groepspraktijk, indien eenmaal functionerend, beter bereikbaar dan de veelheid van alleen werkende huisartsen. Reeds nu blijkt dat met de groepspraktijk in statu nascendi op een aantal punten contact wordt gezocht.

Betreffende de ontwikkeling van de groepspraktijk in Overvecht moet geconstateerd worden dat tot dusver nog geen full-time huisarts werd gevonden die als senior en pushing power de opbouw van de groepspraktijk ter hand kon nemen. Mogelijk houdt dit verband met de vele eisen en onzekerheden, die een beginperiode meebrengt, waarbij de connectie met het N.H.I. ook een complicerende factor vormt. Voor een huisarts, die gewend is baas in eigen huis te zijn, dienen zich immers veel nieuwe factoren aan wanneer een totaal nieuwe praktijkvorm moet worden opgebouwd en daarbij tevens de eigen visie bij voortduring getoetst moet worden aan de andere leden van de groepspraktijk én (gedeeltelijk) aan het N.H.I. Hoe het ook zij, tot tweemaal toe is het dienstverband van de „eerste man” na circa een jaar beëindigd.

Deze factor heeft natuurlijk remmend gewerkt op de uitbouw van de groepspraktijk, maar het is verheugend dat het toch mogelijk is gebleken geleidelijk een stevige basis te leggen.

Onze dank gaat hierbij voornamelijk uit naar twee stafleden — oud-huisartsen — van het N.H.I., die met grote persoonlijke offers deze opbouw mogelijk hebben gemaakt. Na het vertrek van Stuurman heeft eerst Koopman op de Tafelbergdreef de praktijk voortgezet. In een later stadium heeft Koperberg op de Nigerdreef een tweede vestiging betrokken. Het is de bedoeling later de verschillende vestigingen samen te brengen tot een echte groepspraktijk, die onderdak zal vinden in een nog te bouwen gezondheidscentrum in de wijk Overvecht.

Naast de genoemde stafleden-parttimers werd in de laatste maanden van

1969 de groepspraktijk versterkt met twee enthousiaste jonge huisartsen. Op de Tafelbergdreef wordt thans gepraktiseerd door mej. Huigen full-time en Koopman part-time, op de Nigerdreef door Van der Heijden full-time en Koperberg part-time. Op de Tafelbergdreef is nog een derde praktijkruimte beschikbaar.

Tot zover de uitwendige omstandigheden van de groepspraktijk, maar de „inwendige arbeid” is niet minder belangrijk. In de eerste plaats bestaat deze natuurlijk uit een intensief contact tussen beide vestigingen en tussen de „senior”- en „junior”-leden van de groepspraktijk. Reeds nu blijkt hoezeer de groepspraktijk een gunstige mogelijkheid verschaft voor inwerken van nieuwe leden.

Een tweede activiteit in de richting van een „echte” groepspraktijk wordt gevormd door het contact met de in Overvecht werkzame wijkverpleegsters. Het verlangen tot dit contact is van beide partijen uitgegaan en bij de besprekingen, die regelmatig plaats vinden, zijn ook de andere in Overvecht gevestigde huisartsen welkom. Men probeert hier elkaars werk beter te leren kennen en hierdoor betere voorwaarden te scheppen voor een zo doelmatig en vruchtbaar mogelijke samenwerking. Ook met het maatschappelijk werk zijn contacten gelegd.

Resumerend kan gezegd worden, dat de groepspraktijk begint te functioneren. De voorbereidingen voor een gezondheidscentrum, waarin ook met anderen kan worden samengewerkt, vinden plaats in de „Structuurcommissie Overvecht”. Nieuwe initiatieven, zoals de gezondheidsvoorlichting aan de patiënten, zijn reeds ter hand genomen en blijken in een behoefte te voorzien. Het N.H.I. heeft met de groepspraktijk een eigen mogelijkheid van ervaring, mét de hieraan verbonden moeilijkheden, maar ook met de voldoening van het overwinnen hiervan.

**Nascholing**



In dit deel zal verslag worden uitgebracht van een viertal groepen van activiteiten:

1. de organisatie van cursussen voor huisartsen
2. nascholing medisch maatschappelijk werk
3. voorbereiding van nascholing per televisie
4. de fonodidaktische dienst

## **CURSUSSEN VOOR HUISARTSEN**

Ook in de afgelopen periode bleek veel behoefte te bestaan aan deze vorm van nascholing, zodat verschillende cursussen meerdere malen gegeven moesten worden. Getracht werd de keuze van onderwerpen en de inhoud af te stemmen op de huisarts.

Naast de oriëntatiecursus voor aanstaande huisartsen, die langzamerhand traditie is geworden, zijn telkenjare ook enige nieuwe onderwerpen aan de orde gesteld. Onderstaand treft men een overzicht aan van de thans gegeven cursussen.

### **Oriëntatiecursus**

Deze cursus heeft ten doel de aanstaande huisarts voor te bereiden op een aantal aspecten van de huisartspraktijk. Zij wordt gegeven in 7 bijeenkomsten op vrijdagmiddag en -avond en vond zowel in 1968 als in 1969 tweemaal plaats. De belangstelling voor deze cursus is nog steeds zeer groot, zodat verwacht mag worden dat continuering aangewezen is zolang de specifieke huisartsopleiding in het zevende studiejaar nog niet in deze leemte voorziet.

De oriëntatiecursus heeft geleidelijk een vaste vorm gekregen. In 1968 waren er 77 deelnemers, in 1969 80 (in 1967 55).

### **CARA-cursus**

Ook hiervoor bestond veel animo. Diverse grote klinieken voor longziekten werden bereid gevonden om in het eigen centrum en met hun eigen medewerkers een CARA-cursus te organiseren, zodat — hoewel met alle cursussen in principe een zelfde opzet beoogd werd — iedere cursus toch het stempel van het betreffende centrum droeg.

Er werd bij iedere cursus naar gestreefd een afgerond beeld van de CARA als zodanig te geven, waarbij werd ingegaan op definities en nomenclatuur, epidemiologie, causale factoren, klinische verschijnselen en de therapie — zowel bij kinderen als bij volwassenen — benevens de mogelijkheden voor

revalidatie; in sommige centra werd tevens ruim aandacht besteed aan sociaal-psychologische facetten.

In april en mei 1968 werden er cursussen gehouden in Groesbeek, Groningen en Leiden, in oktober te Den Haag, Rotterdam en Utrecht, waarbij de Rotterdamse en Haagse cursussen gemeenschappelijk door beide teams verzorgd werden.

Bij deze cursussen werd, opdat het rendement door meer contact en intensievere discussie zo groot mogelijk zou zijn, het aantal deelnemers beperkt tot 25 à 30.

Terugziende op het verloop van de CARA-cursussen en de reacties van de deelnemers, kan vastgesteld worden dat binnen het raam van de beperkte tijd de cursussen zeker aan hun doel hebben beantwoord.

### **Revalidatie-cursus**

Deze in 1967 reeds éénmaal gehouden cursus werd in 1968 nog driemaal gegeven (nl. in januari, februari en april), steeds te Leersum in het revalidatiecentrum „De Hoogstraat” met dezelfde medewerkers en hetzelfde programma als in november 1967 en telkens voor ongeveer 25 deelnemers. De gebundelde voordrachten konden later aan de cursisten ter beschikking worden gesteld.

### **Geriatricus**

Evenals in 1966 en in 1967 werd in het voorjaar van 1969 nog een geriatricus voor huisartsen gehouden, waaraan weer door circa 25 artsen werd deelgenomen.

Op de eerste dag werden 's morgens te Utrecht lezingen gehouden over „open bejaardenwerk” en de zorg van de huisarts voor bejaarden met „minor ailments” en voor ernstig zieke bejaarden; des namiddags werd, in het kader van informatie over geïnstitutionaliseerde zorg voor bejaarden, een excursie gemaakt naar de „Breukelderhof” te Bennekom, een moderne inrichting voor psychisch gestoorde bejaarden. De tweede dag werd verzorgd door prof. Schreuder en zijn staf in het Algemeen Ziekenhuis „Zonnestraal” te Hilversum.

### **Nascholingsdag Geriatricus**

In het Algemeen Ziekenhuis „Zonnestraal” te Hilversum werd op 28 september 1968 ook een nascholingsdag „Geriatricus voor huisartsen” gehouden. Voor deze dag werden in eerste instantie de huisartsen uitgenodigd, die één van de cursussen „Geriatricus” in 1966 en 1967 hadden gevolgd. Evenals genoemde cursussen werd ook deze nascholingsdag georganiseerd door



„Zonnestraal” — in het bijzonder prof. Schreuder — en het N.H.I. gezamenlijk, waarbij dankbaar gebruik werd gemaakt van de hulp van Van Westreenen, die destijds als waarnemend directeur van „Zonnestraal” bij de organisatie van de cursussen betrokken was.

De belangstelling voor deze dag bleek groot te zijn. Het was echter niet mogelijk meer dan 35 deelnemers toe te laten.

Het programma omvatte onder meer vier lezingen:

1. „Hartafwijkingen bij bejaarden” door Prof. Dr. F. L. Meyler
  2. „Diagnostische en andere problemen met betrekking tot de geestelijk gestoorde bejaarde” door H. W. ter Haar
  3. „Psychologische problemen bij het vorderen van de pensionering” door mej. Dr. P. G. M. Schrama
  4. „Vorbereiding op de pensionering” door Drs. R. F. Greiner, psycholoog.
- Bovendien waren in het programma een film en een klinische demonstratie opgenomen. Na de voordrachten werd door deze „veteranen” in de geriatrie ruimschoots van de gelegenheid tot discussie gebruik gemaakt.

### **Cursus praktische farmacie**

Van 11 oktober tot en met 20 december 1968 werd een tweede cursus praktische farmacie georganiseerd in samenwerking met het Farmaceutisch Laboratorium van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Deze cursus was bedoeld als nascholingscursus voor apothekhoudende huisartsen en hun apothekers-assistenten. Er werden 19 personen ingeschreven (11 huisartsen, 7 echtgenoten van deze huisartsen en één assistente). De cursus werd in hoofdzaak gegeven door de apothekers Berends en Van Glerum.

Een apothekersassistente bij het Farmaceutisch Laboratorium, mej. Hofmans, hielp tijdens het praktische deel van de cursus. Er werden 6 cursusavonden gegeven, steeds op vrijdag om de twee weken, van 17.30 tot ongeveer 21 uur. Na een theoretische inleiding werden de deelnemers in de gelegenheid gesteld om zelf de behandelde receptuur te bereiden. Op één avond werd het theoretische gedeelte besteed aan voorlichting betreffende administratieve en organisatorische aspecten van de huisapothek. Tijdens de laatste bijeenkomst werd aandacht besteed aan prijzen en vormen van glaswerk, doosjes en etiketten. Een kleine uitstalling van deze attributen werd ingericht en eveneens werden capsuleer- en zalftubeapparaten gedemonstreerd.

### **Cursus electrocardiografie**

Een novum op het gebied van de nascholing aan huisartsen was de cursus electrocardiografie.

Een eerste cursus werd te Utrecht gegeven in 1968.

Dr. Vonk, lector in de cardiologie te Nijmegen, behandelde hier in een serie van zes voordrachten die aspecten van de electrocardiografie, die voor de huisarts van belang zijn. Hij benaderde hierbij zijn onderwerp vanuit de vectorcardiografie. Aan deze cursus werd door 25 geïnteresseerde huisartsen deelgenomen.

Hoezeer dit onderwerp bij huisartsen in de belangstelling staat, kan blijken uit de aanmeldingen voor een tweede cursus, die eind 1969 aanving en die eveneens door dr. Vonk geleid wordt.

Voor deze cursus, die in Nijmegen plaats vindt, schreven niet minder dan 96 huisartsen in. De cursussen dragen ertoe bij dat een groter aantal huisartsen een zekere mate van deskundigheid verwerft op een terrein dat momenteel voor de volksgezondheid in het algemeen, maar zeker ook voor de huisartsgeneeskunde, zo belangrijk is.

### **Cursus röntgenologie**

Ook deze cursus, bestemd voor huisartsen uit Utrecht en omgeving, was een novum. De bedoeling was deze groep van huisartsen, die met ingang van 1970 van ziekenfondswege ruimere mogelijkheden zou verkrijgen voor röntgendiagnostiek, op deze mogelijkheden voor te bereiden.

Ook voor deze cursus, die gegeven werd door de röntgenoloog Bussemakers tesamen met klinici van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht, bestond van de zijde van de huisartsen veel belangstelling. Gehoopt mag worden dat ook deze cursus en de verruiming in de mogelijkheid van röntgendiagnostiek van ziekenfondszijde, bij zal dragen tot een betere diagnostiek in bepaalde gevallen. Ook de verwijzing naar de specialist kan hierdoor beter gefundeerd geschieden.

### **Vorbereiding „Warffum in Utrecht”**

Aan het N.H.I. werd gevraagd te adviseren omtrent een nascholingscursus, uitgaande van het N.H.G.-centrum Utrecht en de Utrechtse Plaatselijke Huisartsenvereniging. Er werden plannen gemaakt voor een dergelijke cursus naar aanleiding van het succes met de cursus die te Warffum werd gehouden voor de huisartsen uit de stad Groningen.

Helaas bleek er onder de Utrechtse huisartsen te weinig belangstelling voor een dergelijke opzet te bestaan. De voorbereidingsactiviteiten werden om deze reden gestaakt. Deze ervaring heeft er echter toe geleid dat onze sociaal-psychologische medewerkster met 10% van de aangeschreven huisartsen een gesprek heeft gevoerd ten behoeve van de afdeling Nascholing

van het N.H.I. Het doel van deze gesprekken was, meer inzicht te krijgen, welke vormen van nascholing door de huisarts het meest aantrekkelijk en het meest effectief geacht worden.

### **Nadere praktijkscholing medisch maatschappelijk werk**

Eén van de beroepsbeoefenaren, met wie de huisarts naast de wijkverpleegster in de eerste linie van de gezondheidszorg te maken krijgt, is de maatschappelijk werker(ster).

Een aantal experimenten heeft plaats gehad, waarbij vormen van samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker zijn georganiseerd en geëvalueerd. Tot dusver bestond voor de maatschappelijk werker, werkzaam op het terrein van de geneeskunde, geen specifieke na-opleiding. Het belang van deze nadere scholing, ook voor de huisartsgeneeskunde, heeft ertoe geleid dat het N.H.I. zijn medewerking heeft verleend aan een experimentele eerste cursus „nadere praktijkscholing medisch maatschappelijk werk”.

De cursus vond plaats van september 1968 tot juli 1969, op 2 dagen per maand, binnen de muren van het N.H.I. Als cursusleidster trad op mej. Wijsenbeek, sociaal-psychologe, daarin bijgestaan door een begeleidingscommissie. Het gehele experiment ging uit van een stuurgroep, waarin de Ned. Ver. van Medisch Maatschappelijk Werk, de Ver. van Directies van Sociale Academies, de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen, het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en het Nederlands Huisartsen Instituut zitting hadden. De cursus bestond gedeeltelijk uit vermeerderen van kennis, gedeeltelijk uit een hanteerbaar leren maken van de werksituatie.

Bij beide onderdelen werd bijgestuurd op geleide van de wensen der cursisten, terwijl na afloop een evaluatie plaatsvond, waarbij zowel de cursisten als de docenten en supervisors betrokken waren.

De conclusie is geweest, dat aan een dergelijke cursus zeker behoefte bestaat. Nagegaan werd echter of continuering van de cursusleiding door het N.H.I. aangewezen was. Op de sociaal-psychologe van het N.H.I. werd door de cursusleiding een relatief groot beslag gelegd, hetgeen andere taken in de weg stond. Bovendien is binnen het N.H.I. geen specifieke maatschappelijk werk-deskundigheid vertegenwoordigd. Om deze redenen waren wij gelukkig, in het Seminarie voor Praktische Gezondheidszorg een instelling te vinden, die voort wil gaan met deze cursus en die daarvoor over de juiste stafbezetting lijkt te beschikken. Het ligt in de bedoeling in het laatste kwartaal van 1970 met een nieuwe cursus te starten.

Voor het N.H.I. is de organisatie van de „pilot”-cursus een leerrijke ervaring geweest, die geleid heeft tot velerlei contacten op het medisch-maatschappelijke werkterrein. Doordat het N.H.I. zitting blijft houden in de stuurgroep, kan het contact met dit voor de huisarts zo belangrijke gebied en met deze cursus behouden blijven.

### **Nascholing per televisie (Teleac).**

In het begin van het jaar 1969 besloot de Stichting Teleac zendtijd beschikbaar te stellen voor het uitzenden per televisie van medische nascholingsprogramma's voor huisartsen. Dit besluit werd genomen nadat in deze zin was geadviseerd door een voorbereidingscommissie, waarin onder meer vertegenwoordigd waren de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Interfakultair Overleg, het Departement voor Onderwijs en Wetenschappen, het Departement voor Sociale Zaken en Volksgezondheid en het Nederlands Huisartsen Instituut.

Gedurende lange tijd is het in deze commissie een discussiepunt geweest, of het verantwoord kon worden geacht deze programma's uit te zenden via een zogenaamd „open” net. Ten slotte is besloten om in navolging van de Verenigde Staten en Engeland wel over te gaan tot dergelijke open uitzendingen, ook al wegens het ontbreken van een praktisch te realiseren alternatief.

De voorbereiding en uitvoering van de programma's werden opgedragen aan Teleac en het N.H.I. Daarbij oefent een Medische Programmacommissie supervisie uit. Deze commissie heeft qua vertegenwoordiging ongeveer dezelfde samenstelling als de inmiddels opgeheven voorbereidingscommissie.

Aan het N.H.I. werd verzocht de programmacommissie een voorstel te doen aangaande de te kiezen programma-onderwerpen. Daartoe was het uiteraard noodzakelijk een indruk te krijgen van de wensen, die in dit opzicht bij de huisartsen zelf leven. Eveneens leek het ons van belang te weten, welke tijden van uitzending de in deze programma's geïnteresseerde huisartsen prefereren. Op grond van deze overwegingen werd besloten een enquêteformulier te zenden aan alle Nederlandse huisartsen, primair dus met de bedoeling zo goed mogelijk te zijn georiënteerd omtrent de wensen inzake programma-onderwerpen en tijden van uitzending. Bovendien leek het ons in het kader van de nascholing interessant na te gaan in hoeverre deze wensen samenhangen met factoren als leeftijd, grootte van de plaats van vestiging en het al dan niet lid zijn van het N.H.G. Een verslag van deze enquête is inmiddels gepubliceerd in Medisch Contact 24(1969)1419.

Vooruitlopend op de hierboven geschetste ontwikkeling heeft het N.H.I. samen met de Stichting Film en Wetenschap twee proefprogramma's gemaakt. Een programma „Hechten van wonden in een huisartspraktijk" werd gemaakt met medewerking van Gaymans, huisarts te Made en Mendelaar, chirurg te Breda. Aan het tweede proefprogramma „Diagnostiek van het bronchuscarcinoom" werd medewerking verleend door de longarts Bangma te Utrecht.

Deze programma's zijn onder andere in een aantal huisartsgroepen vertoond en besproken. Het is gebleken dat een dergelijke pre-testing noodzakelijk is om tot acceptabele t.v.-programma's te komen. Bovendien werd het duidelijk dat het slechts zelden mogelijk is een onderwerp in één uitzending van een half uur op bevredigende wijze te behandelen, aangezien men dan meestal niet toe komt aan de details die juist voor de huisarts van belang zijn. Al met al is de voorbereiding gedurende het jaar 1969 zo ver gevorderd, dat op maandag 20 april 1970 om 22.40 uur gestart kan worden met de uitzending, waarbij eerst vier uitzendingen gewijd zullen worden aan ritmestoornissen van het hart en daarna twee uitzendingen aan climacteriële en postmenopauzale klachten.

Tevoren zal aan alle huisartsen een schriftelijke begeleiding betreffende bovengenoemde programma's toegezonden worden.

### **Fonodidaktische dienst**

De reeds in het vorige jaarverslag gesignaleerde tendens van gestaag groeiende belangstelling voor deze „nascholing aan huis" was in de afgelopen twee jaar in toenemende mate merkbaar.

In 1968 en 1969 kwamen de volgende banden gereed:

68-1 Het opwekken van de ovulatie.

Prof. Dr. W. P. Plate, hoogleraar te Utrecht.

68-2 Oorzaken en behandeling van fluor.

Dr. G. J. Lubbers, vrouwenarts te 's-Gravenhage.

68-3 Otitis media bij zuigelingen.

Prof. Dr. P. E. Hoeksema, hoogleraar te Groningen  
en Dr. H. Roelink, huisarts te Arnhem.

68-4 Enkele onderwerpen uit de mondheelkunde I.

Prof. Dr. W. A. M. v.d. Kwast, hoogleraar te Amsterdam.

68-5 Enkele onderwerpen uit de mondheelkunde II

Prof. Dr. W. A. M. v.d. Kwast.

68-6 Over diathermie

A. van Gestel, revalidatie-arts te Eindhoven.

- 68-7 Ulcus cruris  
H. R. van der Molen, arts in Terwolde.
- 68-8 Exantheem bij kinderen.  
Huisartsengroep uit Leiden en omstreken.
- 68-9 Constitutioneel eczeem  
Dr. E. Young, dermatoloog in Utrecht.
- 68-10 Eenvoudige technische hulpmiddelen ten behoeve van gehandicapten  
Th. K. Molenaar directeur van het Bureau van de Vereniging  
voor Lichamelijk Gehandicapten te Den Haag.
- 69-1 Contacteczeem.  
Prof. Dr. L. H. Jansen, hoogleraar te Utrecht.
- 69-2 Het rode oog.  
Prof. Dr. J. A. Oosterhuis, hoogleraar te Leiden.
- 69-3 Het afspraakspreekuur.  
Dr. R. S. ten Cate, huisarts te Wassenaar.
- 69-4 De vroege revalidatie van de rug.  
Dr. P. D. Bakker, revalidatie-arts te Leiden.
- 69-5 Importziekten bij gastarbeiders.  
Prof. Dr. P. J. Zuidema, hoogleraar te Amsterdam.
- 69-6 Pokkenvaccinatie - indicaties en complicaties.  
Prof. Dr. F. Dekking, hoogleraar te Amsterdam.
- 69-7 Kleine chirurgie.  
Dr. H. P. Wijnen, chirurg te Haarlem.
- 69-8 Orthopaedische afwijkingen van het jonge kind.  
H. A. J. Kruseman, orthopaedisch chirurg te Groningen.
- 69-9 De behandeling van reumatoïde artritis.  
Dr. H. Colenbrander, reumatoloog te Leiden.
- 69-10 Taak en mogelijkheden van de huisarts bij het acute hartinfarct.  
Dr. J. Th. C. Vonk, cardioloog te Nijmegen.

Aangezien de eerst vervaardigde banden inmiddels meer dan drie jaar oud zijn, is eind 1969 een begin gemaakt met de revisie van deze banden. Het is de redactiecommissie, bestaande uit de huisartsen J. A. Bosch, J. Busquet, J. C. Oeberius Kapteijn en P. A. Roorda, die zich tot taak heeft gesteld de in aanmerking komende banden opnieuw te beluisteren. Daarna worden de banden met de gerezen vragen en opmerkingen naar de auteur gestuurd met het verzoek eventueel gewenste aanvullingen of correcties aan te brengen. Sinds kort wordt bij elke uitlening een formuliertje ingesloten, waarop de luisterende artsen hun commentaar kunnen geven. Het is de bedoeling dat bij de komende aanvullingen respectievelijk correcties ook deze commentaren worden betrokken.

# Voorlichting





## **AFDELING VOORLICHTING**

De afdeling Voorlichting heeft zich ook in deze periode in een grote belangstelling verheugd, welke nog steeds toeneemt. Zowel gevestigde als aanstaande huisartsen richten zich tot de afdeling met betrekking tot de gebieden waarop deze informatie kan geven. De afdeling Voorlichting is in 1969 ook een aantal malen naar buiten getreden. Bij een drietal huisarts-symposia werd een voorlichtingsstand ingericht, waardoor ook de huisarts in de periferie zich een beeld kon vormen van datgene, wat de afdeling te bieden heeft.

Nu ook in de andere universiteitssteden huisartseninstituten tot ontwikkeling komen, werd een begin gemaakt met het aanknopen van contacten. Gehoopt wordt dat de afdeling ook ten aanzien van deze universitaire instituten een nuttige functie zal kunnen vervullen.

Omgekeerd kan de afdeling profiteren van datgene wat elders gebeurt.

Wanneer wij de verschillende gebieden, waarop de afdeling zich beweegt, de revue laten passeren, valt hierover het volgende te vermelden:

### **I. Voorlichting over aspecten van de praktijkvoering**

#### **a) praktijkorganisatie**

Veel gestelde vragen op dit gebied betreffen de taak en functie van de praktijkassistente, opzet en wijze van invoeren van een afspraakspreekuur en gebruik en bijzonderheden van alibifoon, semafoon, dictafoon e.d.

Evenals op de andere gebieden van de afdeling Voorlichting brengen deze vragen de noodzaak mee zelf „bij” te blijven. Ten aanzien van de bovengenoemde communicatiemiddelen moet men de markt kennen.

Op verschillende gebieden zijn in samenwerking met de Commissie Praktijkvoering van het N.H.G. rapporten opgesteld. Over de werkzaamheden van de praktijkassistente en over het afspraakspreekuur werden veel gegevens bijeengebracht door Ten Cate (huisarts te Wassenaar).

#### **b) praktijkadministratie**

Voor het geven van informatie over administratie-systemen is ook een grondige kennis op dit gebied vereist. De wensen van artsen en aanstaande artsen vertonen op dit gebied een grote verscheidenheid. Zoals bekend verondersteld mag worden, werd op dit terrein door de Commissie Praktijkvoering veel werk verzet.

### **c) praktijkruimte en praktijkinrichting**

De afdeling heeft langzamerhand een zekere naam verworven voor vragen op dit gebied, waaraan zeker de aanwezigheid van mevrouw Oswald (interieur-architecte) binnen de afdeling en de steun van architect De Wit als adviseur debet zijn geweest.

Van de tijd dat mevrouw Oswald de leiding van de afdeling had, is gebruik gemaakt voor het leggen van een hecht fundament voor de adviezen op dit terrein. In 1969 kwam de uitgave gereed van een losbladige klapper: „De praktijkruimte van de huisarts”. De belangstelling voor deze bron van informatie kan blijken uit het aantal van 100 klappers, dat in het laatste kwartaal van 1969 reeds werd verkocht.

### **d) praktijkbenodigdheden**

De vragen op dit gebied betreffen onder meer het instrumentarium, de visite-uitrusting, laboratoriumbenodigdheden, verbandmiddelen e.d. Wanneer men de ontwikkeling op dit gebied volgt, raakt men onder de indruk van de snelheid waarmee zich veranderingen voltrekken en van het grote aantal nieuwe producten dat ieder jaar op de markt verschijnt. Voor een afdeling die voorlichting wil geven, is het niet eenvoudig de waarde van dit alles voor de huisarts te toetsen. Juist op dit gebied wordt gehoopt op een goede samenwerking met de universitaire huisartseninstituten en met „perifere” huisartsen, teneinde zo up-to-date mogelijk te zijn over de gebruikswaarde in de dagelijkse praktijk. Voor andere vormen van toetsen zal samenwerking gezocht moeten worden met gespecialiseerde instituten. Zo heeft het Medisch-fysisch Instituut van T.N.O. op ons verzoek reeds een onderzoek ingesteld naar de resultaten bij een viertal sterilisatoren, waaronder een hogedrukpan. De gegevens hiervan zijn thans beschikbaar.

## **II. Samenstelling van hulpmiddelen ten behoeve van de praktijk**

Het betreft hier een tweetal activiteiten van de afdeling, te weten:

### **a) voorlichtingsbladen ten behoeve van patiënten**

Deze werden opgesteld in samenwerking met Bremer (huisarts te Nieuwkoop) en verheugen zich in een grote belangstelling. Een aantal geeft aanwijzingen bij bepaalde ziekten (griep, geelzucht, mazelen, maagdarm-stoornissen), andere geven instructies voor bepaalde laboratoriumbepalingen (dieet voor faeces-onderzoek, „gewassen urine”, dorstproef), nog andere hebben weer een andere functie (informatie over het verloop van pokkenvaccinatie, over de tuberculineractie, dagmenu voor een kind van één jaar).

De bovengenoemde geelzucht-folders werden bij een hepatitis-epidemie huis aan huis verspreid.

Helaas is uitbreiding van deze werkzaamheden momenteel niet mogelijk als gevolg van de beperkte mankracht van de afdeling.

Een gelukkige omstandigheid deed zich voor door een aanbod van de firma Merck, Sharp & Dohme. In samenwerking met de Nederlandse Vereniging tot Rheumatiekbestrijding werd een brochure „Rheuma en U” opgesteld, die bestemd is voor uitreiking aan reuma-patiënten.

Een tweede brochure van deze aard werd opgesteld voor lijders aan artrositis deformans. De belangstelling hiervoor kan blijken uit het feit dat beide alweer praktisch uitverkocht zijn.

### **b) de huisartsen-anamneselijst**

Als hulpmiddel bij de diagnostiek werd door Brouwer en Bremer een anamneselijst opgesteld, die door de patiënten ingevuld kan worden. Als voorbeeld diende onder meer de Cornell Medical Index Health Questionnaire (C.M.I.) en andere hiervan afgeleide lijsten.

De bedoeling was, de huisarts een vragenlijst in handen te geven, waarmee hij bij bepaalde patiënten — bijvoorbeeld met onduidelijke klachten — een uitgangspunt kan verkrijgen voor verdere anamnese en onderzoek. Gebleken is niet alleen dat dit een arbeidsbesparing kan betekenen, maar ook dat onverwachte bevindingen bij de lijst kunnen leiden tot een vroegere diagnostiek.

In het septembernummer 1969 van „Huisarts en wetenschap” werd de anamneselijst geïntroduceerd. In de sindsdien verlopen periode werden door huisartsen reeds meer dan 14.000 exemplaren besteld.

### **III. Voorlichting op het gebied van de groepspraktijk**

Op dit gebied, waar de afdeling Voorlichting zich al enige tijd beweegt, waren aanvankelijk de zichtbare resultaten nog niet groot. In de verslagperiode kwamen echter een aantal projecten tot verdere ontwikkeling, waaronder in Den Haag, Reeuwijk, Enschede en Drachten. Een groep huisartsen, die een groepspraktijk voorbereidt, ziet zich gesteld voor een groot aantal vragen waarop de afdeling Voorlichting antwoord moet kunnen geven.

Eenzijds hebben deze vragen betrekking op organisatie en bouw, anderzijds op financiering en fiscale aspecten.

De omstandigheid dat naast Koopman (arts-stafid N.H.I.) thans ook De Widt als econoom aan de afdeling is verbonden, verschaft de mogelijkheid tot een all-round advisering.

Een zeker beeld van het werk van de afdeling kan verkregen worden met behulp van de volgende cijfers, die de advies-aanvragen in 1969 betreffen:

bezoeken aan de afdeling	450
schriftelijke adviezen	700
telefonische adviezen	450
Totaal:	<u>1600</u>

In de verslagperiode ging de leiding van de afdeling Voorlichting over van mevrouw Oswald (interieur-architecte) op De Widt (econoom). Dit geeft de afdeling weer andere mogelijkheden. Op mevrouw Oswald kan men een beroep blijven doen als adviseuse, naast de andere adviseurs waarover de afdeling beschikt (Van Brakel en Ten Cate, resp. huisarts te Utrecht en Wassenaar, Doyle, organisatie-deskundige, De Wit, bouwkundig ingenieur). Het is verheugend, dat de afdeling op deze wijze kan beschikken over medische, bouwkundige, economische en organisatorische deskundigheid.

Het contact met de Commissie Praktijkvoering en met de universitaire huisartseninstituten werd reeds gereleveerd. Door samenwerking, ook met individuele huisartsen, wordt verder gewerkt aan de opbouw van de afdeling. Alleen op deze wijze kan zij haar centrale adviestaak ten behoeve van de Nederlandse huisarts en de huisarts-in-opleiding blijven vervullen.

## Voorlichting over prijzen van geneesmiddelen

De voorlichting over prijzen van geneesmiddelen kan afzonderlijk genoemd worden. Het is voor de huisarts vaak niet eenvoudig inzicht te hebben in de prijzen van verwante geneesmiddelen en dit bij zijn overwegingen inzake de receptuur te betrekken. Toch zou in macro- en micro-economisch opzicht een dergelijk inzicht zeker wenselijk zijn. De prijzen van geneesmiddelen lopen vaak ver uiteen, zonder dat hiermee de doeltreffendheid in therapeutisch opzicht parallel gaat. Studie van dit belangrijke gebied leek zeker tot de taak van het N.H.I. te behoren. Een belangrijke vraag is echter hoe studie en voorlichting moeten plaats vinden.

Om te beginnen werd vanuit het N.H.I. een enquête gehouden bij alle Centrumbesturen, teneinde geïnformeerd te zijn over reeds bestaande activiteiten. Op grond hiervan kon een werkgroep geformeerd worden, waarin ook een apotheker en andere deskundigen zitting namen. Als eerste activiteit werden enige voorlichtingsfolders opgesteld, die de huisarts snel in staat zouden stellen tot een prijsvergelijking van de meest gangbare geneesmiddelen binnen één groep.

De voorlichting in deze vorm heeft een punt van discussie uitgemaakt binnen N.H.I. en Stichtingsbestuur. Het Stichtingsbestuur was van mening dat een wetenschappelijk instituut als het N.H.I. zich niet zou mogen beperken tot een prijsvergelijking. Bij de keus van een geneesmiddel mag de prijs immers zeker een — zij het bijkomstige — rol spelen, maar zeker zo belangrijk zijn eventuele verschillen in opname, verdraagbaarheid, werkzaamheid of bijwerkingen. Over deze verschillen werd in de voorgestelde vorm geen informatie gegeven, maar in deze behoefte probeert bijvoorbeeld het Geneesmiddelenbulletin te voorzien.

Aan het redactionele werk van het Geneesmiddelenbulletin wordt deelgenomen door een medewerker van het N.H.I., waarbij het streven vooral erop gericht is de inhoud en presentatie af te stemmen op de huisarts.

De genoemde overwegingen hebben geleid tot het stop zetten van de farmaco-economische voorlichting als N.H.I.-activiteit. Wel heeft de werkgroep in een andere samenstelling haar werk voortgezet, waarbij voortgebouwd kon worden op de reeds verrichte arbeid en op de voorlichting die reeds vanuit het Ziekenfonds Arnhem en omstreken geschiedde.

De voorlichtingsfolders, die samengesteld worden, kunnen worden verkregen via de plaatselijke of regionale ziekenfondsorganisaties. Vele van deze ziekenfondsen (doch lang nog niet alle) verspreiden thans deze folders onder de bij hen aangesloten artsen en apothekers.

## Samenstelling van een laboratoriumklapper

Een vraag van Dr. Delhez en van de Stichting Huisartsenlaboratorium Hengelo en omstreken, heeft tot een nuttig initiatief geleid. Gedurende vele jaren heeft Dr. Delhez namelijk een klapper samengesteld, die voor de in Hengelo en omgeving werkzame huisartsen een praktische handleiding bleek op het groeiende terrein van de laboratoriumbepalingen. Mede door de snelle ontwikkeling, die dit terrein doormaakt, werd de arbeid echter voor één man te omvangrijk — reden waarom de hulp van het N.H.I. werd ingeroepen.

Een oriëntatie welke plaats vond ten aanzien van andere huisartsen-laboratoria, wees uit dat aan een dergelijke handleiding behoefte bestaat. De huisarts wordt geconfronteerd met zoveel bepalingen, waarvan hij de betekenis moet kunnen nagaan, dat een handleiding die up-to-date gehouden kan worden van grote betekenis lijkt.

Er is dan ook besloten op het verzoek van Dr. Delhez in te gaan en een losbladige laboratoriumklapper samen te stellen. De bepalingen die hierin besproken worden kunnen in drie groepen worden verdeeld:

1. bepalingen die de huisarts gewoonlijk zelf uitvoert, waarbij de nadruk wordt gelegd op praktische instructies, veel gemaakte fouten e.d.
2. bepalingen die de huisarts zelf laat uitvoeren, bijvoorbeeld in een huisartsenlaboratorium, of die voor zijn werk frequent van belang zijn. Bij deze groep van bepalingen wordt uitvoeriger stilgestaan.
3. bepalingen, die meestal door een specialist verricht worden en waarbij in de klapper vooral de interpretatie centraal staat.

Wat betreft de uitvoering bleek al spoedig, dat de hulp van deskundigen wenselijk was. Deze werd gevonden in een groep van klinisch-chemici en enkele bacteriologen, die de te behandelen materie onderling verdeelden. Onder redactie van een aantal stafleden van het N.H.I. wordt thans gewerkt aan deze klapper, waarvan wij hopen dat hij spoedig ter beschikking zal komen van de Nederlandse huisartsen.

## **Bibliotheek**

Ten aanzien van de bibliotheek doet zich een ruimtelijk en een personeel probleem voor. De overbevolking binnen het pand Mariahoek 4 maakt, dat de bibliotheekruimte thans meer kantoorruimte is geworden, waardoor er in dit vertrek geen sprake meer kan zijn van ongestoorde literatuurstudie. Medio 1970 is dit probleem echter waarschijnlijk opgelost.

Het personeelsprobleem heeft betrekking op de documentatie. Het aantal artikelen en boeken, dat van belang is voor de huisartsgeneeskunde, vertoont een dergelijke toename, dat de documentatie een probleem wordt.

Wil deze functie, die belangrijk lijkt voor een landelijk instituut, goed vervuld worden, dan zullen personele voorzieningen moeten worden getroffen.

Dat aan een centrale bibliotheek over huisartsgeneeskunde behoefte bestaat, valt af te leiden uit het aantal aanvragen voor literatuur en/of documentatie. Ook hierin valt een toename te constateren, waarbij twee categorieën genoemd kunnen worden. Veel huisartsen wenden zich tot de bibliotheek bij het werken aan een voordracht, publicatie of onderzoek, terwijl ook de groep studenten, die in het kader van een scriptie behoefte heeft aan documentatie, telkenjare groter wordt.

Wat betreft het bibliotheekbezit kan wederom een aanwas in boeken worden gemeld. Het aantal tijdschriftabbonnementen is ongeveer gelijk gebleven.

## BEVORDERING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE OP ANDERE WIJZE

In de voorgaande projectbeschrijvingen kwam reeds tot uiting, dat veel van de werkzaamheden van het N.H.I. in samenwerking met anderen tot stand komen. Het I.M.O. was een onderzoek dat intensief is voorbereid door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G. en dat door een van de leden van deze commissie tot een proefschrift is bewerkt. Veel van de nascholings-activiteiten zijn eveneens slechts mogelijk door de medewerking van anderen.

Omgekeerd wordt aan het N.H.I. vaak een bijdrage gevraagd, die zoveel als mogelijk ook gegeven wordt. Voorbeelden hiervan zijn vragen van huisartsen, die bezig zijn met een onderzoek of publicatie. Adviezen over de vorm van onderzoek, over de methode, of over de statistische bewerking, zijn vele malen gegeven. De begeleiding aan promovendi, die Van Es in zijn kwaliteit van hoogleraar in de geneeskunde van de huisarts geeft, kan in dit verband genoemd worden.

Als een belangrijke voorwaarde om het werk van het instituut beter te kunnen vervullen werd gevoeld, dat de stafleden het contact met de praktijk behouden. Bij Van Es wordt deze voorwaarde vervuld doordat hij wekelijks nog circa 1½ dag praktizeert in zijn oude praktijk in Apeldoorn. Brouwer en de andere gewezen huisartsen van de staf verfrissen regelmatig hun huisartservaring door onderdompeling in een waarnemingsperiode. Al mag hierbij dan minder sprake zijn van de continuïteit van het contact met de patiënt, die een kenmerk is van de huisartspraktijk, toch hebben deze waarnemingen groot nut om nog eens in de situatie van de huisarts te verkeren. Koopman en Koperberg verkrijgen voldoende praktische ervaring door hun „senior“-rol in de groepspraktijk in Overvecht.

Van geheel andere aard zijn de vertegenwoordigingen in commissies die door de stafleden vervuld worden. Genoemd kunnen worden het overleg met de Kruisorganisaties en de vertegenwoordiging in de Boerhaave-cursuscommissie. Het adviseurschap van stafleden in de N.H.G.-commissies neemt hierbij een eigen plaats in, aangezien veel van het werk van het instituut in samenwerking met de commissies wordt voorbereid.

Koperberg tracht een bijdrage te leveren aan de voorlichting aan huisartsen door zijn medewerking aan het Geneesmiddelenbulletin. Een andere maal heeft hij een bijdrage geleverd aan een symposium over diuretica.

Een belangrijke werkzaamheid voor de toekomst is het overleg tussen L.H.V., N.H.G. en N.H.I. over de vorming van plaatselijke nascholingswerkgroepen. Eveneens van veel belang is de bijdrage die de sociaal-psychologe van het N.H.I. geeft bij diverse samenwerkingsexperimenten, zoals de bijeenkomsten



in Bennekom, waar huisartsen, wijkverpleegsters en maatschappelijk werkers zich bezinnen op hun taak.

Het zou gemakkelijk mogelijk zijn, deze voorbeelden met vele andere uit te breiden. De bedoeling is echter voornamelijk om aan te tonen hoe de werkzaamheid van het N.H.I. zich eensdeels afspeelt in eigen projecten — waaraan veelal anderen steun verlenen —, voor een ander deel door het leveren van een bijdrage, waar deze gegeven kan worden.

Velen spannen zich gelukkig in voor de huisartsgeneeskunde. Het N.H.I. probeert in dit geheel een rol te vervullen.

## NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Uitgaande van de  
Nederlandse Stichting tot Bevordering van de Huisartsgeneeskunde  
Mariahoek 4 - Utrecht.  
Dependance: Moreelsepark 9, Utrecht.  
Tel.: 030 - 1 99 46  
Postrekening nr. 39 40 72  
Bank: AMRO-Bank N.V. Kantoor Vreeburg 26, Utrecht  
rekening nr. 48.44.59.724

### STICHTINGSBESTUUR

#### Dagelijks Bestuur\*

Dr. H. J. Dokter, voorzitter  
Dr. A. Rijpperda Wierdsma, vice-voorzitter  
A. Vrij, secretaris  
G. A. Schipper, penningmeester

#### Leden\*

Dr. J. A. Dallmeijer  
T. E. Halbertsma  
J. C. Oeberius Kapteijn  
Dr. A. P. Oliemans  
L. van der Pol  
M. Pon  
J. A. J. van Poppel  
H. O. Sigling  
R. C. Veldhuyzen van Zanten  
A. E. N. de Vries

#### Adviserende leden\*

G. A. Sekhuis, (plv. F. N. M. Bierens)  
Prof. Dr. J. C. van Es, directeur N.H.I.  
A. Hofmans  
Dr. J. M. L. Phaff  
Dr. H. Roelink  
Dr. F. Vriesendorp  
J. F. Jongeneel, chef de bureau

\* opgave per 31 december 1969

## MEDEWERKERS EN ADVISEURS VAN HET N.H.I.

### Wetenschappelijke medewerkers\*

Prof. Dr. J. C. van Es, arts, directeur \*\*  
Dr. W. Brouwer, arts, adjunct-directeur \*\*  
J. M. Deveer, arts  
W. Ekker, arts  
Mej. J. L. Groeneveld, interniste \*\*  
J. Koopman, arts\*\*  
I. Ph. L. Koperberg, arts\*\*  
P. Lens, arts, t.v.-presentator  
Ir. H. R. Pijlman, socioloog  
Dr. F. de Waard, arts\*\*\*  
Dr. R. A. de Widt, econoom  
Mej. Drs. H. I. Wijsenbeek, sociaal-psychologe

### Overige medewerkers\*

Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, directie-secretaresse\*\*  
Mej. I. Koers, staf-secretaresse  
J. Louw, administrateur  
Mej. M. R. E. den Blik, telefoniste-receptioniste  
Mej. M. M. C. de Boer, voorlichtingsassistente  
Mej. M. Ch. Dorjee, administratief assistente  
B. Faber, reproductist  
Mej. S. M. A. Götz, secretaresse  
Mej. A. E. Grobbelaar, onstypiste  
Mej. H. van Weerden, secretaresse peilstations  
Mej. M. W. de Wijze, bureau-assistente  
Mevr. E. J. M. Nodelijk-Lantinga, bureau-assistente\*\*  
Mevr. M. J. C. van Hilten-Bergman, schoonmaakster  
Mej. J. C. van Kesteren, schoonmaakster  
Mevr. J. W. Nieuwenhuis-Okhuysen, schoonmaakster  
Vacatures: secretaresse en bureau-assistente

\* opgave per 31 december 1969

\*\* tevens verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit Utrecht

\*\*\* verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde der Rijksuniversiteit Utrecht

**Medewerkers groepspraktijk te  
Utrecht-Overvecht\***

H. J. J. van der Heijden, arts  
Mej. E. Huigen, arts  
J. Koopman, part-time huisarts  
I. Ph. L. Koperberg, part-time huisarts  
Mevr. M. J. Gerards-van de Wijst, praktijk-assistente  
Mevr. J. de Leest-Zimberling, praktijk-assistente  
Mej. J. J. L. M. Nijst, praktijk-assistente  
Mevr. A. Jansen-Diemen, schoonmaakster

**Adviseurs afd. Voorlichting\***

K. G. H. H. Doyle, technische en medische efficiëntie  
Mevr. M. A. A. Oswald-Gerritsen, voorlichtingsdeskundige-interieurarchitecte.  
Ir. C. de Wit, architect B.N.A.  
Dr. R. S. ten Cate, huisarts  
G. van Brakel, huisarts

\*opgave per 31 december 1969

## FINANCIËN

Het totaal aan subsidies van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid zal voor 1968 ongeveer f 453.000,— bedragen tegen f 412.000,— voor 1967.

Daarnaast waren beschikbaar:

— bijdragen van het Nederlands Huisartsen Genootschap	f 10.000,—
— vrijwillige bijdragen van de N.H.G.-leden	f 25.800,—
— schenkingen van de farmaceutische industrieën	f 16.300,—

In totaal: f 52.100,—

— waarbij komt aan subsidies f 453.000,—

Totaal beschikbare middelen voor 1968 f 505.100,—

Voor 1969 wordt het totaal aan subsidies van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid geraamd op: f 551.000,—

Hierbij komen de volgende bijdragen:

— Nederlands Huisartsen Genootschap	f 1.000,—
— vrijwillige bijdragen van de N.H.G.-leden	f 25.000,—
— L.A.C.C. ten behoeve van de nascholing	f 15.000,—
— Ned. Ver. voor Reumatiekbestrijding ten behoeve van de fonodidaktische dienst	f 9.900,—
— Asthmafonds voor nascholingscursus	f 1.200,—
— Stichting Teleac voor de t.v.-cursus	f 3.800,—

Totaal beschikbare middelen voor 1969 f 606.900,—

Voor al deze bijdragen willen wij hier gaarne onze dank uitspreken.



<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Wetenschappelijk onderzoek</b>	
Intermitterend morbiditeitsonderzoek (IMO)	15
Continue morbiditeitsregistratie in een aantal praktijken	16
Een landelijk netwerk van peilstations	18
Longamo	21
Het project „Kamperfoelie”	22
Oriënterend onderzoek naar de medische consumptie per sociale laag van de bevolking	24
Inventariserend geneesmiddelenonderzoek - een „pilot study”	25
De bruikbaarheid van orale penicillines in de huispraktijk	26
Oppervlakkige tromboflebitis	27
Overig therapie-onderzoek	29
Onderzoek naar de toekomstplannen van jonge artsen	30
<b>Praktijkvoering</b>	
Een studiegroep „Therapie door de huisarts”	33
Onderzoek naar verwijzen door de huisarts	35
Samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegster (project „Assen”)	36
„Functie-onderzoek” als uitgangspunt voor de zorg voor bejaarde patiënten door de huisarts	38
Voedingsanamnese en onderzoek van de voedingstoestand, onderzocht bij Utrechtse studenten	39
De cytologische vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom	40
Vroeg-diagnostische mogelijkheden ten behoeve van de huisarts in Utrecht	41
Screening in de groepspraktijk Stolwijk	42
De groepspraktijk in Utrecht-Overvecht	43
<b>Nascholing</b>	
Oriëntatiecursus	47
CARA-cursus	47
Revalidatie-cursus	48
Geriatric-cursus	48
Nascholingsdag Geriatrie	48
Cursus praktische farmacie	49
Cursus electrocardiografie	49
Cursus röntgenologie	50
Vorbereiding „Warffum in Utrecht”	50
Nadere praktijkscholing medisch maatschappelijk werk	51
Nascholing per televisie (Teleac)	52
Fonodidactische dienst	53

<b>Voorlichting</b>	
Afdeling voorlichting	57
Voorlichting over aspecten van de praktijkvoering	57
praktijkorganisatie	
praktijkadministratie	
praktijkruimte en praktijkinrichting	
praktijkbenodigdheden	
Samenstelling van hulpmiddelen ten behoeve van de praktijk	58
voorlichtingsbladen ten behoeve van patiënten	
de huisartsen-anamneselijst	
Voorlichting op het gebied van de groepspraktijk	59
Voorlichting over prijzen van geneesmiddelen	61
Samenstelling van een laboratoriumklapper	62
Bibliotheek	63
<b>Bevordering van de huisartsgeneeskunde op andere wijze</b>	64
<b>Bestuur en medewerkers</b>	
Stichtingsbestuur	66
Medewerkers en adviseurs van het N.H.I.	67
<b>Financiën</b>	69