

University of Groningen

Over methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de huisarts Saan, Mense

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
1966

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
Saan, M. (1966). *Over methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de huisarts.* [S.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

OVER METHODEN
TER BEVORDERING VAN
DE EFFICIENCY
IN DE PRAKTIJKVOERING
VAN DE HUISARTS

M.SAAN

OVER METHODEN TER BEVORDERING
VAN DE EFFICIENCY
IN DE PRAKTIJKVOERING VAN DE HUISARTS

Stellingen

I

De electrophoretische scheiding der L.D.H.-isoënzymen kan een zeer belangrijk hulpmiddel worden bij de beoordeling van een anaemie.

De huisarts, die deze bepalingen kan laten verrichten, beschikt tevens over een belangrijke steun bij de differentiële diagnose van aandoeningen zoals myocardinfarct, leverziekten, maligne processen en zelfs mononucleosis infectiosa.

II

Het is nooit bewezen dat bij cryptorchisme de fertiliteit wordt verbeterd door operatie vóór het 10^e jaar.

III

De telemetrie zal zeer belangrijk worden voor de vaststelling van de validiteit bij patiënten verdacht van een coronairinsufficiëntie.

IV

Het advies gegeven in het Oranje Kruisboekje (18^e druk, blz. 60, f, g) om aan een patiënt met shock geen vocht toe te dienen, is te weinig gedifferentieerd en kan in vele situaties leiden tot ernstige schade voor de patiënt.

V

De Sicca-haemoglobinometer is wel geschikt om een globale schatting van het haemoglobine mogelijk te maken, doch onvoldoende nauwkeurig om verschillen aan te tonen in een orde van grootte die in de huisartsgeneeskunde van belang zijn.

VI

Bij het medicamenteus provoceren van een drukgradiënt bij musculaire subvalvulaire aortastenose dient aan inhalatie van amylnitriet de voorkeur te worden gegeven boven toediening van isoproterenol.

VII

Het moet onwaarschijnlijk worden geacht, dat het probleem betreffende de therapeutische waarde van jarenlange toediening van folinezuurantagonisten bij lijdende aan psoriasis zonder zeer grote bezwaren kan worden opgelost.

VIII

De toepassing van groepstherapie bij ter beschikking van de regering gestelde delinquenten berust op een waardeoordeel, dat niet gestaafd wordt door research met controlegroepen.

Zolang de doeltreffendheid van groepstherapie in dit verband nog sterk wordt bestreden, mag men stellen, dat het uiterst discutabel is of:

- het verlies van het recht op psychische privacy,
- het ontbreken van de vrije toestemming, in de eigenlijke zin des woords, van de delinquent,
- het gevaar van schending der geheimen door bij de groep betrokken patiënten,

opweegt tegen de mogelijke therapeutische resultaten.

IX

De correctie van refractie-anomalieën behoort niet tot het taakgebied van de huisarts.

X

Het verdient aanbeveling op korte termijn een opleiding te creëren, die afgestudeerde artsen specifiek voorbereidt op het huisartsenberoep.

Geheel los hiervan zou tijdens de opleiding tot arts een veel ruimere plaats aan de huisartsgeneeskunde moeten worden toebedeeld.

XI

Het wordt belangrijk het bloed van de moeder 15–20 uur post partum te onderzoeken op de aanwezigheid van foetaal haemoglobine, zulks met het oog op eventuele prophylaxe met behulp van anti D gammaglobuline.

XII

Het abonnementstariefstelsel heeft een nadelige invloed op de patiënt-arts relatie, hoewel men er op het eerste gezicht juist voordeel van zou verwachten.

XIII

De studie paedagogie behoort het sprookje Hans en Grietje tot verplichte literatuur aan te merken, aangezien de in dit proza verhaalde criminele feiten (opzettelijke verlating door de ouders, vandalisme, kidnapping, dwangarbeid door minderjarigen, poging tot kannibalisme, moord met voorbedachten rade en diefstal) van grote opvoedkundige waarde moeten worden geacht.

XIV

De Nederlandse huisarts met een praktijk van 3000 zielen besteedt dagelijks ruim een uur aan autorijden naar en van patiënten, die zonder enige medische of psycho-sociale schade te ondervinden het afspraakspreekuur hadden kunnen bezoeken.

XV

Het zou voor huisartsen nuttig zijn, indien zij hun lichamelijke conditie op peil trachtten te houden c.q. trachtten te verbeteren, door wekelijks in teamverband mee te doen aan een deskundig geleide conditietraining.

XVI

Gewoontehoudingen behoort men te voorkomen inplaats van ze symptomatisch te behandelen op het moment, dat ze tot irreversibele orthopaedische houdingsafwijkingen hebben geleid.

XVII

Er bestaat een duidelijk gebrek aan daadwerkelijke belangstelling, zowel departementaal als in de onderwijswereld, voor de grote betekenis van de lichamelijke opvoeding voor de volksgezondheid.

Niet zelden blijkt men sport met lichamelijke opvoeding te verwarren.

XVIII

Een niet onbelangrijk deel van het verplegend personeel in de Groningse ziekenhuizen loopt op schoeisel, dat te weinig steun aan de voeten biedt en soms belangrijk afwijkt van de schriftelijke richtlijnen hieromtrent.

XIX

Daadwerkelijke psychiatrische en sociaal-paedagogische zorg voor een delinquent behoort uiterlijk te beginnen in het Huis van Bewaring.

XX

Een researchteam, dat nalaat tot routine geworden handelingen tijdig over te dragen, legt daardoor zijn eigen creativiteit onnodige beperkingen op.

XXI

Door gebruik te maken van de methode van geprogrammeerde instructie bij het theoretische gedeelte van de artsenopleiding zou kunnen worden volstaan met minder docenten en minder collegezalen, terwijl het studierendement waarschijnlijk zou stijgen.

Stellingen behorende bij het proefschrift van
M. SAAN

Over methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering
van de huisarts

Groningen, 21 december 1966

RIJKSUNIVERSITEIT TE GRONINGEN

OVER METHODEN
TER BEVORDERING VAN
DE EFFICIENCY
IN DE PRAKTIJKVOERING
VAN DE HUISARTS

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN HET DOCTORAAT IN DE GENEESKUNDE

AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE GRONINGEN

OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS MR. E. H. S'JACOB,

HOGLERAAR IN DE FACULTEIT DER RECHTSGELEERDHEID,

IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP WOENSDAG 21 DECEMBER 1966

DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

MENSE SAAN

GEBOREN TE GRONINGEN

J. B. WOLTERS GRONINGEN 1966

PROMOTOR: PROF. DR. K. J. VANDEEN

Aan mijn Ouders
Aan mijn Vrouw en Kinderen

Voorwoord

Het schrijven van dit proefschrift resulteerde langzamerhand in werkzaamheden van een nooit bedoelde doch dusdanige omvang, dat de noodzakelijk eraan te besteden tijd in geen enkele verhouding meer stond tot datgene wat ik mij hiervan had voorgesteld, en, wat veel erger was, in flagrante tegenstelling stond tot de instelling, die ik als een in het oog lopende draad door de voor U nog komende, doch voor mij reeds geschreven bladzijden trachtte te weven, – de instelling om ook als huisarts ernaar te streven, te allen tijde voldoende tijd voor het gezin over te houden en de werkzaamheden harmonieus in het gezinsleven in te passen.

In ieder geval kwam dan toch het moment waarop het manuscript ter perse ging en waarin men de duidelijke behoefte gevoelt uiting te geven aan gevoelens van dankbaarheid jegens al diegenen, die aan de totstandkoming van deze dissertatie hebben meegewerkt.

Voor al U, hooggeleerde VAN DEEN, hooggeachte Promotor, ben ik bijzonder dankbaar voor de wijze waarop U mij hebt ontvangen, voor de oprechtheid in Uw belangstelling en kritiek, die mij eensdeels stimuleerde, andersdeels in staat stelde mij een ruimere, indringender blik te verwerven op zaken, die voordien nog niet geheel duidelijk in mijn gezichtsveld lagen. Uw daadwerkelijke bereidheid mij daar waar mogelijk naar beste vermogen te helpen, hebben diepe indruk op mij gemaakt.

Dat U, vader en moeder, deze dag in goede gezondheid mag meemaken stemt mij tot grote vreugde.

Geachte mej. HUIZINGA, beste JISSY, zonder jouw hulp had dit proefschrift eerst veel later kunnen verschijnen.

De ijver, het enthousiasme en het onverstoorbare goede humeur, waarmee je bereid was de vele bladzijden na de zoveelste wijziging nog eens over te typen, zijn voor mij een grote aansporing geweest.

Geachte heer DE GROOT, beste JAN, ik hoop dat ik deze enige alinea, waarover jij niet je 'Neerlandische blik' zult laten gaan, er foutloos afbreng. Nooit had ik bevroed dat schrijven in goed Nederlands zo moeilijk was. Jouw steun, correctie en milde kritiek hebben er in belangrijke mate toe bijgedragen dat ik dit werk zonder al te grote insufficiëntiegevoelens uit handen durfde geven.

Mijn welgemeende dank voor je medewerking.

Geachte heren LODE, SMIT en DE BOER, voor Uw technische bijstand bij het maken der tekeningen en foto's, doch bovenal voor de plezierige wijze, waarop ik met U mocht samenwerken, betuig ik U mijn hartelijke dank.

Geachte mevr. KLAVER-DE HAAS, beste ANNIE, zeer erkentelijk ben ik je voor de spontane wijze waarop jij je onmiddellijk bereid verklaarde de samenvatting in het Engels te vertalen.

Geleerde GOUDSMIT, beste HEIN, ook jouw nachtelijke medewerking ten einde de Duitse versie van de samenvatting op tijd gereed te krijgen heb ik op hoge prijs gesteld.

De geachte heer WASTIAUX dank ik voor de wijze waarop hij de Franse vertaling van de samenvatting voor zijn rekening heeft genomen.

Wat ik aan jou heb te danken, BETTY, is moeilijk in woorden te omschrijven. De steun die jij voor mij bent geweest in tijden waarin het gezinsleven niet de aandacht kreeg, die het behoefde, het niet te tellen aantal uren, dat jij achter de typemachine hebt doorgebracht, heeft voor mij een diepere betekenis, die ver uitgaat boven de uiterlijke, doch bijzonder gemeende woorden van dank, die ik op deze plaats naar voren meen te moeten brengen.

Inhoud

INLEIDING	13
I. INLEIDING TOT DE PROBLEEMSTELLING	14
1. HET IDEEAALBEELD VAN EEN HUISARTSENPRAKTIJK	14
2. BELEMMERENDE FACTOREN	14
1. <i>Te weinig financiën tijdens de opbouw van een praktijk</i>	15
2. <i>Vestiging op het platteland</i>	15
3. <i>Te weinig noodzakelijke eigenschappen bij de zich vestigende arts</i>	15
4. <i>Overname van een grote praktijk</i>	17
5. <i>Geen bestaansmogelijkheid</i>	17
6. <i>Te weinig huisartsen</i>	17
3. HET AANVAARDEN VAN DE CONSEQUENTIES	18
4. REACTIES OP HET KWALITEIT-KWANTITEIT DILEMMA	19
II. DE PROBLEEMSTELLING	21
I. UITWERKING VAN DE SAMENSTELLENDEN FACTOREN	21
1. <i>Handhaving van het dagritme: arbeid-ontspanning-rust</i>	21
2. <i>Medisch bevredigend</i>	23
3. <i>Financieel bevredigend</i>	24
4. <i>3000 patiënten</i>	26
5. <i>Tot tevredenheid van de patiënt</i>	27
6. <i>Medisch verantwoord</i>	28
III. INDELING VAN DE WERKZAAMHEDEN VAN DE HUISARTS	29
I. VOLGENS DE CONFERENTIE VAN WOUDSCHOTEN	29
2. VOLGENS BREMER CS.	29
3. EIGEN INDELING	31
1. <i>Het verrichten van geneeskunde</i>	31
2. <i>Het verrichten van geneeskunst</i>	31
3. <i>Medisch-administratieve en praktijk-organisatorische bezigheden</i>	32

IV. METHODE VAN ONDERZOEK	34
V. MAATREGELLEN TER BEVORDERING VAN DE PRAKTIJKEFFICIENCY OP MEDISCH-ADMINI- STRATIEF EN PRAKTIJK-ORGANISATORISCH GEBIED	36
I. DE PRAKTIJKASSISTENTE	36
2. HET PRAKTIJKHUIS	36
3. HET PATIËNTENKAARTSYSTEEM	38
1. <i>Eisen aan een patiëntenkaart te stellen</i>	38
2. <i>Indeling van de patiëntenkaart</i>	39
Indeling van de kop van de patiëntenkaart	43
3. <i>De kleur van de patiëntenkaart</i>	43
4. <i>Het invullen van de patiëntenkaart</i>	43
Het invullen van de personalia op de patiëntenkaart	43
Het invullen van de medische gegevens op de patiëntenkaart	48
5. <i>Het aangeven van de revisiedatum</i>	51
De 'vergeten' visite	53
6. <i>Praktische mogelijkheden van het werken met kaartruiters</i>	53
7. <i>De patiëntenkaart gebruikt bij het wetenschappelijk onderzoek</i>	54
4. DE BINNENKOMENDE IMPULSEN	56
I. <i>De binnenkomende post</i>	56
De praktijkpost	59
De financiële post	61
<i>De stapelordners</i> 62	
<i>Het sturen van rekeningen</i> 64	
Rekeningen voor éénmalige verrichtingen 72	
Rekeningen naar instellingen 72	
Rekeningen naar de S.V.B. 73	
Een slecht betalende patiënt 73	
De gespecificeerde rekening 74	
Wel of geen adresseermachine 76	
<i>Berekening van het inkomen</i> 76	
<i>De crediteurenrekeningen</i> 78	
<i>De bankafrekeningen</i> 82	
Het bewijs van afschrijving 82	
Het bewijs van bijschrijving 84	
<i>De giro-afrekeningen</i> 87	
<i>Het paraferen door de huisarts</i> 87	
<i>De financiële set</i> 89	
<i>Resumé</i> 89	

De tijdschriften, de reclame betreffende geneesmiddelen, en de privé-post	91
De monsters	91
Samenvatting van de binnenkomende post	93
2. <i>De binnenkomende telefoontjes</i>	93
Telefoontjes binnenkomend in de werktijd	94
<i>Een telefonische aanvraag voor een visite</i> 94	
Het visite-rijden 97	
De te gebruiken auto 97	
Het bevestigen van de routebak 99	
Het gebruik van een auto-dicteerapparaat 100	
De semafoon 102, 109	
De tweede auto 104	
<i>Een telefonische aanvraag voor een spreekuur-afpraak</i> 105	
<i>Een patiënt belt om inlichtingen</i> 105	
<i>Telefoontjes waarin om een niet gemotiveerde naboodschap wordt gevraagd</i> 106	
<i>Telefoontjes waarin om een gemotiveerde naboodschap wordt gevraagd</i> 108	
<i>Een telefonische aanvraag om een spoedvisite</i> 112	
Binnenkomende telefoontjes buiten de werktijd	115
<i>Een tweede praktijktelefoon</i> 115	
<i>Een telefoon-antwoordapparaat</i> 115	
Binnenkomende telefoontjes tijdens het weekend	117
3. <i>De binnenkomende patiënten</i>	118
De patiënt komt een rekening betalen	119
De patiënt komt om een recept	120
De vertegenwoordigers van de pharmaceutische industrie	122
Het spreekuur	122
<i>Het gebruik van de spreekkamerset door de huisarts</i> 125	
<i>Het nakijken door de huisarts</i> 128	
<i>Het dicteren door de huisarts</i> 131	
<i>Het sorteren door de assistente</i> 133	
4. <i>Einde van de dagtaak</i>	135
5. <i>Verantwoording van de tijd</i>	136
6. <i>Overzicht van de besproken materialen</i>	137
7. <i>Financiële verantwoording</i>	139
8. <i>Enkele opmerkingen betreffende de praktijkinrichting</i>	141
9. <i>Het werken met de administratie-doorgeefwand</i>	145

VI. DE HUISARTS, ZIJN GEZIN, OMGEVING EN VRIJETIJSBESTEDING 156

VII. MAATREGELN TER VERBETERING VAN DE PRAKTIJKVOERING, DOOR ARTSEN IN GROEPSPRAKTIJKEN GENOMEN	158
1. VERGELIJKING GROEPSPRAKTIJK-INDIVIDUELE PRAKTIJK	158
2. ÉÉNMANSACTIVITEITEN NIET MEER DOELMATIG?	160
VIII. AFREMMING VAN DE BINNENKOMENDE IMPULSEN	162
1. HET RECHT OP GEZONDHEID	162
2. STREVEN NAAR REALITEITSBESEF	163
3. DE ABONNEMENTSHONORERING	165
4. DE TAAK VAN DE STAAT	166
5. HET VRIJE BEROEP	167
6. HET VERRICHTINGSTARIEF	168
IX. EFFICIENCY-MAATREGELN DOOR HUISARTSEN ALS COLLECTIVITEIT	173
1. HET VERRICHTINGSTARIEF	173
2. BEVORDERING VAN HET AANTAL CONSULTENTEN OPZICHT VAN HET AANTAL VISITES	173
3. UNIFORMERING VAN ADMINISTRATIE EN RECEPTUUR	181
4. HET DOORGEVEN VAN WENSEN AAN DE INDUSTRIE	181
5. PUBLIC RELATIONS	182
X. DE TOEKOMST VAN DE HUISARTS	184
SAMENVATTING	187
SUMMARY	190
ZUSAMMENFASSUNG	192
RÉSUMÉ	195
IN DE TEKST GEMEMOREERDE LITERATUUR	199
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	200
LIJST VAN FOTO'S	201
LIJST VAN SCHEMA'S	202
LIJST VAN TEKENINGEN	203
LIJST VAN TABELLEN	204

Inleiding

De veelzijdigheid in de patiënt-arts relatie, reeds gezien door de geïnteresseerde lekenogen van een middelbaar scholier, is waarschijnlijk de voorname drijfveer geweest, die mij deed besluiten later het huisartsenberoep te kiezen.

Na het behalen van de zo begeerde 'bul' en het moeizaam berusten in anderhalf jaar militaire dienst, begon ik mijn medische loopbaan met een vrije vestiging als huisarts.

Bij gesprekken met vele collegae viel het mij op, dat het merendeel der huisartsen chronisch overwerkt was; velen werkten tot 's avonds laat en hadden vrijwel geen tijd om deel te nemen aan het gezinsleven, laat staan om aan vrijetijdsbesteding te doen. Velen waren in meer dan één opzicht in het vak teleurgesteld.

Het bleek in praktisch alle gevallen, dat het in de huisartsenpraktijk optredende dilemma kwantiteit-kwaliteit met betrekking tot de beschikbare tijd, hét grote struikelblok was, waar men – de één meer bewust dan de ander – mee zat.

Men voelde zich overstroomd door een veelheid van problemen, waarvan men door de aard van zijn opleiding de oplossing wel kende of vermoedde, doch welke men slechts zeer oppervlakkig of helemaal niet kon behandelen, tenzij men genegen was exorbitant lange werkdagen te maken.

Het leek de moeite waard om te trachten via uiteenlopende methoden de efficiency in de eigen praktijkvoering te bevorderen, voornamelijk op medisch-administratief en praktijk-organisatorisch terrein, teneinde het mogelijk te maken om naast de praktijkwerkzaamheden voldoende tijd voor gezin en ontspanning over te houden. In de loop van acht jaren werd dit systematisch streven meer en meer geperfectioneerd.

Door middel van een aantal lezingen werd deze efficiëntere manier van praktijkvoering in een bredere kring van huisartsen geïntroduceerd en de ontvangst was dusdanig, dat het plan rijpte tot het schrijven van een boekwerkje over dit onderwerp.

Toen de tekst gereedgekomen was, bleek die alle ingrediënten in zich te bergen om als grondslag voor een dissertatie te dienen.

Het werd toen uiteraard noodzakelijk vele onderwerpen wetenschappelijk uit te diepen, hetgeen door nog meer gesprekken en verdere literatuurstudie is geschied.

Het aanvankelijke doel: door middel van deze studie een positieve bijdrage te leveren aan het 'werk van alle dag' van de huisarts, is echter gebleven. Ik hoop van harte in deze opzet te zijn geslaagd.

I. Inleiding tot de probleemstelling

I. Het ideaalbeeld van een huisartsenpraktijk

De meest ideale manier om zich in de huisartsengeneeskunde te bekwamen is waarschijnlijk die van een vrije vestiging als huisarts.

Door een aanvankelijk surplus aan tijd wordt men immers in staat gesteld zich uitgebreid en doeltreffend te oriënteren betreffende dagelijks voorkomende problemen, die met de huisartsengeneeskunde nu eenmaal gepaard gaan.

Het blijkt dan, dat deze oriëntatie hoognodig is, aangezien een terrein wordt betreden, dat men onvoldoende kent, omdat het tijdens de opleiding niét, vrijwel niet, of uit een totaal andere gezichtshoek werd benaderd.¹

Een jong en enthousiast huisarts wordt getroffen door de veelheid en de rijke schakering der problemen die hem door de patiënten worden voorgelegd en waarop van hem een antwoord wordt verwacht.

Het geringe aantal patiënten laat hem in het begin alle tijd zich grondig in deze problemen te verdiepen.

Iedere patiënt wordt uitvoerig onderzocht; vele laboratoriumproeven worden zelf verricht; de brieven naar de specialist zijn uitgebreid en munten uit door hun schoolse stijl, nog geheel in de trant van de kliniek waar men dit heeft geleerd; atheroomcysten worden verwijderd; andere kleine chirurgie wordt bedreven; er wordt preventief onderzoek gedaan; de patiënten krijgen de gelegenheid om uitgebreid hun sociale, psychische en sexuele problemen te bespreken; huwelijksmoeilijkheden worden behandeld; kinderen met leer- en opvoedingsproblemen, alsook de bejaarden krijgen alle aandacht, etc.; bovendien wordt de medische kennis door het lezen van medische tijdschriften, het bijwonen van lezingen en het volgen van cursussen etc. op peil gehouden en zo mogelijk verrijkt.

Al spoedig blijkt, dat de patiënten deze rust in het werken en de in hun ogen serieuze aanpak waarderen. De toeloop van patiënten wordt groter, de dagtaak meer gevuld.

De huisarts die zich pas gevestigd heeft, zal na enige tijd bemerken, dat hij bij een aantal patiënten van 1500, handelende op de zojuist geschetste wijze, eigenlijk een volledige dagtaak heeft.

2. Belemmerende factoren

Tot nu toe werd een uit strikt medisch oogpunt bezien vrij ideale situatie geschetst:

- de patiënten worden medisch verantwoord behandeld,

- de patiënten zijn tevreden over de wijze waarop ze door hun huisarts psychisch worden benaderd,
- de huisarts vindt medisch satisfactie in zijn werk,
- zijn dagtaak is gevuld, doch niet overvol.

Vanuit een wat ruimere gezichtshoek ontdekken we echter een aantal factoren, die dit 'ideaalbeeld' wreed verstoren.

I. TE WEINIG FINANCIËN TIJDENS DE OPBOUW VAN EEN PRAKTIJK

Een vrije vestiging kan lang niet altijd op zo'n onbekommerde wijze worden opgezet als hiervoor werd beschreven. Financiële factoren spelen hier immers een grote rol. Het is onmogelijk in een pas gevestigde praktijk een bestaan te vinden. Men is óf aangewezen op inkomsten uit neven-betrekkingen, hetgeen uiteraard ten koste van de voor de praktijk beschikbare tijd gaat, óf men dient zich met eigen middelen dan wel door hogere leningen de eerste jaren financieel staande te houden, hetgeen voor later natuurlijk ongunstiger financiële consequenties met zich meebrengt.

2. VESTIGING OP HET PLATTELAND

Een vrije vestiging is op het platteland nog moeilijker dan in de stad, aangezien de patiëntentoevoer daar veel langzamer zal gaan. De besloten gemeenschap van een in velerlei opzicht met elkaar verbonden plattelandsbevolking leidt veel minder tot de beslissing van het kiezen van een nieuw gevestigde huisarts.

Hier komt nog bij, dat de patiënt-arts relatie op het platteland om allerlei redenen hechter is. Men verandert er niet zo snel. Ook is de bevolkingsaanwas ten plattelande kleiner dan in de stad.

3. TE WEINIG NOODZAKELIJKE EIGENSCHAPPEN BIJ DE ZICH VESTIGENDE ARTS

Sommige, overigens uitstekende, artsen zijn minder geschikt voor het huisartsenberoep, doordat ze de feeling missen hoe hun patiënten te benaderen, met ze om te gaan, etc.

Hoewel er bij een zorgvuldig psychologisch onderzoek ten aanzien van dit probleem beslist wel een aantal algemene eigenschappen te noemen zou zijn dat preferent dan wel ongunstig zou zijn, betreden we hier een zo uitgebreid en slecht te definiëren terrein, dat dit in het kader van dit proefschrift verder slechts terloops vermeld kan worden.

Ik zou willen volstaan met op te merken, dat men, om als huisarts te slagen, over een combinatie van eigenschappen dient te beschikken.

Het kost weinig moeite een aantal van deze eigenschappen op te noemen :

- brede belangstelling voor de mens,
- feeling om met mensen om te gaan,
- het in korte tijd kunnen leggen van een goede relatie,
- de taal van de patiënt willen en kunnen spreken,
- zeer goede gezondheid,
- bereid zijn een behoorlijke dosis verantwoordelijkheid te dragen,
- emotioneel kunnen verwerken, dat fouten maken in de huisartsenpraktijk onvermijdelijk is,
- zakelijk inzicht,
- organisatorisch talent.

Deze lijst is ongetwijfeld voor aanvulling vatbaar.

Indien we deze eigenschappen met een cijfer zouden waarderen, dan zouden deze per huisarts wel verschillend mogen uitvallen, doch de som van de waarderingen zou niet beneden een bepaald minimum mogen komen.

Voor de arts die niet intuïtief aanvoelt dat hij dit minimum niet haalt – en dit zijn meestal de grensgevallen – die niet voldoende belangstelling voor zijn medemens weet op te brengen, die gemis aan zakelijk inzicht demonstreert door een te bekrompen of te roekeloze opzet, of door een vestiging op een slecht gekozen plaats, die onvoldoende de collegiale verhoudingen weet te respecteren, – voor die arts kan een vrije vestiging als huisarts zeer teleurstellende resultaten opleveren.

Het zou mogelijk moeten zijn, dat artsen, die moeilijkheden hebben bij het leggen van contacten met hun patiënten, of die moeilijkheden hebben in hun contact met specialisten of collegae, een oudere collega of een psycholoog of psychotherapeut consulteren om met deze te overleggen of deze contacten gemakkelijker en bevredigender kunnen verlopen.

In principe immers heeft elke huisarts en elke toekomstige huisarts het voor een vrij groot gedeelte in eigen hand zijn houding zodanig te veranderen, dat er een bevredigender toestand ontstaat.

Elke situatie wordt voor een belangrijk gedeelte bepaald door het karakter en het gedragspatroon van de betreffende huisarts.

Dit is duidelijk zichtbaar, wanneer men verschillende huisartsen, die praktizeren in éénzelfde grote stad, observeert en zich realiseert, welke situatie zij in dezelfde grote stad om zich heen hebben opgebouwd.

Iedere arts kan uit de aard der zaak vrijwillig kiezen of hij zijn leven wil doorbrengen met vele spanningen tussen hemzelf en zijn omgeving, dan wel of hij de energie en de moed weet op te brengen om hierin verbetering te bereiken.

4. OVERNAME VAN EEN GROTE PRAKTIJK

Lang niet iedere huisarts kan zich vrij vestigen. Velen nemen een praktijk over, die veel meer dan 1500 zielen telt. Voor hen dus in de regel geen tijd zich rustig met de problemen der huisartsengeneeskunde vertrouwd te maken en zich langzamerhand een eigen stijl van werken op te bouwen. Na een meestal zeer korte, of helemaal geen inwerkperiode, worden ze ineens geconfronteerd met de 'nalatenschap' van hun voorganger, zowel op het gebied van de praktijkinrichting als van de praktijkuitoefening en niet te vergeten van de registratie en administratie in al hun facetten. De eigen stijl wordt er één van improviseren: het ene gat wordt gedicht met het andere.

Het spreekt vanzelf, dat er geruime tijd – vaak een reeks van jaren – overheen gaat, voordat de opvolger zich een adaequate wijze van praktijkvoering heeft aangemeten. Voor deze inwerkperiode is veel arbeid nodig, die boven de normale praktijkvoering moet worden verricht.

5. GEEN BESTAANSMOGELIJKHEID

Met 1500 patiënten zal men bij de huidige honorering eenvoudig niet kunnen leven.

Wil men een verteerbaar honorarium (zie blz. 78) dat nu en in de toekomst dezelfde mogelijkheden biedt als dat van een bedrijfsarts-tweede categorie groep B ($\pm f$ 25 000,— per jaar) – hetgeen voor sommigen in de loop der tijden een aanvaardbaar vergelijkingsobject is gebleken – dan blijkt bij het huidige honoreringsstelsel zelfs een patiëntenaantal van 3000 nog onvoldoende financiële perspectieven te bieden.²

6. TE WEINIG HUISARTSEN

Bovendien is het aantal huisartsen in Nederland volkomen ontoereikend om ons toe te staan uit te gaan van 1500 patiënten, die men, ideaal gezien, zou kunnen behandelen.

Er zijn momenteel \pm 4400 huisartsen³ op \pm 12 000 000 inwoners. Een gedeelte der huisartsen, dat we aan de hand van cijfers door het Centraal Bureau voor de Statistiek verstrekt, op \pm 400⁴ kunnen stellen, is pas gevestigd, of kan of wil door leeftijd, ziekte, invaliditeit of andere oorzaken slechts een gering aantal patiënten voor zijn rekening nemen. We mogen stellen, dat 4000 beschikbare huisartsen 12 000 000 inwoners moeten verzorgen, hetgeen neerkomt op 3000 patiënten per huisarts. Tengevolge van dit momentane aantal huisartsen is dit een noodzakelijkheid, die we collectief hebben te aanvaarden.

TABEL I

*Ziekenfondspraktijken van huisartsen,
verdeeld naar de grootte van de praktijk op 16 mei 1964*

Aantal verzekerden per praktijk	Zonder en met apotheek tezamen		Percentages van de totale aantallen praktijken		
	Aantal praktijken	Aantal verzekerden	Zonder apotheek	Met apotheek	Zonder en met apotheek tezamen
minder dan 500	435	84380	11,4	6,5	9,7
500- 999	445	342252	10,5	8,8	9,9
1000-1499	708	888648	13,9	19,3	15,8
1500-1999	843	1487196	16,4	23,3	18,8
2000-2499	797	1784427	17,5	18,2	17,8
2500-2999	642	1760919	16,0	11,1	14,3
3000-3499	351	1138217	8,3	7,0	7,8
3500-3999	177	646398	4,1	3,6	4,0
4000-4499	46	193660	1,0	1,1	1,0
4500-4999	29	137230	0,7	0,5	0,6
5000-5499	6	31246	0,1	0,3	0,1
5500-5999	8	45406	0,1	0,3	0,2
6000-6499	1	60037	0,0	—	0,0
6500-6999	1	6652	0,0	—	0,0
Totaal	4489	8552668	100	100	100

} 84,4

} 5,9

3. Het aanvaarden van de consequenties

Door deze belemmerende factoren is het ideaalbeeld eigenlijk volkomen getorpedeerd. Zelfs aangenomen, dat de vrije vestiging zowel financieel als wat plaats en geschiktheid van de arts betreft onbekommerd kan geschieden, dan nog blijft het feit, dat men bij 1500 patiënten – als zijnde voor arts en patiënt medisch het meest bevredigend – niet kan stoppen met het aannemen van nieuwe patiënten. Zowel uit financieel opzicht als tengevolge van het huisartsentekort – dat 3000 patiënten als (collectieve) noodzaak aan ons opdringt – is men wel gedwongen meer patiënten aan te nemen dan 1500.

Beter dan vast te klampen aan methoden van praktijkvoering, die medisch gezien bijzonder aantrekkelijk zijn, doch die nog in geen tien jaren verwezenlijkt kunnen worden, lijkt het om uit te gaan van de reële situatie en 3000 patiënten als uitgangspunt te nemen, waarbij nog eens opgemerkt moet worden, dat bij de huidige honorering zelfs dan nog niet de gewenste

financiële gelijkschakeling met de bedrijfsarts-tweede categorie groep B wordt verkregen. We doen er trouwens goed aan ons vooral niet blind te staren op dit aantal van 1500 patiënten. In de hiervóór geschetste manier van werken bleek dit een medisch aanvaardbare praktijkgrootte. Het zal echter duidelijk zijn, dat de hoeveelheid medische hulp, die men aan een groep patiënten per dag kán verlenen bijna onbeperkt is, indien men het terrein van de huisarts en de intensiteit van diagnostiek, behandeling, preventie, etc. maar ongelimiteerd vergroot. De theoretische praktijkgrootte zouden we dan met evenveel recht van spreken op 1200 of 1000 kunnen stellen.

De praktijk moet dus op grond van de hiervoor genoemde overwegingen noodgedwongen groter worden en de vrij gevestigde huisarts, zich bewust van deze overwegingen, zal aanvankelijk proberen de kwalitatief hoogstaande, doch meer tijdvrugende arts-patiënt relatie – welke zowel door de huisarts als door de patiënt als plezierig wordt ondervonden – te handhaven.

De dagtaak wordt dus groter, de vrije tijd voor gezin en ontspanning wordt verkleind en na enige tijd treden er in vele gevallen bij de huisarts zélf zowel als in zijn gezin duidelijk spanningen op.

4. Reacties op het kwaliteit-kwantiteit dilemma

Op dit moment is het dilemma geboren, waarvoor elke arts met een steeds groter wordende praktijk komt te staan.

Of hij wil of niet, hij zal een keuze moeten maken uit datgene wat noodzakelijk of wenselijk en tevens mogelijk is.

Iedere huisarts zal op dit probleem volgens zijn eigen geaardheid reageren:

Is hij gemakkelijk van aard en geneigd weinig zakelijk over de verre toekomst te denken, dan zal hij vinden, dat men ook met 2000 patiënten financieel heel plezierig kan leven. Dat hij financieel 'under the level' leeft, dat hij zijn eigen sociale voorzieningen met betrekking tot zijn oudedagsvoorziening veronachtzaamt, als het ware zelf opeet, vermag hem niet te schokken: Wie dan leeft, wie dan zorgt . . .

Beseft hij de financiële én collectieve noodzaak van de 3000 patiënten wel degelijk, doch ziet hij geen kans de factor tijd in de arts-patiënt relatie de baas te worden, dan zal hij als huisarts nog steeds bijzonder waardevol kunnen zijn, doch als echtgenoot, als vader en als mens met recht op privacy en eigen sociale contacten ongetwijfeld falen. Zijn dagritme, voorgesteld door de trias arbeid-ontspanning-rust, is verbroken. Het huisarts-zijn overheerst in zijn totale bestaan. De factor arbeid is niet, als slechts een onderdeel, in dit bestaan geïntegreerd, doch verdringt de

complementerende factoren ontspanning en rust. We zien karikaturaal de huisarts, die volledig door zijn praktijk in beslag wordt genomen en 's middags, tijdens een voor hem apart klaargezet middageten, even verstrooid van zijn medische paperassen opkijkt om zijn kinderen alsnog een goeden-morgen, meteen een goeden-middag en alvast een goeden-avond toe te wensen.

De derde mogelijkheid is, dat de huisarts de financiële en gemeenschappelijke noodzaak inziet van een praktijkgrootte van tenminste 3000 zielen, doch dat hij daarnaast zoveel belang toekent aan eigen levensvoorwaarden met betrekking tot zijn gezin en ontspanning, dat hij uit het grote scala van mogelijkheden tot hulp aan de patiënt een prioriteitskeuze zal doen. Alle zaken, die eenvoudig aan veel lager gehonoreerde hulpkrachten kunnen worden gedelegeerd, worden inderdaad ook overgedragen. Uit de grote rest die dan overblijft, wordt alles wat onder de gegeven omstandigheden minder urgent is noodgedwongen nagelaten.

II. De probleemstelling

Vanuit al deze overwegingen wordt langzamerhand de probleemstelling van dit proefschrift geboren, die eenvoudig geformuleerd op dit moment kan luiden:

Is het mogelijk, om met behoud van het physio-psychologisch dagritme (arbeid-ontspanning-rust) een vorm van praktijkvoering te vinden, waarbij op een voor de huisarts medisch en financieel bevredigende wijze 3000 patiënten tot hun tevredenheid worden verzorgd op een medisch verantwoorde wijze?

1. Uitwerking van de samenstellende factoren

Ik zal de belangrijkste factoren van deze probleemstelling:

1. *handhaving van het dagritme: arbeid-ontspanning-rust*
2. *medisch bevredigend*
3. *financieel bevredigend*
4. *3000 patiënten*
5. *tot tevredenheid van de patiënt*
6. *medisch verantwoord,*

voor zover dit nog niet gebeurd is, aan een nadere beschouwing onderwerpen, zonodig iets nader preciseren.

I. HANDHAVING VAN HET DAGRITME: ARBEID-ONTSPANNING-RUST

Het is natuurlijk bijzonder verleidelijk om de 24 uur die ons per dag ter beschikking staan gelijkelijk te verdelen over de drie componenten arbeid-ontspanning-rust.

Over de wenselijkheid van acht uur nachtrust per etmaal zal weinig verschil van mening bestaan.

Acht uur per etmaal aan arbeid te besteden en de resterende acht uur als ontspanning in gezin etc. door te brengen, zal niet ieder gelijkelijk aanspreken.

Hoewel het kiezen van een aanvaardbaar evenwicht tussen praktijk- en privé-bezigheden een voor ieder persoonlijke zaak lijkt, is er toch wel een aantal factoren op te noemen, die van enig rationeel belang zijn voor de keuze van dit evenwicht.

Ik wil voorop stellen, dat het aantal huisartsen zich in dalende lijn bevindt, dat het tekort bij een groeiende, steeds meer medische zorg vragende

bevolking, dus zowel relatief als absoluut, groter wordt en dat daardoor een reëel gevaar voor de volksgezondheid dreigt.⁵

Het volgende overzichtje van het totaal aantal huisartsen in Nederland, alsmede hun aantal per 10000 inwoners, geeft hiervan een indrukwekkend beeld.³

1 jan. 1964: 4649,	4,0 per 10000 inwoners,
1 jan. 1965: 4587,	3,8 per 10000 inwoners,
1 jan. 1966: 4416,	3,7 per 10000 inwoners.

Er is sprake van een teruggang van $7\frac{1}{2}$ procent. Vooral verontrustend is de daling van het aantal huisartsen van 30–35 jaar. In deze leeftijdsgroep is het aantal huisartsen van 552 op 1 januari 1964 gedaald tot 473 op 1 januari 1965, hetgeen voor deze leeftijdsgroep een achteruitgang van 14,4 procent betekent.

De patiënt, de hele volksgezondheid is er ten zeerste mee gebaat, dat de huisartsen in een zowel geestelijk als lichamelijk uitstekende conditie verkeren.

Dit zal slechts mogelijk zijn, indien ze in staat zijn naast het verrichten van sterk geconcentreerde medische arbeid voldoende tijd over te houden voor gezin en ontspanning.

Indien, in de verhouding tussen de complementaire factoren – in de opzetsom praktijk + privé = 16 uur – de praktijk sterk gaat overheersen over de privé-tijd, zullen er ongetwijfeld hoge eisen aan het huwelijksleven worden gesteld – ik zou willen zeggen: onredelijke eisen, waartegen menig huwelijk niet bestand zal blijken, hetgeen grote geestelijke spanningen, disharmonie en tenslotte doffe berusting en sleur teweeg kan brengen.

Het is uit de literatuur overduidelijk bekend,⁶ dat van gezinnen waar de vaderfiguur veel afwezig is, hetzij volledig, hetzij alleen maar geestelijk (vader is er wel, maar hij *is* er niet) een duidelijk neurotiserende invloed op de kinderen uitgaat.

Ook voor de huisarts zelf zal dit tekort aan gezinscontact ongetwijfeld zijn moeilijkheden opleveren.

Afgezien van een versnelde lichamelijke slijtage, zich uitend in een kortere levensduur, zal hij, die geen harmonieuze schakel in het gezinsverband kan zijn, of denkt geen tijd te hebben om dit te zijn, door eigen geestelijke onbevredigdheid, door eigen frustraties, minder goed in staat zijn zijn medemens bij geestelijke moeilijkheden bij te staan, terwijl aan de andere kant het gevaar dreigt, dat hij het gebrek aan huiselijke contacten in zijn praktijk tracht te compenseren, of in hobby's, waarbij het gezin niet is betrokken.

Het feit, dat zoveel huisartsen na hun 40e jaar hun praktijk van de hand proberen te doen en een baan zoeken in de ambtelijke sector, met zijn achturige, geregelde werkdag, sociale zekerheden etc., is voor een groot ge-

deelte beïnvloed door de behoefte aan meer vrije tijd en een onbezorgde oude dag.⁷

Wij mogen zeker niet vergeten, dat maatschappelijke invloeden der laatste jaren, zoals de invoering van de vijfdaagse werkweek, de drang naar kortere werktijden, vrije weekends, meer recreatiemogelijkheden, zich een duidelijk bestaansrecht hebben verworven en ook aan de huisarts niet ongemerkt voorbij zijn gegaan.

Resumerende zou ik op goede gronden willen pleiten voor een gemiddelde achturige werkdag voor huisartsen en dit in ieder geval als operationele stelling in dit proefschrift willen handhaven.

2. MEDISCH BEVREDIGEND

Op grond van uitkomsten van andere onderzoekers^{8 t/m 16} mogen we stellen, dat bij een vijfdaagse werkweek gemiddeld 2 % van het totale aantal patiënten per werkdag een verrichting van hun huisarts vragen. Bij een noodzakelijke praktijkgrootte van 3000 patiënten betekent dit per dag 60 verrichtingen.

Eén derde van deze verrichtingen (20) zouden visites zijn, twee derde (40) consulten.

Indien we er op dit moment van uitgaan, dat deze kwantiteit aan verrichtingen vaststaat en zonder rigoureuze maatregelen moeilijk te beïnvloeden lijkt, dan zal dus de medische bevrediging in het werk in hoofdzaak bepaald moeten worden door de kwaliteit die men bij een dergelijke kwantiteit aan zijn werkzaamheden zal kunnen geven.

Het blijkt, dat de hiervoor genoemde onderzoekers bij een praktijkgrootte van 3000 zielen een werkdag van 10-11 uur minstens noodzakelijk achten, waarbij moet worden aangetekend, dat de meeste van deze onderzoeken minstens tien jaar geleden zijn uitgevoerd en dat zij uitgingen van een 5½-daagse werkweek.

Het is niet onredelijk te veronderstellen, dat, indien zij dezelfde onderzoeken nu in een vijfdaagse werkweek zouden uitvoeren, hun gevonden dagtaak \pm 12 uur zou bedragen.

We mogen rustig aannemen, dat het bij de onderzoeken van Buma⁸, Ten Cate⁹, Van Deen¹⁰, Hogerzijl¹¹, Jansen-Emmer¹², Ruhe¹³, Sanders¹⁴ en de Philips-Huisartsendienst¹⁵ ging om goed geleide praktijken.

Het is duidelijk, dat we bij ons streven naar medisch bevredigend werk in een 8-urige werkdag bij een praktijkgrootte van 3000 zielen welbewust de urgentie moeten leren kiezen, bewust moeten leren onderscheid te maken tussen dat wat essentieel en datgene wat, naar verhouding, onder de gegeven omstandigheden luxe is.

In dit verband gaan mijn gedachten uit naar de op zichzelf prijzens-

waardige wetenschappelijke activiteiten van het Nederlands Huisartsen Genootschap en haar exponent het Nederlands Huisartsen Instituut, in hun streven naar wetenschappelijke verdieping van het werk van de huisarts, naar meer preventief onderzoek, naar intensievere samenwerking met maatschappelijk werkster, wijkzuster, vroedvrouw en vele andere instanties, naar overleg in para-medische beslissingen etc.¹⁷

Ik kan me voorstellen, dat al deze zaken voor de huisarts van nu bijzonder nuttig zouden kunnen zijn, de medische bevrediging in het werk zouden verhogen, echter alleen *indien zijn aantal op dit moment verdubbeld zou zijn*. Dan zou het inderdaad mogelijk zijn om al deze nuttige, doch nog meer tijd vragende activiteiten te beoefenen. Ik denk even terug aan de in het begin van de inleiding genoemde pas gevestigde huisarts, die op zéér bevredigende wijze de huisartsengeneeskunde in al zijn facetten kon uitoefenen. In de huidige setting, waarin aan al deze dingen een fractie van tijd of helemaal geen tijd kan worden besteed lijkt mij de voorstelling, alsof de huisarts van nu zich met deze zaken zou moeten bezighouden, irrealistisch en frustrerend.

Ik weet dat verstandige mensen vooruit moeten zien, soms zelfs vele jaren en ik neem dan ook gaarne aan, dat deze activiteiten bedoeld zijn om alvast gestalte te kunnen geven aan de huisarts van 1980.

Laten we hopen, dat hij op dat moment in een grotere getalsterkte aanwezig is.

Behalve van het kiezen van het meest urgente en het noodgedwongen laten liggen van het minder urgente, is het uiteraard van groot belang om in het gehele taakgebied zoveel mogelijk de meest gestroomlijnde, meest efficiënte wegen te bewandelen. Dergelijke maatregelen, welke verderop uitgebreid besproken zullen worden, zullen ons in staat stellen de grootst mogelijke medische bevrediging in ons werk te vinden, door in de korte tijd die per verrichting beschikbaar is de hoogste kwaliteit te kunnen leveren.

Resumerende zou ik willen stellen, dat medisch bevredigend werk in de huisartsenpraktijk niet wordt verkregen door het erbij slepen van nog meer op zich niet onnutte zaken, doch door te pogen datgene wat niet strikt noodzakelijk is te schrappen of zo mogelijk te delegeren.

Het verrichten van kwalitatief *onvervangbare* medische arbeid in een tijdsbestek dat harmonisch in het dagritme is geïntegreerd, zal mijns inziens de grootste medische doch ook algehele menselijke bevrediging schenken.

3. FINANCIËEL BEVREDIGEND

Door het actuele karakter van dit onderwerp en de sterke binding ervan aan loon-, prijs- en politieke fluctuaties, lijkt het weinig zinvol in dit verband veel cijfers ten tonele te voeren.

Ik wil me daarom beperken tot het maken van een paar algemene opmerkingen.

Het lijkt me te getuigen van grote bescheidenheid der huisartsen om bij de bepaling van hun consumptief inkomen vergelijkingen te maken met het consumptief inkomen (zie blz. 78) van een bedrijfsarts-tweede categorie groep B.²

De huisarts zal in staat moeten zijn tenminste een dergelijk verteerbaar inkomen te creëren – het zij nogmaals gezegd: in een achturige werkdag met medisch bevredigende arbeid. Daarnaast zal hij individueel voor eventuele disutiliteiten een redelijke beloning moeten kunnen vragen. Hij dient financieel in staat te zijn om zijn praktijkinrichting en praktijkvoering aan de eisen des tijds te laten voldoen, om administratieve of andere paramedische hulpmiddelen aan te trekken en last but not least individueel of collectief in staat te zijn de sociale voorzieningen op te trekken tot het peil van eerder genoemde bedrijfsarts.

Zij die menen te moeten beweren, dat het zonder hulp van de staat of het ziekenfonds niet meer mogelijk is een waardevaste oudedagsvoorziening te financieren, zou ik willen tegenwerpen, dat dit in principe afhankelijk is – van jaar tot jaar – van de hoogte van het bruto-inkomen.

Indien voor een redelijke zaak wordt gestreden – en wie zou het niet meer dan redelijk vinden, dat de huisartsen zich een waardevast pensioen willen verschaffen? – en indien men niet te bang is voor het terzijde stellen van historisch gegroeide, doch momenteel niet altijd meer houdbare principes, dan zal men collectief, als één grote eenheid, zijn eveneens historisch gegroeide schroom op het vlak van onderhandelen moeten afleggen.

Uitgaande van wat consumptief aanvaardbaar is, zal jaarlijks het bruto-inkomen moeten worden uitgerekend volgens de zgn. 'aankleedmethode'.²

Aan de hand van het bruto-inkomen dienen de tarieven te worden vastgesteld. Door de progressie in de inkomstenbelasting, de toenemende geldontwaarding en de hiermee gepaard gaande moeilijkheden bij het zich verzekeren van een waardevaste oudedagsvoorziening zullen het bruto-inkomen en daarmee de tarieven jaarlijks procentueel veel sterker moeten stijgen dan de op dat moment redelijk geachte procentuele stijging van het consumptief inkomen.

Om een financieel bevredigende situatie te bereiken tegenover goed getrainde, keiharde onderhandelaars, met totaal andere doelstellingen, zal het aanvaarden door de huisartsen van het blijkbaar zo gewaardeerde compromis vrijwel nooit de juiste therapie blijken.

Hier past een even keiharde, onverbiddelijke houding. 'Wij dienen hier als huisartsen pal te staan', riep één onzer collegae tijdens een emotionele vergadering.

Onze maatschappij is er ten zeerste mee gebaat, dat haar huisartsen – die

dagelijks 2 % (dit is \pm 240000 inwoners) van de Nederlandsche bevolking krijgen te zien, die per dag \pm 300000 aandoeningen behandelen⁸ en daarvan zeker 90 % zonder verwijzing naar de specialist cureren – onze maatschappij is er ten zeerste bij gebaat, dat haar huisartsen, als beoefenaren van de geneeskunde in eerste lijn, voor het feit dat zij in een onnoemelijk korte tijd hoog gekwalificeerd medisch werk verrichten, een beloning ontvangen, die financieel bevredigend is, dat wil zeggen op een niveau ligt, dat in onze maatschappij (zie de eerder genoemde bedrijfsarts) allang is aanvaard.

Juist de enorme kwantiteit der dagelijkse verrichtingen en de even vaak vereiste kwaliteit in een zo kort tijdsbestek, doet het werk van de huisarts zo bijzonder vermoeiend zijn en op een zo hoog niveau staan.

Het lijkt inderdaad, dat de huisartsen bijzonder bescheiden zijn geweest door zich wat hun financieel beloningsniveau betreft te willen laten vergelijken met de bedrijfsarts-tweede categorie groep B. Zonder afbreuk te doen aan de betekenis van de bedrijfsarts, kan men voldoende argumenten aanvoeren voor de bewering, dat het voor discussie vatbaar is of men de positie van de huisarts (ongeregeldheid, nachtwerk, geen uren buiten schot, snelheid van werken, acceptatie van te maken fouten) bij deze vergelijking wel in het juiste licht ziet.

Op welke wijze de honorering moet geschieden, is op dit moment van ondergeschikt belang. We komen hier later, in passender verband, nog op terug (blz. 168, e.v.).

4. 3000 PATIËNTEN

In de inleiding tot de probleemstelling (blz. 14) hebben we al enige argumenten aangevoerd om aan te tonen, dat er de eerste jaren van een verkleining der praktijken – hoe gewenst dit ook moge zijn – niets terecht kan komen.

Het eenvoudige deelsommetje met betrekking tot het aantal inwoners in Nederland en het momenteel volledig beschikbaar zijnde aantal huisartsen, laat daarover geen twijfel.³

Prognoses voor de zeer nabije en wat verdere toekomst, geven niet bepaald het gevoel, dat er ten aanzien van de verhouding huisartsen-bevolking enige verschuiving ten gunste van het aantal huisartsen te verwachten is.⁵ Het is niet ondenkbaar, dat een relatief lage beloning een verschuiving naar andere werkgebieden geeft.

Het zou van weinig realiteitszin getuigen indien men bij de taakomschrijving en honorering van de *huidige* huisarts zou uitgaan van een praktijk-grootte die kleiner is dan 3000 zielen. Men onderschat dan de werkelijke kwantiteit der werkzaamheden en, in een van te voren vastgesteld tijdsbestek zal een toename van de kwantiteit bijna onvermijdelijk moeten leiden tot daling van de kwaliteit.

Het huisartsenbestand verkeert momenteel in een grenssituatie. Ik bedoel hiermee: de historisch gegroeide taken breiden zich nog steeds uit. We behoeven slechts te denken aan:

de nog steeds groeiende medische mogelijkheden, bv. op therapeutisch en diagnostisch gebied; zoals de toepassing van antibiotica, anticoagulantia, de samenwerking met huisartsenlaboratoria;
de steeds frequentere toepassingen op preventief gebied;
de publieke instelling, die onder invloed van de 'welvaartsstaat' steeds meer neigt tot het sneller en veelvuldiger inroepen van medische hulp¹³;
de vergrijzing van onze bevolking.

Nu nog is ten koste van een te lange arbeidsdag dit gehele pakket aan medische zorg verstreikbaar. Wordt de grens echter overschreden en m.i. is ze dat al geruime tijd, dan zullen we uit de zeer grote hoeveelheid hulp, die we in principe zouden kunnen verlenen, datgene moeten kiezen dat voor de patiënt het meest belangrijk is. Hierbij moeten de belangen van de patiënt én de belangen van de huisarts en zijn gezinsleven zorgvuldig tegen elkaar worden afgewogen en tot een verantwoord evenwicht worden gebracht.

5. TOT TEVREDENHEID VAN DE PATIËNT

Hier zullen we in onze probleemstelling de grootste veer moeten laten, aangezien deze factor moeilijk in zijn volle omgang te realiseren valt onder gelijktijdige handhaving van de overige desiderata.

Het tevredenstellen van een patiënt kost tijd. Het vraagt een stuk psychische benadering, die op zichzelf weinig te maken heeft met medisch verantwoord werken, maar die in het belevingsniveau van de patiënt het meeste aanspreekt.

Een grieppatiënt, die, met de borst ontbloot in een onderzoekkamer wachtend, zijn huisarts in een halve minuut de diagnose ziet stellen en die bij het aankleden een grieprecept met een schouderklopje krijgt gepresenteerd, zal beslist niet langzamer beter worden dan zijn medepatiënt die even rustig de tijd heeft gehad tevens een ontspannen gesprekje met zijn huisarts te voeren.

De eerste patiënt is waarschijnlijk – en terecht – toch minder voldaan over de behandeling dan de tweede.

Is het belangrijk dat een patiënt tevreden is over zijn huisarts?

Wij zouden zeer positief als onze mening willen uitspreken: ja!

De meeste patiënten zijn niet in staat de ernst van hun aandoening te bepalen. Indien zij hun huisarts verlaten met het gevoel, dat hij voldoende notie van hun klachten heeft genomen en indien zij door zijn wijze van psychische benadering zijn gerustgesteld, dan kan dit, berekend naar de

240000 Nederlanders per dag die hun huisarts bezoeken, van groot belang zijn voor de volksgezondheid.

Alle huisartsen zouden zich de techniek meester dienen te maken, om in de luttele minuten die daarvoor beschikbaar zijn een patiënt-arts relatie op te bouwen, die voor het gevoel van de patiënt bevredigend is. Vele huisartsen slagen daar trouwens reeds wonderwel in.

Ik ben me er zeer wel van bewust, dat op deze manier niet alle patiënten het voldane gevoel zullen hebben, dat hun zaak aan alle kanten bekeken is. Een gedeelte is waarschijnlijk nog niet voldoende gerustgesteld.

Dit is jammer, doch in het kader van het hele probleem onvermijdelijk. Er is nu eenmaal niet meer tijd. Eventuele extra tijd zou ten koste gaan van de tijd, die andere patiënten is toegemeten en ten koste van de ontspanning van de huisarts – en dit is m.i. ontoelaatbaar, aangezien ik deze meer urgent acht.

We komen dus niet verder dan te stellen, dat we onze patiënten zoveel satisfactietrachten te geven als onder de gegeven omstandigheden mogelijk is.

Het zou aanbeveling verdienen, dat het publiek op dit punt collectief voldoende werd voorgelicht. Het zou dan misschien iets meer begrip op kunnen brengen voor de wijze waarop de huisarts een in zijn ogen onschuldige klacht snel afwerkt.

6. MEDISCH VERANTWOORD

Het spreekt vanzelf, dat door het kiezen uit een hoeveelheid van taken, nl. van datgene dat het meest urgent is, het weglaten, beknotten of delegeren van andere zaken niet tot medisch onverantwoorde gedragingen moet leiden.

Toch wil ik hier nog eens duidelijk stellen, dat de huisarts, die door allerlei, grotendeels buiten hem omgaande redenen, op dit moment gedwongen is, om weer allerlei andere redenen, 3000 patiënten te behandelen en daarnaast voor zichzelf een aan de tijd aangepast bestaan verlangt, dat deze huisarts er rekening mee zal moeten houden, dat hij door de snelheid van werken en de beperktheid van zijn middelen onvermijdelijk van tijd tot tijd fouten zal maken, welke inhaerent aan dit systeem zijn. Hij zal tevens moeten leren dit emotioneel te accepteren.

Ik zou dan ook de term ‘medisch verantwoord’ onder dwang van de andere factoren willen wijzigen in ‘zo verantwoord mogelijk’.

Dat daarnaast vele medische wensen die de huisarts bij een praktijkgrootte van bijvoorbeeld 1500 zielen wel zou kunnen vervullen, op dit moment in het geheel niet aan de orde kunnen komen, is – uitgaande van deze stelling – vanzelfsprekend.

III. Indeling van de werkzaamheden van de huisarts

Wat is nu urgent, wat is wenselijk, wat is kennelijk overbodig, wat is te delegeren en wat past dan nog harmonisch bij ons uitgangspunt (acht uur per dag, medisch bevredigend, financieel verantwoord, tot tevredenheid van de patiënt, 3000 patiënten en medisch verantwoord).

We zullen eerst eens proberen te omschrijven waaruit de werkzaamheden van een huisarts zoal bestaan.

1. Volgens de conferentie van Woudschoten⁸

De lijst van twaalf taken zoals die in Woudschoten is opgesteld, luidde als volgt:

1. eerste hulp, zowel lichamelijk als geestelijk,
2. somatisch onderzoek,
3. psychisch en milieu-onderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek onmisbaar is,
4. registratie en beheer van alle medische gegevens,
5. differentiatie van de patiëntenstroom in fracties die organisatorische eenheden vormen,
6. behandeling van de patiënt,
7. het doelmatig samenwerken met het specialistische apparaat, waar- onder ook te rekenen niet-artsen-deskundigen (schoolgeneeskundige zorg, arbeidszorg, sociale zorg, zielszorg e.a.),
8. opstellen van een nazorgplan in overleg met medische en andere deskundigen na iedere ernstige stoornis in de gezondheid,
9. leiding geven aan en coördinatie in de zorg voor zieke, invalide en on- aangepaste mensen, waar nodig in teamverband,
10. preventie,
11. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding,
12. blijvend werken aan eigen deskundigheid en vorming met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.

Deze lijst voldoet niet aan ons verlangen duidelijke punten te verzamelen waarop efficiency kan worden toegepast. Ze bestaat uit te heterogene ele- menten om voor ons doel bruikbaar te zijn.

2. Volgens Bremer c.s.¹⁸

Bremer geeft na bestudering van de literatuur (Scott,¹⁹ Vercruyse,²⁰ Backett²¹ c.s.) een indrukwekkend overzicht van de verschillende werk- zaamheden van de huisarts. Het zijn er liefst dertig.

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Anamnese
opnemen | <i>auto-anamnese
hetero-anamnese</i> |
| 2. Onderzoeken | <i>lichamelijk
laboratorium
milieu-onderzoek e.d.</i> |
| 3. Behandelen | <i>verbinden
injectie geven
diversen</i> |
| 4. Voorschrijven | <i>medicamenten
dieet
fysische therapie e.d.</i> |
| 5. Adviseren | <i>dagelijkse activiteiten
voeding
persoonlijke hygiëne
verboden
verwijzen
andere adviezen</i> |
| 6. Verklaaren of
uitleggen | <i>normale functie van
het lichaam e.d.
uitleg ziekte
diversen</i> |
| 7. Gesprek | <i>gezinsrelaties
familierelaties
andere relaties
werk
huis
ziekte
diversen</i> |
| 8. Therapeutisch
luisteren | |
| 9. Registreren | <i>ten behoeve van eigen
systeem
diversen</i> |

Een aantal praktische zaken als het voeren van niet-therapeutische telefoongesprekken en autorijden (waaraan we dagelijks zo'n twee en een half uur besteden) komt op deze uitputtend lijkende lijst merkwaardig genoeg niet voor.

3. Eigen indeling

Voor mijn onderzoek heb ik een andere indeling gekozen, niet zo zeer een betere, maar wel een voor mijn doel beter hanteerbare indeling.

Ik zou de werkzaamheden van de huisarts willen verdelen in

1. *het verrichten van geneeskunde*
2. *het verrichten van geneeskunst*
3. *medisch-administratieve en praktijk-organisatorische bezigheden.*

I. HET VERRICHTEN VAN GENEESKUNDE²²

Hiertoe willen we rekenen als operationele definitie al datgene dat ons tijdens de opleiding als geneeskundig student is bijgebracht: het opnemen van de anamnese, het opstellen van een differentiaaldiagnose, die we door het uitvoeren van meer gerichte onderzoeken tot een al dan niet exacte diagnose laten uitgroeien, waarna het instellen van een therapie volgt.

Dit gehele medische denkproces, waarbij de geheugenfunctie een belangrijke rol speelt, verloopt vrij systematisch en volgt allerlei wetten der logica, zodat het op dit moment voor een groot gedeelte theoretisch reeds mogelijk is, om de verwerking van de gegevens verkregen door bovengenoemde werkzaamheden te laten verrichten door een computer. In de nabije toekomst zal de computer ongetwijfeld een enorme hoeveelheid parate medische kennis kunnen bezitten en beter dan wij logisch weten te ordenen.^{23, 24}

Wij willen hiermee beslist niet beweren, dat binnen afzienbare tijd de computer een belangrijke plaats in de huisartsgeneeskunde zal gaan innemen, doch alleen maar aangeven, dat een groot gedeelte van onze denkwijzen en de daarop volgende handelingen een onderdeel zijn van een systematisch patroon, dat door een computer in een bepaalde testopstelling kan worden nagebootst.

Het is dan ook niet dít gedeelte der geneeskunde, waaraan wij in de toekomst onze belangrijkheid zullen kunnen ontleen.

Wie zou er zich op willen beroemen het grootste gedeelte van de dag werk te verrichten, dat een machine in principe even goed, zo niet beter kan doen?

Zo lang het echter niet mogelijk is dit werk op praktische wijze door een computer te laten verrichten, zullen wij ons hier noodgedwongen nog mee bezig moeten houden, zonder hier het begrip efficiency doeltreffend in de praktijk te kunnen brengen.

2. HET VERRICHTEN VAN GENEESKUNST²²

Nu een gedeelte der medische bezigheden, dat zich nooit zal laten delegeren en dat in de toekomst ook nimmer door een computer te verrichten zal zijn: de geneeskunst, het enige niet vervangbare van onze werkzaamheden.

Het mag misschien nog wel eens opgemerkt worden, dat wij over het algemeen meer over geneeskunst praten dan dat we die in werkelijkheid beoefenen. In vele gevallen is de goede wil en de kennis wel aanwezig, doch ontbreekt de tijd om werkelijk aan het beoefenen van geneeskunst toe te komen.

Onder geneeskunst zouden we in het kader van dit proefschrift willen verstaan: het op een creatieve manier ten bate van de patiënt benutten van alle gegevens, welke door geneeskundig onderzoek in de ruimste zin van het woord ons eigendom zijn geworden.

Nauw verwant met bovenstaande operationele definitie, als het ware een onderdeel hiervan vormend, is de term 'de klinische blik', grotendeels berustend op de zintuigelijke waarneming.

'Wij verstaan onder geneeskunst ook iets mystieks,' zegt Drogendijk,²² 'iets wat niet op kunde, op kennis berust, het zgn. *artistieke element* in de geneeskunde, hetgeen wij dan aanduiden met de *klinische blik* (intuïtief aanvoelen wat de patiënt mankeert) en de *medische aanpak*.'

De *wijze waarop* de huisarts zijn patiënt psychisch weet te benaderen, teneinde de nodige anamnestiche gegevens te verzamelen, de *wijze waarop* hij de patiënt onderzoekt en tenslotte de *wijze waarop* hij zijn therapie, al dan niet vergezeld van een recept, aan de patiënt overdraagt, deze zaken, de manier dus waarop de intermenselijke relatie arts-patiënt al dan niet wordt gevormd, bepalen het al dan niet gerechtvaardigd zijn van het woord geneeskunst.

3. MEDISCH-ADMINISTRATIEVE EN PRAKTIJK-ORGANISATORISCHE BEZIGHEDEN

In onze huidige wereld staat de huisarts een zo groot arsenaal van administratieve hulpmiddelen ter beschikking, alsmede zovele in verhouding ten opzichte van de arts veel lager gehonoreerde hulpkrachten, dat het volgens de wetten der efficiency zonder meer noodzakelijk is, om de medisch-administratieve bezigheden zo veel mogelijk te delegeren.

Men behoort derhalve als efficiënt werkend huisarts zich niet bezig te houden met zaken, die een veel lager gehonoreerde hulpkracht ook kan verrichten, bv. het openen en sorteren van de post, het schrijven van verwijskaarten, machtigingen etc. Belangrijk is vooral, dat de communicatie tussen assistente en huisarts zo effectief mogelijk verloopt.

Evenmin behoort men een hulpkracht te belasten met zaken die door technische apparatuur kunnen worden overgenomen.

Het is op dit medisch-administratieve en praktijk-organisatorische terrein, dat wij een enorme tijdwinst kunnen behalen.

Ten Cate⁹ heeft in zijn proefschrift uitgebreid de werkzaamheden van

de assistente beschreven en met nauwkeurige tijdstudies becijferd hoeveel werk een assistente hem uit handen kon nemen.

Van Deen¹⁰ heeft eveneens een tijdsanalyse in de huisartsenpraktijk gemaakt en daarbij geschat hoeveel tijd een assistente hem per dag kon besparen.

Er moet nog opgemerkt worden, dat de scheiding in deze drie delen: geneeskunde, geneeskunst en medisch-administratieve en praktijk-organisatorische werkzaamheden, een volkomen theoretische is en dat deze facetten zich in de normale benadering van onze patiënten volkomen vloeiend door elkaar bewegen.

Niettemin is het voor een juiste bespreking van deze componenten met het oog op onze poging in verschillende delen van deze werkzaamheden efficiëntere wegen te vinden noodzakelijk, om deze wat theoretische scheiding aan te houden.

De opzet van dit proefschrift zal dan ook zijn om door een uitgebreide analyse van de praktijkwerkzaamheden van de huisarts efficiënte wegen aan te geven, voornamelijk van medisch-administratieve en praktijk-organisatorische aard, waardoor het mogelijk zal blijken een positief antwoord te geven op de vraag die in onze probleemstelling aan de orde kwam.

Maatregelen ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de huisarts kunnen worden genomen door:

- de individuele huisarts,
- kleinere of grotere groepen van huisartsen, die samen een groepspraktijk bedrijven,
- de huisartsen gezamenlijk.

Het is duidelijk, dat deze maatregelen in bovengenoemde drie groepen in een verschillend vlak komen te liggen.

IV. Methode van onderzoek

We zullen nu trachten te komen tot een volkomen op de praktijk afgestemde taakanalyse van de huisarts, met betrekking tot zijn medisch-administratieve en praktijk-organisatorische werkzaamheden en aan de hand hiervan een keuze maken uit de werkzaamheden die hij beslist zelf moet doen en de bezigheden die hij kan delegeren.

Belangwekkend bij zo'n taakanalyse is, dat duidelijk de dienstverlenende taak van de huisarts uitkomt. De eerste impuls immers gaat in de tegenwoordige situatie bijna steeds uit van de patiënt, waarna pas de reactie van de huisarts volgt.

Deze reactie omvat vaak een complex van handelingen, welke we kunnen analyseren als behorende bij het uitoefenen van geneeskunde, geneeskunst, medisch-administratieve en praktijk-organisatorische bezigheden.

Een voorbeeld moge dit verduidelijken.

Indien een particuliere patiënt een visite telefonisch aanvraagt, dan wordt deze impuls vanuit het doktershuis beantwoord met de volgende reeks van in chronologische volgorde verlopende reacties :

1. De telefoon wordt aangenomen.
2. De visite wordt genoteerd.
3. De betreffende patiëntenkaart wordt uit het kaartsysteem gelicht en
4. op een provisorische route gelegd met andere kaarten.
5. De kaarten gaan mee in de auto.
6. De huisarts rijdt naar de patiënt.
7. De huisarts bezoekt de patiënt en verricht
geneeskunde
geneeskunst en
medisch administratieve handelingen.
8. De huisarts rijdt naar huis en
9. neemt de kaarten mee uit de auto.
10. De patiëntenkaart wordt verder afgeschreven en
11. weer opgeborgen in de kaartenbak.
12. De particuliere visite wordt aangetekend op een lijst: particuliere patiënten.
13. Aan het einde van het kwartaal wordt de rekening getypt en naar de patiënt gestuurd.
14. De post wordt geopend: het bedrag van de patiënt is bv. per giro ontvangen.
15. Het girostrookje wordt opgeborgen.
16. Op de duplicaatrekening wordt een aantekening gemaakt.

17. Aan het eind van dat kwartaal wordt de betaling in het giroboek bijgeschreven.

Alleen reactie 7 bestaat gedeeltelijk uit het verrichten van geneeskunde en geneeskunst. De overige zestien reacties, die in elke huisartsenpraktijk in principe voorkomen en die tezamen minstens zo veel tijd vragen als reactie 7, zijn van medisch-administratieve en praktijk-organisatorische aard en komen voor efficiency-maatregelen in aanmerking.

Stelregel bij dit alles is, dat de huisarts zich alleen bezighoudt met datgene wat hij alléén kan doen en dat alles wat een goed getrainde hulpkracht ook kan doen door hem wordt gedelegeerd.

We zullen nu zoveel mogelijk fasen in soortgelijke reeksen van chronologische reacties aan een bespreking onderwerpen en trachten zo mogelijk meer efficiënte wegen aan te geven.

V. Maatregelen ter bevordering van de praktijk-efficiency op medisch-administratief en praktijk-organisatorisch gebied

I. De praktijkassistente

Bij het bedrijven van efficiency in de praktijkvoering ga ik er vanzelfsprekend vanuit, dat we kunnen beschikken over de hulp van een praktijk-assistente.

Door verschillende onderzoekers is reeds tot in seconden uitgerekend, hoeveel werk de assistente ons uit handen kan nemen.^{9, 10}

Hoewel dit uiteraard een belangrijke wetenschappelijke ruggesteun is, lijkt het me bijna ondenkbaar dat er huisartsen zijn, die vanuit efficiency-standpunt bezien het nut van een praktijkassistente zouden willen betwijfelen.

Een assistente met een jaarsalaris van f4800,— met 4 weken zomer- en 2 weken wintervakantie verdient in 46 weken à 40 uren een bruto uursalaris van ± f2,50.

Een huisarts met 3000 patiënten, die zijn vakantie zelf moet betalen door zich van een waarnemer te voorzien, of door in de 46 weken, welke hij niet met vakantie is extra hard te werken als vervanger voor andere collegae die op dat moment met vakantie zijn, verdient in 52 weken à 65 uren ± f67000,— ($3000 \times f20,44 + 10\%$) Dit is ± f20,— per uur bruto.

Ik ben hier uitgegaan van de huidige situatie waarbij een huisarts met een twaalfurige werkdag ('s zaterdags vijf uren) per week 65 uren in zijn praktijk werkzaam is.

Alleen al om deze redenen is het noodzakelijk een administratieve hulpkracht aan te trekken.

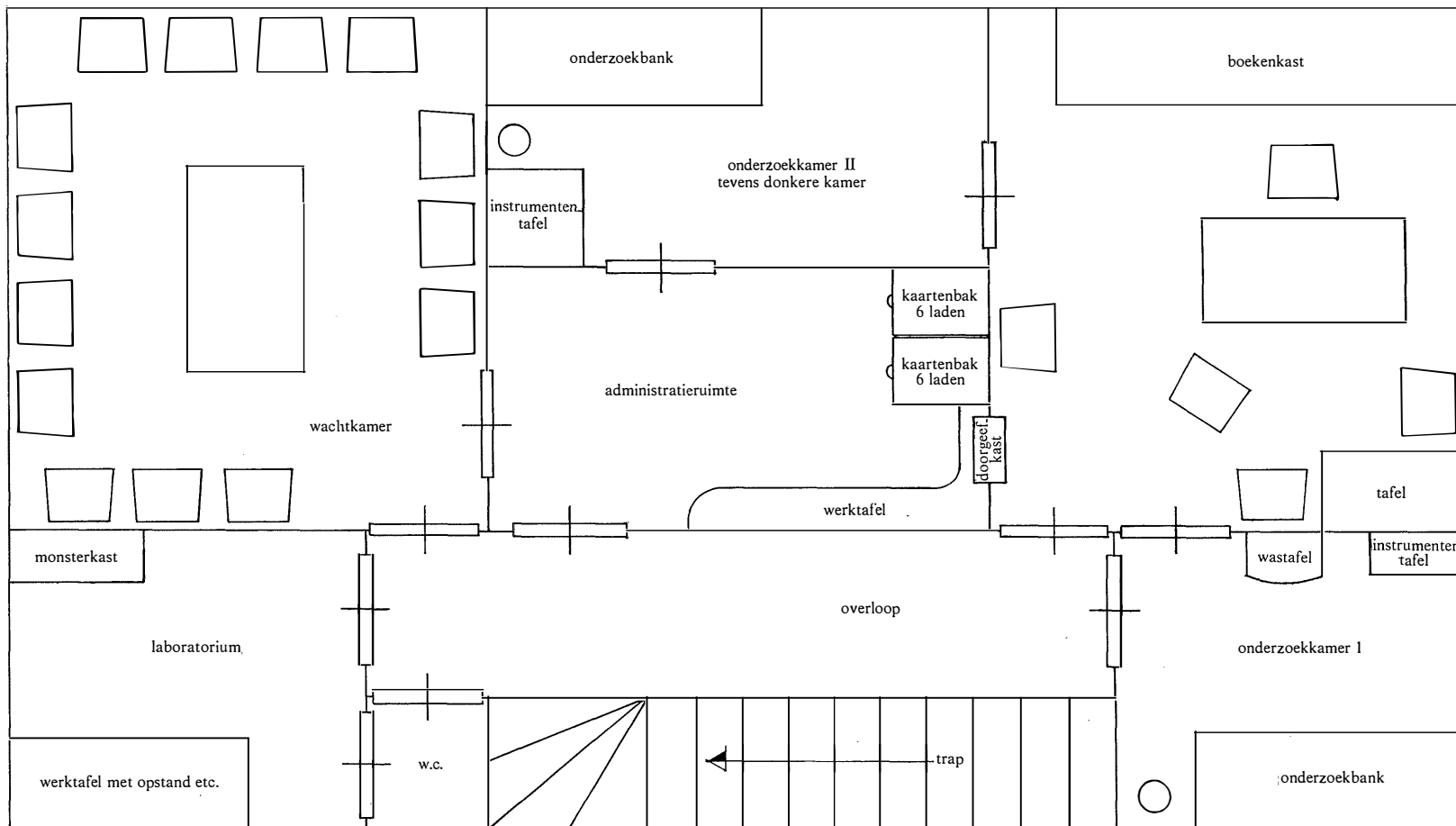
Artsen die deze te delegeren werkzaamheden zelf uitvoeren kennen zich op zulke momenten een uurloon van f2,50 toe.

Voor artsen, die door een efficiëntere praktijkvoering kans zien bovengenoemd bruto-jaarsalaris in minder uren te verdienen klemt deze redenering des te meer, aangezien het verschil tussen hun eigen bruto-uurloon en dat van de assistente nog groter wordt.

We zullen verderop duidelijk zien, dat vrijwel de gehele medische en financiële administratie door de assistente kan worden verricht.

2. Het praktijkhuis

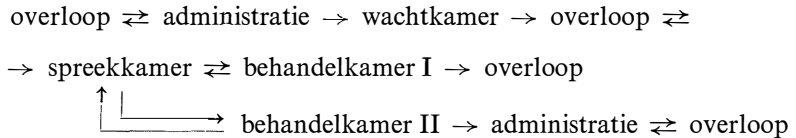
Het praktijkhuis waarin de ervaringen werden opgedaan die tot dit proefschrift hebben geleid, heeft op de begane grond het woongedeelte.



Indeling van het op dit onderzoek betrekking hebbende praktijkhuis.

Op de eerste verdieping bevindt zich het praktijkgedeelte, bestaande uit een overloop, een administratieruimte, een wachtkamer, een spreekkamer, twee onderzoekkamers, waarvan één te gebruiken als donkere kamer, één patiëntentoilet en een laboratorium.

Voor de patiënt bestaat er (door slechts aan één kant te openen deuren) een gedeeltelijk éénrichting verkeer, aldus:



De eerste onderzoekkamer heeft dus een uitgang naar de overloop, de tweede onderzoekkamer heeft een uitgang naar de administratieruimte.

De administratieruimte is via een doorgeefkast met de spreekkamer verbonden (tekening 1, blz. 37).

Het zij hier wel met nadruk vermeld, dat de verderop beschreven wijze van praktijkvoering mij, uitgaande van de eerder genoemde factoren, de meest ideale lijkt, doch dat dit niet inhoudt, dat alle beschreven administratieve en praktijk-organisatorische technieken in alle details door mij worden toegepast, noch dat de verderop besproken 'ideale' indeling van de praktijkvoering als een kopie mag worden beschouwd van de door mij thuis gebruikte praktijkindeling.

3. Het patiëntenkaartsysteem

Het kaartsysteem van de huisarts moet zo goed als enigszins mogelijk is voldoen aan de specifieke eisen welke de huisartsenpraktijk stelt, omdat dit kaartsysteem zoveel wordt gebruikt.

I. EISEN AAN EEN PATIËNTENKAART TE STELLEN

- a. de kaart moet groot genoeg zijn om per verrichting in één regel een aantal essentiële punten op te kunnen vastleggen. Onder deze essentiële punten worden verstaan: de datum, een aanduiding consult, visite of telefonisch advies, een summier overzicht van anamnese, diagnose en eventuele bevindingen, de therapie en de revisiedatum;
- b. de kaart moet een huisartsengeneratie meegaan zonder volgeschreven te zijn. Indien men de gemiddelde tijd, die een huisarts van zijn kaartsysteem profiteert, op 30 jaar zou willen stellen, dan zou bij een gemiddeld aantal verrichtingen van vier per patiënt per jaar de kaart \pm 120 regels moeten bevatten;

- c. de kaart moet qua kwaliteit dus 30 jaar mee kunnen gaan en in die tijd kunnen verdragen om minstens 120x in en uit de bak te worden gehaald. Voor een optimale kwaliteit dient 300 grams houtvrij kartotheekkarton gebruikt te worden. De dikte bedraagt dan 0,32 mm;
- d. men moet een vlot overzicht hebben van de belangrijkste personalia;
- e. om administratieve redenen is het noodzakelijk om één kaart per patiënt te nemen. Administratie met aantekeningen van meer dan één persoon per kaart wordt verward; bv.: kinderen gaan uit huis; de zoon sticht een eigen gezin; de dochter krijgt door huwelijk een andere naam;
- f. toch is het gewenst om een gezinsoverzicht te blijven houden;
- g. specialistenbrieven en andere bescheiden moeten in ongevouwen toestand bij de kaart kunnen worden opgeborgen. Dit heeft voor de grootte en vorm van de kaart dus zéér speciale consequenties;
- h. de kaart moet zich lenen voor eventuele wetenschappelijke verwerking.

Van de tot nu toe op de markt verschenen kaarten is er voor zover mij bekend niet één die aan deze logische eisen beantwoordt.

De op de volgende foto's afgebeelde, door mij ontworpen kaart voldoet echter aan al deze voorwaarden. Het *nadeel*, dat door de open zijkanten de specialistenbrieven e.d. tijdens eventueel vervoer eruit zouden kunnen vallen of door elkaar raken, kan worden ondervangen door deze bescheiden in een *snelhechter* te klemmen en deze in de gevouwen kaart te leggen.

Het gehele archief per patiënt blijft hierdoor ook perfect in zijn chronologische volgorde. De meest recente bescheiden liggen boven.

Een *groot voordeel* van de open zijkanten is, dat men juist daardoor alle inliggende bescheiden veel gemakkelijker kan hanteren (foto 2, blz. 42).

2. INDELING VAN DE PATIËNTENKAART

We zullen dit nieuwe kaartsysteem nu aan een meer gedetailleerde bespreking onderwerpen.

Op foto nr. 1 (blz. 40) ziet men allereerst de kaart in ongevouwen toestand, zoals hij dus van de drukkerij komt: een rechthoekige kaart, die aan beide zijden volkomen gelijk bedrukt is.

De breedte bedraagt 36 cm en is verdeeld in een aantal verticale kolommen, nl.:

1e kolom: datum (2 cm)

2e kolom: V/C/T (= visite, consult, telefoon) (1 cm)

3e kolom: anamnese, onderzoek, diagnose, laboratorium (19 cm)

4e kolom: therapie en kaartnummer (12 cm)

5e kolom: revisie (2 cm).

Dit kaartgedeelte van 48 cm lengte is op halve hoogte (24 cm) voorzien van een drietal rillijnen, waardoor de kaart daar ter plaatse gemakkelijk gevouwen kan worden, zonder dat de rug breekt en waardoor de mogelijkheid wordt geschapen dossiers tot een dikte van 0,5 cm in de gevouwen kaart te bewaren.

Indien we de kaart op de rillijn vouwen krijgen we een soort enveloppe met twee buiten- en twee binnenkanten, 24 cm hoog, 36 cm breed, met op de éne flap nog een kop van $3\frac{1}{2}$ cm.

De kolomaanduidingen zijn dusdanig gedrukt, dat deze bij een gevouwen kaart steeds bovenaan, d.w.z. vlak onder de kop komen te staan.

Behalve verticaal zijn de kaarten ook horizontaal gelinieerd, zodat er een regelaanduiding ontstaat.

Per flap van 24 cm hoogte komen 30 regels, zodat de regelafstand dus 8 mm bedraagt.

De benepenheid, die het invullen van kleine kaartjes met een te kleine regelafstand met zich meebrengt, is hiermede afdoende ondervangen.

8 mm blijkt een aanvaardbare regelafstand voor los van elkaar staande zinnen. Geen microscopisch gepriegel, men vergeve mij het woord, met allerlei afkortingen, waar men zelf geen wijs meer uit wordt. Geen overdreven groot schrift, slechts de mogelijkheid voor een rustige, royale, gemakkelijk te lezen tekst.

We hebben nu dus een soort open map gekregen, bestaande uit een lange flap (met kop) en een kortere flap (zonder kop).

Elke flap heeft een buiten- en een binnenkant.

De lange buitenflap met kop I noemen we kaart nr. 1.

De lange binnenflap met kop II noemen we kaart nr. 2.

De korte binnenflap zonder kop noemen we kaart nr. 3.

De korte buitenflap zonder kop noemen we kaart nr. 4.

In eerste instantie wordt de kaart gebruikt met kaart nr. 1 (lange flap) boven en kaart nr. 4 (korte flap) onder (of achter zo men wil).

We nemen de kant met de lange flap vóór, omdat dit beter blijkt te bevallen bij het opbergen in de kaartenbak dan indien men de korte flap vóór houdt (foto 2).

We hebben dus nu dertig regels ter beschikking onder kop I.

Willen we kaart nr. 2 beschrijven, dan dienen we de enveloppe 'binnenste-buiten' te vouwen en beschikken we weer over dertig regels onder kop II.

Om kaart nr. 3 te kunnen beschrijven, behoeven we de map alleen maar om te draaien.

De korte flap van de enveloppe ligt nu boven, de lange flap onder. Weer hebben we dertig regels ter beschikking onder kop I.

Om het verhaal niet te eentonig te maken, zouden we graag de fantasie

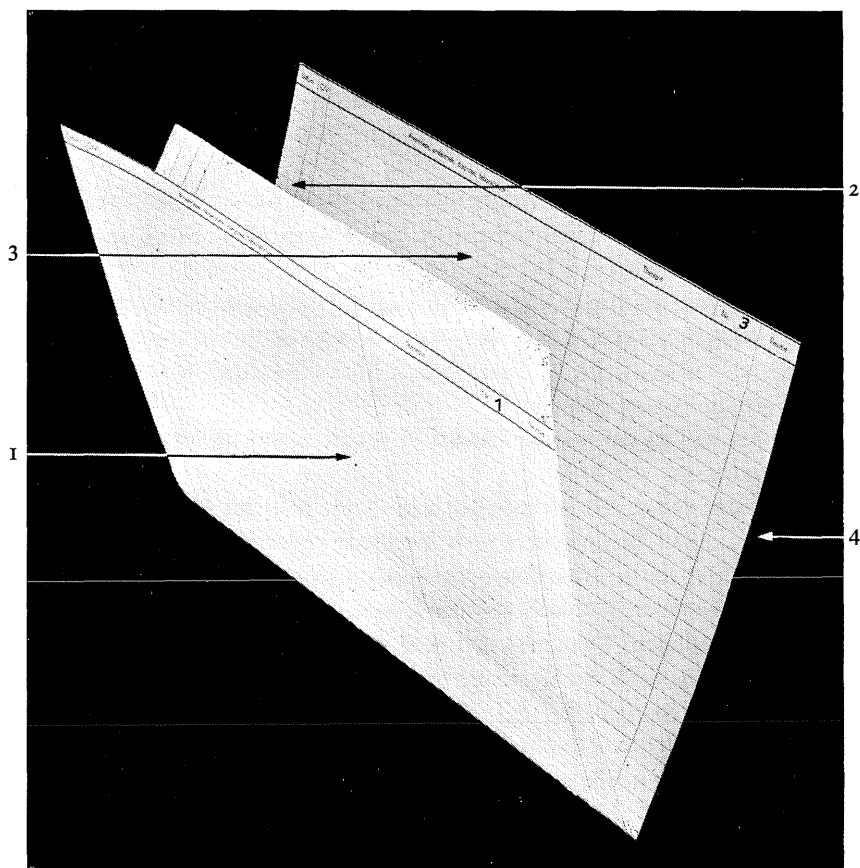


Foto 2. Een patiëntenkaart in gevouwen toestand met nummering.



Foto 2a. Een snelhechter.

en vindingrijkheid van de lezer te hulp willen roepen bij de voorbereidingen tot het beschrijven van kaart nr. 4 (zie foto 2).

Door het 'offer' te brengen van het drie keer omvouwen i.p.v. twee keer wordt het voordeel verkregen, dat men zo lang mogelijk op de lange flap kan schrijven, hetgeen in de praktijk zowel bij het beschrijven als bij het uit de kaartenbak halen en het er weer in plaatsen van belang is gebleken.

INDELING VAN DE KOP VAN DE PATIËNTENKAART

Precies in het midden van de kop wordt een soort trapezium gevormd, met een basis van 15 cm en een bovenste evenwijdige zijde van 9,6 cm.

Evenwijdig aan de beide opstaande zijden zijn nog tien schuine lijnen getrokken, zowel links als rechts van het trapezium.

De aldus ontstane tien schuine vakjes worden *aan de linkerzijde* van het trapezium *van binnen naar buiten* als volgt genummerd:

de eerste twee vakjes geen nummering en daarna in de volgende acht vakjes de cijfers 1, 2, 3, enz. tot en met 8 (zie foto 1, blz. 40).

De tien vakjes rechts van het trapezium worden niet genummerd.

Het trapezium zelf wordt voorzien van vier horizontale lijnen op regelafstand (8 mm).

3. DE KLEUR VAN DE PATIËNTENKAART

Voor het mannelijk geslacht wordt een blauwe, voor het vrouwelijk geslacht een oranje-rode kleur gekozen.

De kaarten van één gezin worden in de volgorde man, vrouw, kinderen volgens leeftijd, achter elkaar geplaatst. Door de verschillende kleuren krijgt men in één oogopslag al een goed overzicht over de gezinssamenstelling. Daarnaast zoekt het in de bak ook iets gemakkelijker (foto 7, blz. 47).

4. HET INVULLEN VAN DE PATIËNTENKAART

HET INVULLEN VAN DE PERSONALIA OP DE PATIËNTENKAART

Eerste voorbeeld

We nemen als eerste voorbeeld een gehuwde man (foto 3, blz. 44).

De kaartkleur is dus blauw. De achternaam wordt op de bovenste horizontale regel van het trapezium geschreven.

Het adres komt op de derde regel.

Links onder, op de vierde regel in het trapezium komt de geboortedatum, rechts onder eventueel zijn telefoonnummer.

De voornaam komt voluit links in het eerste (niet genummerde) schuine vakje.

De rest van de schuine vakjes links van de voornaam wordt weggeknipt. In het eerste *rechtse* schuine vakje vullen we bv. de naam van het ziekenfonds in met het inschrijfnummer.

Vierde voorbeeld

Een meisje, vierde kind uit een gezin (foto 6, blz. 47).

De kaartkleur is dus oranje-rood.

Haar achternaam wordt geschreven op de *tweede* horizontale lijn, als bij de meisjes-achternaam van een gehuwde vrouw.

Verder alles invullen als bij een gehuwde vrouw, echter de voornaam – met daarachter het geboortjaar – in het zesde schuine vakje van links, genummerd 4 (zij is het vierde kind).

Nadat deze kaart is beschreven worden ook weer de niet beschreven schuine vakjes links van de voornaam afgeknipt.

Bij de gehuwde man is nu nog één schuin vakje links aan de kaart blijven zitten, bij de gehuwde vrouw twee, bij een eerste kind drie en bij een vierde kind zes.

Door dit 'invul- en afknipsysteem' krijgt men bij achter elkaar staande kaarten een prachtig gezinsoverzicht. De naam, het adres, het eventuele telefoonnummer, leest men direct af van de voorliggende kaart van de man. De schuine vakjes, bevattende voornaam + geboortjaar van de overige gezinsleden, steken dakpansgewijs in chronologische volgorde aan de linkerkant buiten de kaart van de man uit. Door de kleur is de verdeling naar geslacht in één oogopslag herkenbaar (foto 7, blz. 47).

Het zal een ieder duidelijk zijn, dat, wanneer de kaart aan één kant is volgeschreven en hij moet worden 'gekeerd', dan de kop van de kaart ook aan de andere kant (kop II) moet worden beschreven, waarbij dus weer de voornaam links van het trapezium komt te staan in het daarvoor aangegeven schuine vakje.

Het schuine gedeelte links van de voornaam wordt ook nu weer weggeknipt, evenals de eerste keer.

De kop van de kaart is nu aan twee kanten geknipt. Alle personalia staan echter nog steeds, zowel aan de voor- als aan de achterkant, op de kop van de kaart (foto 8, blz. 48).

Indien een zoon uit een bepaald gezin gaat trouwen en als patiënt blijft ingeschreven, dan wordt zijn voornaam ingevuld in het eerste schuine vakje links, dat van de gehuwde man. De rest van het linkse schuine gedeelte wordt weer afgeknipt.

Indien een dochter uit een bepaald gezin gaat trouwen en als patiënte blijft ingeschreven, dan wordt op de eerste horizontale regel van het trapezium (welke nog niet was beschreven) de achternaam van haar man ingevuld, terwijl haar voornaam verhuist naar het tweede schuine vakje, dat van de gehuwde vrouw dus. De rest van het linkse schuine gedeelte wordt weer afgeknipt.

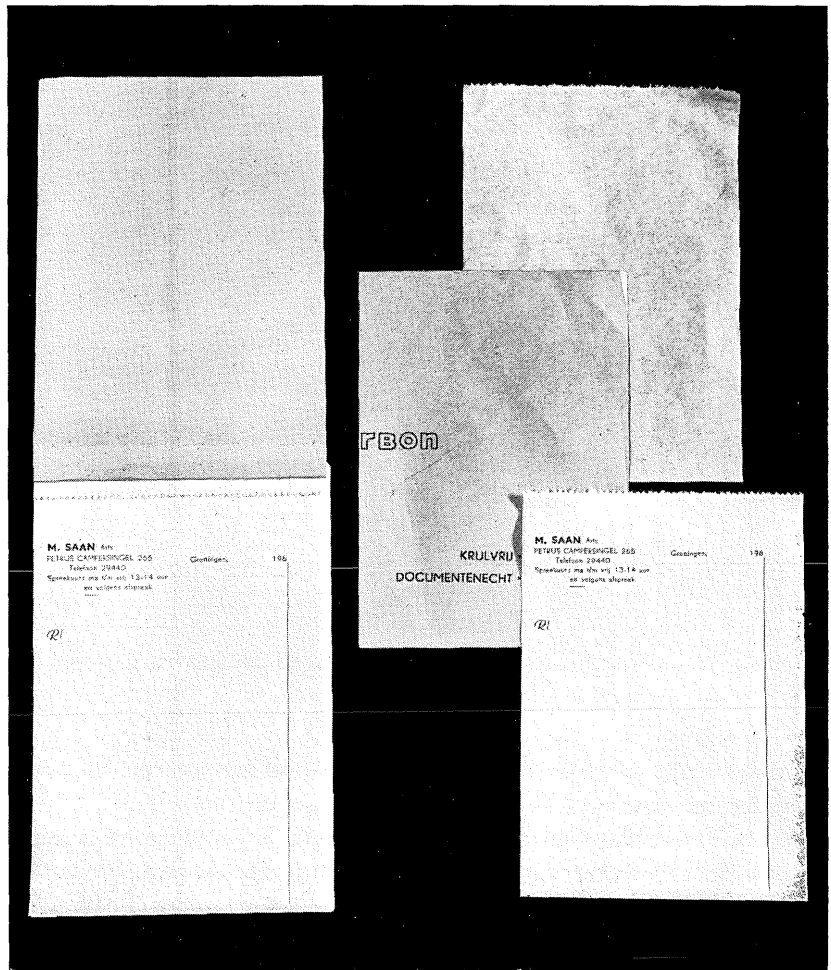


Foto 10. Een receptenbloc met daarnaast recept-carbon-doorslag.

3. men kan op de kaart zelf volstaan met een summiere soort aanduiding;
4. men weet niet alleen wát men heeft voorgeschreven, doch blijft ook geïnformeerd over de voorgeschreven hoeveelheid en de gebezigde dosering;
5. telefonische discussies met de apotheker kunnen beter gedocumenteerd worden gevoerd;
6. er wordt tijdwinst geboekt door betere, snel bereikbare documentatie.

Nadelen van het kopie-recept

1. iets hogere kosten
2. enig tijdverlies door het carbon verwisselen en het opbergen van de doorslag.

5. HET AANGEVEN VAN DE REVISIE-DATUM

Hier past weer enige uitleg.

We kunnen ieder kwartaal verdelen in dertien weken. Indien we deze weken nummeren van 1 tot en met 13, dan kunnen we steeds vaststellen, dat we leven in een bepaalde week, bv. in week 6 of in week 7, etc.

Een dag in zo'n bepaalde week wordt aangegeven als bv. maandag 7 (ma 7) of di 7 of wo 7, etc.

We gaan nu gebruik maken van kleine kaartritertjes, welke genummerd zijn van 1 tot en met 13. Dit nummeren geschiedt door ze te beschrijven met een ballpoint.

Indien men iemand, die bv. in week 1 behandeld is op maandag (dus op ma 1) de daaropvolgende donderdag weer wil bezoeken, dan vult men (men leze steeds: laat men de assistente invullen) in het vakje van revisie in: do 1.

Wenst men deze patiënt echter een week later, dus de volgende maandag te bezoeken, dan vult men in: ma 2.

Is men van plan, om in dit geval eerst vier weken later een herhalingsbezoek te brengen, dan vult men in: ma 5.

Gelijktijdig met het invullen van de revisiedatum wordt ook door de assistente een ruiter met het betreffende weeknummer op de kaart geplaatst.

In het hoofdstuk over het dicteren door de huisarts (zie blz. 131), wordt besproken hoe de assistente deze wetenschap vergaart.

Het is met dit systeem dus mogelijk, om aan het einde van de week alle kaarten met een ruiter, die het nummer van de daaropvolgende week draagt, uit de kaartenbak te zoeken, waardoor men een overzicht krijgt van de herhalingsvisites van de volgende week.

Al deze kaarten met hetzelfde weeknummer worden in een aparte bak gesorteerd in vakjes, welke geëtiketteerd zijn volgens de dagen van de week.

We noemen deze bak de *weekbak* (foto 11, blz. 52).

Het is nu mogelijk, om iedere dag uit deze bak dát stapeltje kaarten te pakken, dat er voor die dag als herhalingsvisites inzit.

Sommige artsen volgen het systeem om alle kaarten van patiënten welke op enigerlei wijze in behandeling zijn, in een aparte bak, een soort archiefbak, alfabetisch te bewaren. Aan dit systeem zijn enkele voordelen verbonden, nl. van sneller kunnen opzoeken van de gewenste kaart en het minder kans lopen, door het afspringen van een ruiter bijvoorbeeld, om een visite te vergeten. Een nadeel is ongetwijfeld, dat men er nog een bak bij heeft,

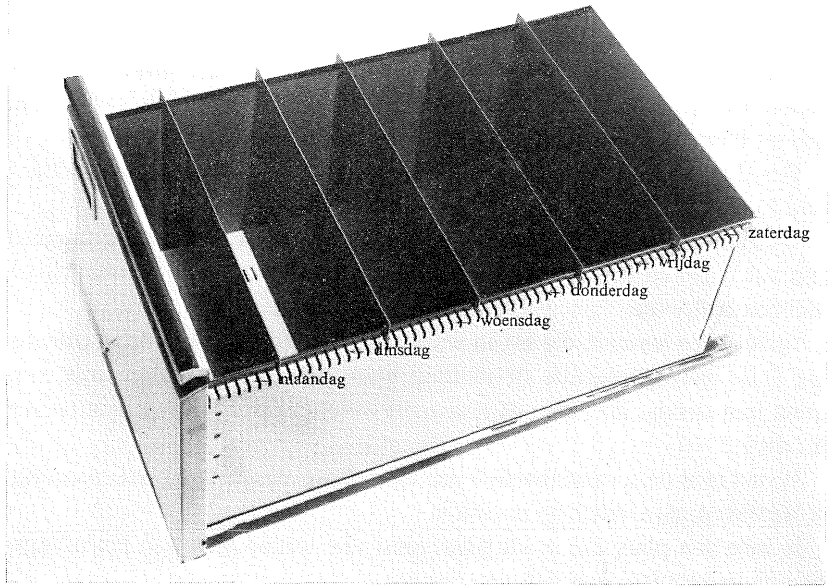


Foto 11. De weekbak.

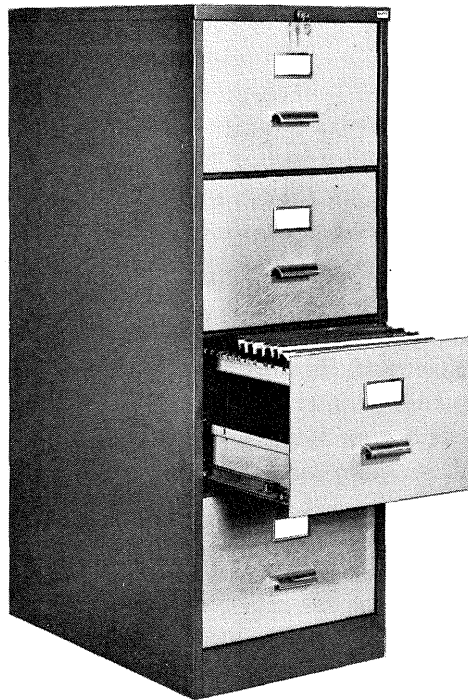


Foto 12. De kaartenbak.

waardoor men bij het opzoeken van een kaart zoals dit bij het ontvangen van een specialistenbrief zal gebeuren soms op meerdere plaatsen naar de patiëntenkaart zal moeten zoeken (foto 12).

DE 'VERGETEN' VISITE

Het zwakke punt in dit revisiesysteem is uiteraard het al dan niet plaatsen en daarna vast blijven zitten van het weekruitertje.

Een enkele maal gaat dit inderdaad fout, wordt er vergeten een ruitertje te plaatsen, of wipt zo'n ruitertje door onoordeelkundige of onvoorzichtige behandeling van de kaart af.

Een dergelijke kaart verdwijnt dan weer onopgemerkt in de kaartenbak en op het afgesproken tijdstip wordt dus een bepaalde visite niet afgelegd.

Vergeten is hier eigenlijk niet het juiste woord. Doordat men niets hoeft te onthouden, kan men immers ook niets vergeten. Er is echter in de administratie iets fout gelopen, waardoor de betreffende patiëntenkaart niet op het juiste moment in de weekbak opduikt.

Aangezien het altijd een herhalingsvisite betreft en géén eerste visite, is de 'medische schade' meestal niet zo groot, het verlies van good-will bij de 'vergeten' patiënt is voor een groot gedeelte afhankelijk van de praktijkorganisatie en de psychische benadering door de huisarts van zijn patiënt.

Een patiënt, ervan overtuigd dat zijn huisarts zijn uiterste best doet om de praktijk zo goed mogelijk te organiseren, zal eerder geneigd zijn, het niet op de afgesproken dag verschijnen van zijn huisarts toe te schrijven aan een organieke fout en niet het gefrustreerde gevoel hebben van de patiënt die weet, dat de organisatorische kwaliteiten van zijn huisarts niet zo hoog geschat moeten worden en die 'wel of niet verschijnen' identiek stelt aan 'mij niet of mij wel vergeten'.

Het lijkt mij ondertussen te allen tijde juist de patiënt zijn excuses aan te bieden, indien men – door wat voor reden dan ook – zijn afspraken niet nakomt, doch er de patiënt tevens op te wijzen, dat deze 'missers' inhaerent zijn aan het gevolgde systeem en niets te maken hebben met het vergeten van een patiënt. Steeds ook zal men de patiënt verzoeken even te bellen indien hij denkt, dat er met betrekking tot zijn opgegeven visite bij zijn huisarts organisatorisch iets is misgelopen.

6. PRAKTISCHE MOGELIJKHEDEN VAN HET WERKEN MET KAARTRUITERS

Zij, die gewend zijn met kaartruiters te werken, beseffen het grote voordeel van deze manier van signalering. Dit signaleringssysteem biedt vele mogelijkheden, allereerst een aantal praktische. Daarnaast echter kan een

ruitersysteem ook bij een wetenschappelijke bewerking van bepaalde gegevens van onschatbare waarde blijken.

Ik zal dit aan de hand van een aantal voorbeelden toelichten:

1. Het is van praktisch belang alle particuliere patiënten via een ruitertje te signaleren.

Voor de weekruiter werd een rode kleur gekozen, voor de signalering van de particuliere patiënten een gele kleur.

Het is uiteraard mogelijk om de particuliere status van de patiënt aan te geven op de kop van de kaart, bv. door in het eerste rechtse schuine vakje een P. te zetten. Evenwel, in onze tijd van snelle verschuiving der loongrenzen, is men soms te weinig op de hoogte van de financiële positie van de patiënt en van zijn al dan niet particuliere status. Men loopt daardoor bij het dagelijks uitsorteren van de particuliere patiënten de kans er een aantal over het hoofd te zien, met als consequentie het niet declareren en dus verlies lijden. Door het aanbrengen van zo'n in het oog springend geel ruitertje valt zo'n particuliere kaart tussen de niet particuliere kaarten onmiddellijk op.

2. Indien men gewend is zuigelingencontroles aan huis te verrichten, zal men ongetwijfeld wel eens voor de situatie geplaatst zijn, dat men een bepaalde baby had moeten enten en bemerkte de entstof in de ijskast te hebben achtergelaten.

Door simpel een groen ruitertje op de kaart te laten bevestigen, ten teken, dat men daar volgende keer iets moet meenemen, is men reeds bij het begin van zijn route gewaarschuwd, dat men de entstof niet mag vergeten.

3. Toen in Groningen de Universitaire Gezondheidsdienst de Groningse huisartsen vroeg er aan mee te werken één keer per drie maanden een anoniem verslag in te leveren over de door hen behandelde studenten, bleek een ruitertje weer uitkomst te brengen.

Iedere student, die overigens een normale patiëntenkaart kreeg, ontving bovendien van de assistente een wit ruitertje op zijn kaart. Aan het einde van het kwartaal was zeer snel na te gaan, hoeveel studenten er dat kwartaal in behandeling waren geweest.

7. DE PATIËNTENKAART GEBRUIKT BIJ HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Aan de bovenkant van de kop van de kaart, tussen de beide schuine lijnen van het trapezium, vindt men tien korte verticale lijntjes, die van links naar rechts negen vakjes vormen (op de foto's nog niet aangebracht).

Deze vakjes kunnen door iedere arts op zijn wijze worden gebruikt om

aldaar bepaalde medische gegevens vast te leggen, bv. voor het aangeven van de vaccinatiestatus, rubeola, mazelen, overgevoeligheid voor penicilline, asperine of i.d., diabetes, etc., en – indien de behoefte daartoe bestaat – deze te gebruiken bij een wetenschappelijke bewerking van een zeker onderwerp.

Men kan hier weer, óf op deze plaats een bepaald ruitertje zetten, óf een rond gekleurd etiketje in dit vakje plakken, óf in dit vakje iets opschrijven bij diégenen van de patiënten, die aan de voor dat onderzoek bepaalde eis voldoen, terwijl men van de patiënten, die niet aan deze eis voldoen, de kaart ongemoeid kan laten, of omgekeerd (zie foto 13 en 14, blz. 55).

Door de selectiemogelijkheid van in het oog springende ruitertjes van een bepaalde kleur, vorm en afmeting, voldoen deze het beste, beter dan de mogelijkheid van de gekleurde ronde etikettes, die in de kaartenbak niet in het oog springen. Het schrijven tenslotte tussen de verticale lijntjes, geeft aan de kop van de kaart een wat rommelige indruk.

Door gegevens welke men slechts nodig heeft als men de kaart in handen heeft, te signaleren met een gekleurd rond etiketje en niet met een ruitertje, voorkomt men zoveel mogelijk dat de kaartenbak een groot ‘ruiterwoud’ wordt.

4. De binnenkomende impulsen

Dagelijks bereiken ons een aantal impulsen vanuit de buitenwereld, waarop van ons in figuurlijke zin behalve een geneeskundig en ‘geneeskunstig’ ook een medisch-administratief of praktijk-organisatorisch antwoord wordt verwacht.

We mogen stellen dat we dagelijks geconfronteerd worden met drie zaken, namelijk:

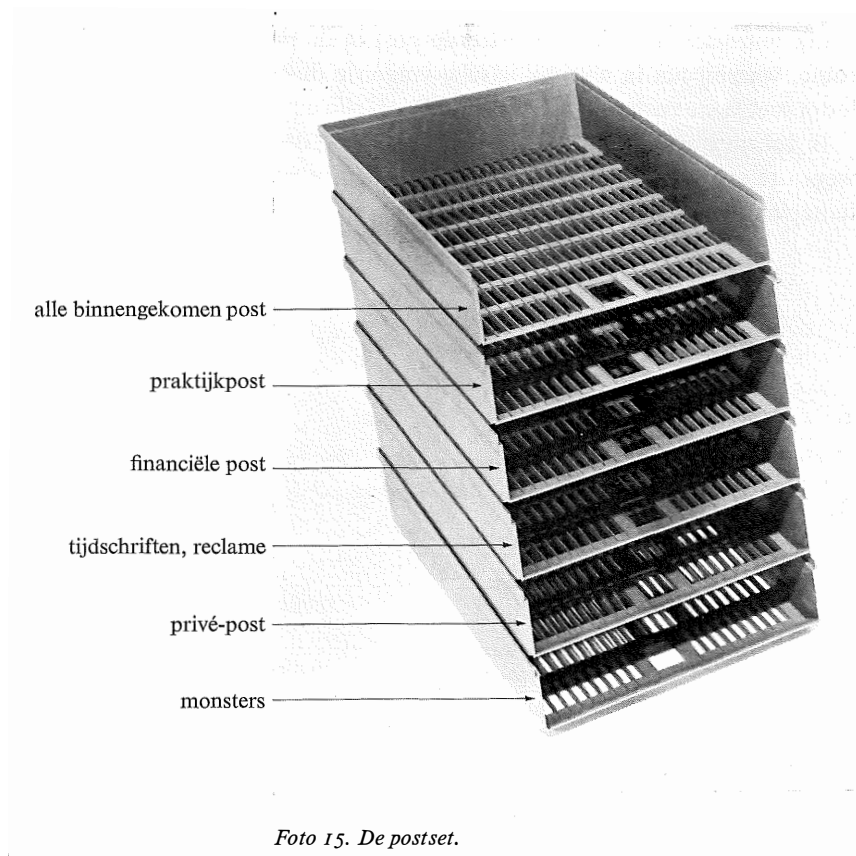
1. *binnenkomende post*
2. *binnenkomende telefoontjes*
3. *binnenkomende patiënten.*

We zullen bespreken hoe we deze stroom van binnenkomende impulsen op een efficiënte manier kunnen verwerken.

I. DE BINNENKOMENDE POST

De post wordt door de assistente uit de brievenbus gehaald, geopend en gesorteerd in een postset (foto 15, blz. 57).

Het heeft zijn nut om voor de opgehaalde post een postset te gebruiken die is onderverdeeld in de volgende rubrieken:



Alle binnengekomen post.

De praktijkpost.

De financiële post.

De tijdschriften en reclame.

De privé-post.

De monsters.

Men kan voor deze postset een aantal stapelbakjes gebruiken, waarvan diverse merken in de handel zijn.

De bakjes worden van boven naar beneden geëtiketteerd, bv. met een lettertape.

Bijna even doelmatig en op het bureau in de huiskamer wat gezelliger is een postmap bestaande uit een zestal ingebonden stofmappen, het geheel in (kunst)lederen band (foto 16 + 16a, blz. 58).

Als klein nadeel van deze postmap mag gelden, dat men er geen monsters in kan opbergen.

Elk onderdeel van deze gesorteerde post in de postset volgt een eigen route, waarbij het in chronologische volgorde diverse vaste fasen doorloopt met vaste rustpunten, alvorens het op zijn eindpunt belandt.

Ik zal nu trachten van de verschillende onderdelen van de postset de wegen te analyseren en de essentiële trajecten in zo'n weg, alsmede hun halteplaatsen, te markeren.

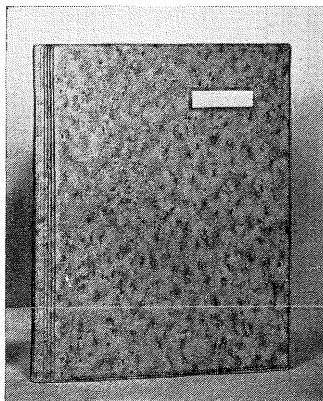


Foto 16. De postmap, voorzijde.

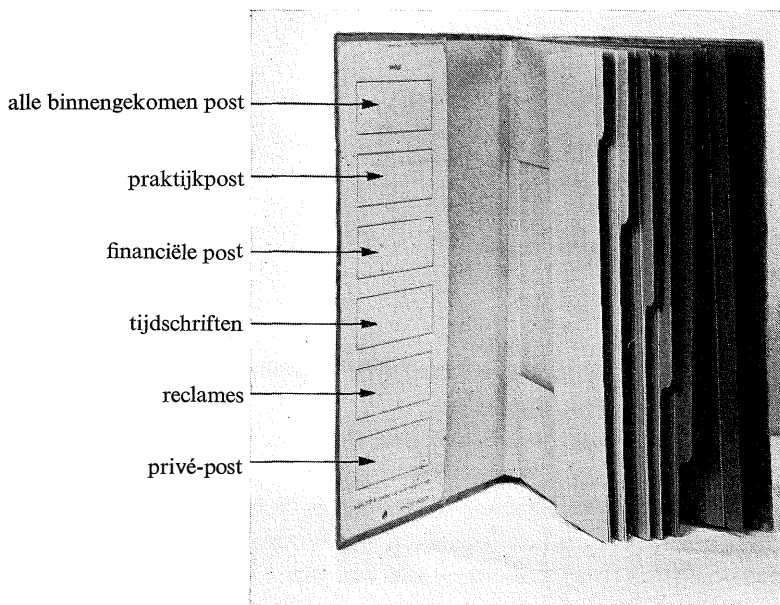


Foto 16a. De postmap, inhoud.

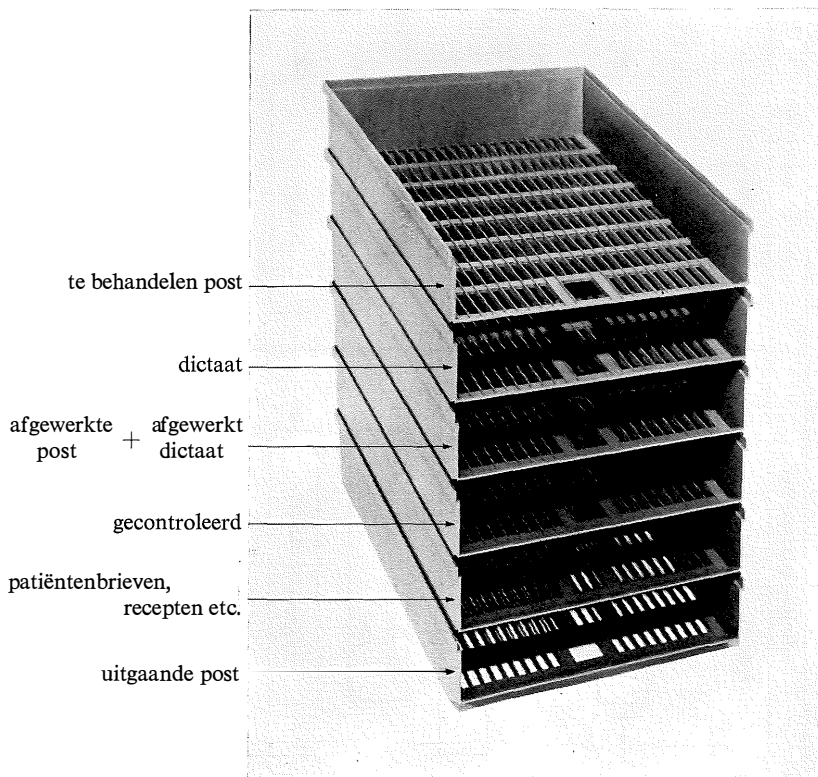


Foto 17. De administratieset.

DE PRAKTIJKPOST

Deze wordt van de postset gebracht naar de administratieruimte waar zich een *administratieset* bevindt, bestaande uit een zestal stapelbakjes geëtiketteerd als afgebeeld op foto 17.

In het bovenste vakje wordt de te behandelen post gelegd.

Bij deze post, die uiteraard over patiënten gaat, wordt door de assistente de bijbehorende patiëntenkaart gezocht. De brief wordt door haar op de kaart ingeschreven en is daarna klaar om te worden nagekeken door de huisarts.

Bij het sturen van een brief naar de specialist was reeds op de kaart geschreven: 24/8/'66 brief naar Dr. X → antw. . . . De assistente, die bv. op 28/8/'66 het antwoord van Dr. X heeft ontvangen behoeft achter antw. . . . niets anders in te vullen dan: 28/8/'66.

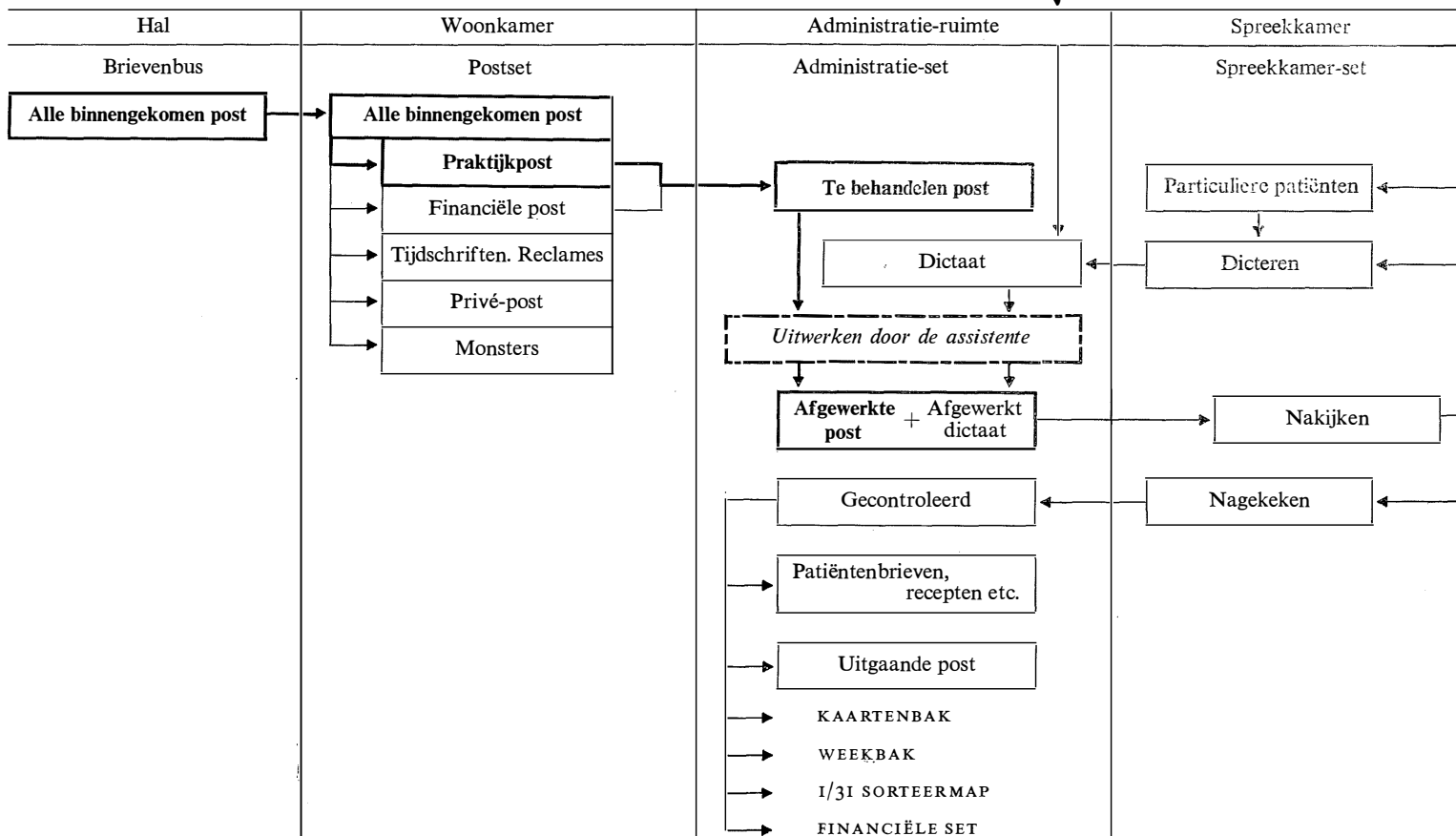
De brief wordt nu in de kaart gelegd en opgeborgen in de snelhechter.

Van het maken van uittreksels vanaf een specialistenbrief op de patiënten-

SCHEMA I

De weg van de praktijkpost
(vetgedrukt gedeelte)

Auto
↓
Auto-cassette-dicteerapparaat
↓
dicteren
↓



kaart en het daarna vernietigen van de specialistenbrief ben ik geen voorstander.

Het maken van uittreksels kost extra tijd. Tevens komt het wel eens voor, dat gegevens, die in eerste instantie onbelangrijk leken en niet werden vermeld, later onverwacht van het grootste belang bleken te zijn.

Het enige voordeel van het vernietigen van brieven van de specialist is, dat men uitkomt met een kleinere archiefruimte. M.i. behoeft dit in het merendeel der praktijkruimten geen factor van doorslaggevende betekenis te zijn.

Alle post, welke door de assistente zover is afgewerkt, dat het door de arts kan worden nagekeken, komt terecht in het derde vakje van de administratieset geëtiketteerd: AFGEWERKTE POST en AFGEWERKT DICTAAT (zie schema 1, blz. 60).

DE FINANCIËLE POST

We gaan nu over tot een bespreking van de financiële post uit de postset.

Deze financiële post bestaat uit:

1. rekeningen van crediteuren (leveranciers etc.).
2. bankafrekeningen, de zogenaamde dagafschriften van de rekening-courant, vermeldende de bij- en afschrijvingen.

Deze dagafschriften gaan vergezeld van souches van bij- en afschrijving welke hierop betrekking hebben.

3. giro-afrekeningen, vermeldende de bij- en afschrijvingen, vergezeld van de kennisgevingen van bijschrijving en van de automatische giroafschrijvingen.

De niet automatisch afgeschreven bewijzen van afschrijving heeft men zelf thuis. Bij het uitschrijven van de girokaart ter betaling van een crediteuren-rekening kan men het aan de giro gehechte stokbriefje zelf behouden.

Het moment, waarop de financiële post bekeken wordt is voor vele huisartsen verschillend. Een gedeelte der huisartsen kijkt deze post 's morgens tijdens het koffiedrinken even door, samen met de andere reeds gesorteerde binnengekomen post. Andere huisartsen zullen deze financiële post bekijken op een later tijdstip.

Geheel afgezien van het moment waarop de financiële post door de huisarts bekeken wordt, is het van belang, dat hij die financiële stukken, die zijn goedkeuring kunnen wegdragen, direct *parafeert*.

In het hoofdstuk *het paraferen door de huisarts* wordt deze gang van zaken uitgebreid besproken (blz. 87).

De gehele tijdrovende bezigheid van het verder afwerken der binnengekomen financiële post kan hij dan volledig delegeren. De manier waarop dit geschiedt zullen we eveneens verderop uitgebreid behandelen (blz. 78 e.v.).

De stapelordners

Hier is waarschijnlijk het meest geschikte moment gekomen om een krachtig pleidooi te voeren voor het gebruik van stapelordners.

Een stapelordner bestaat uit een stevige kartonnen doos, met leerpapier omplakt en met een automatisch werkend klepmechanisme (de laatste tijd zijn ook volledig uit plastic bestaande stapelordners in de handel); in de doos bevindt zich een schuiflade, of een plateau met één of meer ordnermechanieken (foto 18, blz. 63).

Wordt de inhoud geraadpleegd, dan blijft de plastic klep van de doos vanzelf openstaan. Men ziet dus altijd in welke doos de inhoud terug moet.

De plastic kleppen – ook de kartonnen dozen bezitten een plastic klep, – die een ruim venster hebben, kunnen naar verkiezing worden besteld in tenminste acht kleuren.

De *voordelen* der stapelordners boven de nog veel gebruikte staande ordners zijn duidelijk en voor de hand liggend:

1. de papieren rusten horizontaal, scheuren dus niet uit bij de perforatiegaten en blijven door het vlak liggen altijd in goede staat;
2. de dozen kan men eventueel vanaf de grond vrij op elkaar stapelen, door middel van pennen in corresponderende gaten. Men krijgt kostbare kastruimte vrij en behoeft geen dure stellingen aan te schaffen;
3. men kan de stapelordners met de meest benodigde papieren naast, achter, bovenop, of als lade in het bureau plaatsen. Geloop wordt zodoende tot een minimum beperkt;
4. men kan zijn stapelordner-archief naar behoefte met de ontwikkeling van de administratie laten meegroeien;
5. de papieren in stapelordners opgeborgen blijven stofvrij;
6. oudere dozen zet men compleet met inhoud in de archiefruimte. Ook daar heerst dan eindelijk die imponerende orde, die men zich altijd gewent heeft.

De staande ordner (foto 18a, blz. 63) is nog steeds de meest verkochte ordner ondanks vele *bezwaren*:

1. de verticale stand van de papieren doet deze vaak bij de perforatiegaten uitscheuren;
2. de staande ordners hebben de neiging om na verloop van tijd 'uit te zakken' en om te vallen door kromtrekken van voor- of achterblad;

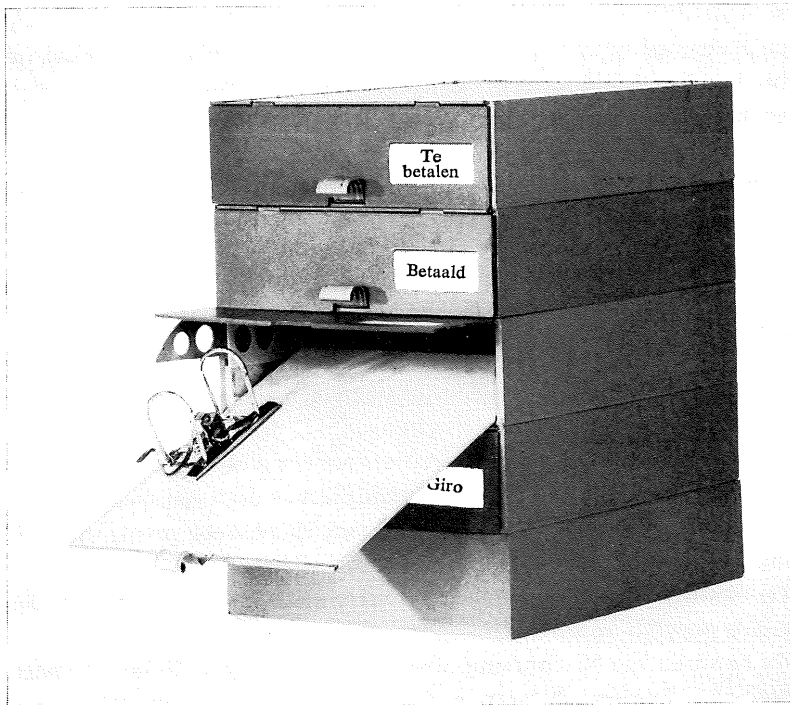


Foto 18. Stapelorders.

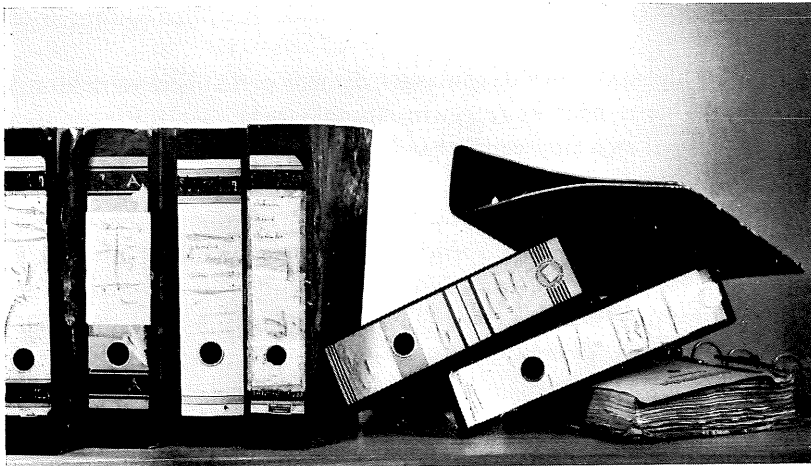


Foto 18a. Staande orders.

3. er is altijd een kast of stelling nodig om ze op te bergen ;
4. de plaats van opberging is meestal niet in de onmiddellijke nabijheid van het bureau, waardoor een inefficiënt geloop ontstaat van bureau naar ordner en omgekeerd.

Dat de stapelordner duurder is dan de staande ordner is, gezien het prijsniveau van dit soort artikelen, geen factor van betekenis.

Het sturen van rekeningen

Vele van de impulsen die ons dagelijks bereiken zijn een gevolg van reeds eerder plaatsgehad hebbende verrichtingen.

Zoals de binnenkomende praktijkpost voor een groot gedeelte het gevolg is van reeds eerder onderzochte patiënten, die men door een specialist heeft laten bekijken, zo is eigenlijk de gehele financiële post een gevolg van reeds eerder verrichte transacties.

De binnenkomende rekeningen bv. verschijnen als gevolg van nog niet betaalde praktijk- of privé-aankopen.

De bewijzen van bijschrijving, zowel van bank als giro, duiden op particuliere of andere verrichtingen, welke thans worden gehonoreerd.

De bewijzen van afschrijving duiden op betaling door de huisarts van de binnengekomen rekeningen en van andere verplichtingen (verzekeringen, aflossingen, renten, belastingen etc.).

Het is gewenst alvorens de financiële post verder te bespreken eerst aandacht te wijden aan:

het uitschrijven van rekeningen voor particuliere patiënten en voor instellingen.

Over het algemeen is het de gewoonte, dat men particuliere verrichtingen eerst ergens boekt, laten we zeggen in chronologische volgorde in een soort dagboek en dat men later aan de hand van dit dagboek de rekeningen uitschrijft of uittipt.

Het is zonder meer duidelijk, dat we daarmee een dubbele boeking verrichten. Eerst boeken we de verrichting op de particulierenlijst en later moet deze vanaf dit blad weer overgebracht worden op de rekening, hetgeen behalve veel extra werk ook kans op fouten in zich bergt, die we dan weer door tijdrovende controles tot een minimum trachten te beperken.

Ik heb daarom gezocht naar een systeem, waarbij met één enkele boeking zonder controle zou kunnen worden volstaan. Met andere woorden:

het blad van boeking op de particulierenlijst zou meteen als rekening moeten kunnen dienen.

Deze vereenvoudiging onderzoekend kwam ik tot het volgende systeem:

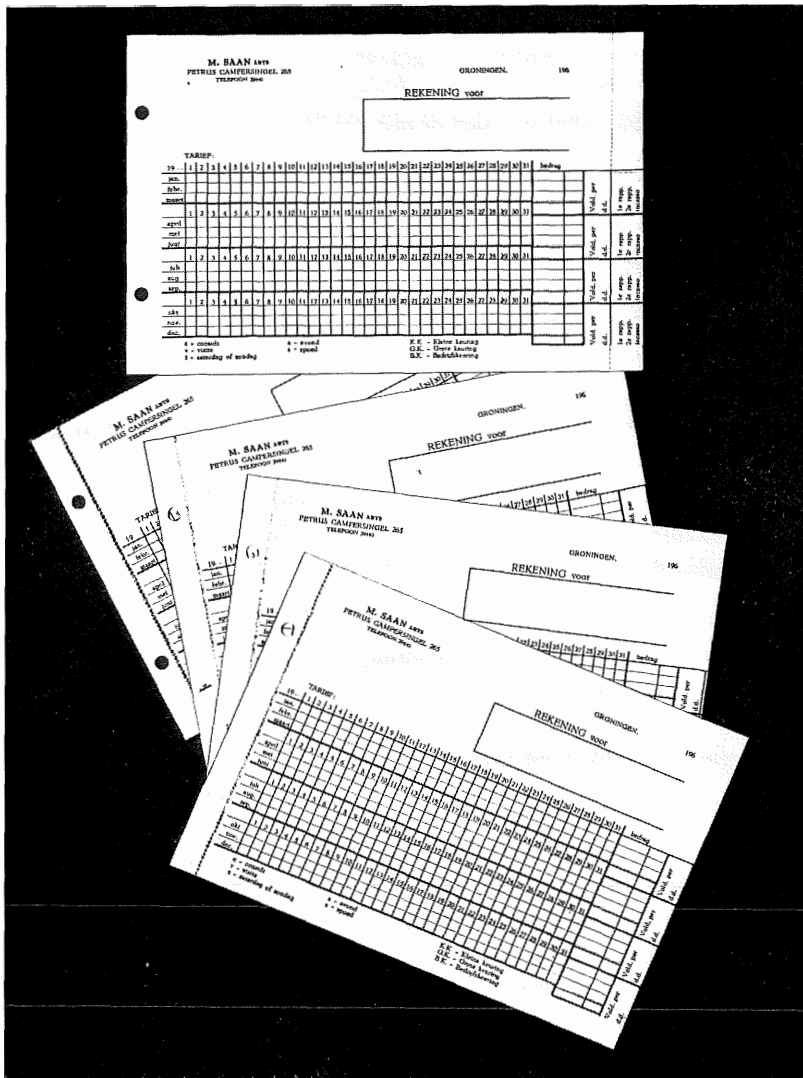


Foto 19. Een rekeningenset.

We gaan uit van een papier van het normale formaat. De meesten onzer gebruiken voor hun rekeningen het A5 formaat (21 × 14.8 cm).

In de linker bovenhoek, *evenwijdig aan de lange zijde* van het papier, staat het briefhoofd.

Rechts boven, iets lager dan dit briefhoofd, komt de naam en het adres van de patiënt.

Daaronder een volledig voorgedrukte jaarindeling, verdeeld in kwartalen, zoals op foto 19 is afgebeeld.

Deze rekening is aan de achterzijde volgens een bepaald procédé chemisch geprepareerd, waardoor het geschrevene ook zonder carbon wordt afgedrukt op een daaronder gelegen blad.

We nemen per patiënt vier van deze rekeningen.

Onder deze vier rekeningen nemen we nog een vijfde vel, vrijwel gelijk bedrukt aan dat der vier rekeningen, echter van een andere kleur en van een steviger papiersoort, overeenkomende met de stevigheid van een briefkaart.

Dit steviger vijfde vel heeft, in tegenstelling tot de andere, geen door-drukkende eigenschappen.

Een ander verschil is dat de lange zijde nog ruim 1 cm langer is.

Dit extra stukje is dan nog via perforatielijntjes in vier strookjes verdeeld.

Een enkele blik op foto 20 vertelt in dit geval meer dan veel omslachtige woorden.

Ik zal dit blad van nu af het *moederblad* noemen, terwijl ik de bovenliggende vier rekeningen de naam *kwartaalrekeningen* geef (foto 21, blz. 68).

De ligging der verschillende bladen wordt als volgt:

eerst komt het moederblad,
daar *bovenop* de eerste kwartaalrekening,
daar bovenop de tweede,
dan de derde
en tenslotte de vierde kwartaalrekening.

Iedere particuliere patiënt heeft nu een set van vijf bladen gekregen, welke we een *rekeningenset* zullen noemen (zie foto 19, blz. 65).

Eén keer per jaar wordt van elke particuliere patiënt een rekeningenset getypt, met naam, adres en tariefletter. Dit is eenvoudig mogelijk door de volledige rekeningenset in de typemachine te draaien en deze gegevens er in één keer (door de carbonwerking) op te typen.

Al deze sets van de diverse particuliere patiënten worden dan met behulp van de welbekende alfabetische tabbladen opgeborgen in een vijftal stapelordners met twee mechanieken per plateau geëtiketteerd: PARTICULIERE PATIËNTEN

a tot en met *e*

f tot en met *j*

k tot en met *o*

p tot en met *t*

u tot en met *z*.

Per ordner kunnen \pm 200 rekeningensets opgeborgen worden (100 sets per mechaniek), zodat we met vijf stapelordners 1000 rekeningen-sets per jaar

(d.w.z. 4000 kwartaalrekeningen) zouden kunnen versturen, hetgeen zeker voldoende geacht kan worden.

Door het gebruik van stapelordners heeft dit systeem een onbeperkte flexibiliteit (kleine particuliere praktijk: één ordner; grote particuliere praktijk: tien ordners).

De gang van zaken wordt nu als volgt:

In het eerste kwartaal worden de particuliere verrichtingen bij een bepaalde patiënt aangetekend op de eerste kwartaalrekening, dat is het blad, dat direct op het moederblad ligt.

In het desbetreffende daghokje wordt ingevuld een

C = consult

V = visite

AC = avondconsult

ZV = zondagsvisite

SV = spoedvisite

NV = nachtvisite

B = bevalling

GK = grote keuring

KK = kleine keuring, etc.

Al deze aantekeningen drukken door op het moederblad.

Aan het einde van het kwartaal telt de assistente al deze verrichtingen op. Daarna berekent ze het totaal bedrag met behulp van de tariefletter, die op de kwartaalrekening van de patiënt staat aangegeven (momenteel A, B of C), en vult dit totaalbedrag op de rekening in.

De kwartaalrekening wordt nu langs een perforatielijn, evenwijdig aan de linker korte zijde, afgescheurd, dubbel gevouwen evenwijdig aan de lange zijde, en in een passende venster-enveloppe gedaan.

Door gebruik te maken van een venster-enveloppe behoeft men immers het adres niet weer op de enveloppe te zetten.

De rekening is nu klaar om te worden verstuurd.

De patiënt krijgt keurig gespecificeerd zijn rekening aangeboden, terwijl men zelf via het moederblad een natuurgetrouwe kopie van de rekening heeft.

Dit zelfde systeem herhaalt zich bij rekeningen verstuurd over het tweede, derde en vierde kwartaal.

Steeds wordt dus het kwartaalblad dat het dichtst op het moederblad ligt, beschreven.

Aan het einde van het jaar bevat het moederblad zodoende in chronologische volgorde kopieën van alle eventuele verrichtingen, die er in de loop van dat jaar geweest zijn.

We hebben het moederblad zoals gezegd \pm 1 cm breder gekozen en via perforatielijntjes dit extra strookje in vieren verdeeld (zie foto 20, blz. 67).

Indien de patiënt nu bv. het eerste kwartaal op 10/4/'66 per bank heeft betaald, dan vult de assistente op het moederblad in het vakje naast het eerste kwartaal in: B-10/4/'66. Daarna scheurt ze het corresponderende strookje van het moederblad af en gooit dit weg (foto 22, blz. 71).

Op deze manier wordt een duidelijk overzicht verkregen, welke patiënten wél en welke patiënten niét het eerste kwartaal hebben betaald, terwijl het indiën ze hebben betaald, door één enkele blik op het moederblad mogelijk is om te zien op welke datum en door middel van welke betaalwijze ze dit hebben gedaan.

Kwartaalrekeningen waarop in dit kwartaal geen verrichtingen zijn aangekend worden uitgescheurd en weggegooid.

Het betreffende 'scheurstrookje' van het moederblad wordt dan eveneens afgescheurd, ten teken dat dit kwartaal is afgehandeld.

Een aantal facetten die tot nu toe terloops werden aangeroerd vragen een nadere uitleg:

Het weggooien van nog onbeschreven kwartaalrekeningen kost uiteraard geld. Meer geld kost het echter, indien men gedreven door krenterigheid zo'n velletje papier tracht te redden teneinde het later weer te kunnen gebruiken. In administratieve zaken is krenterigheid altijd schadelijk.

Niet het gevolgde systeem is belangrijk. Na een aantal jaren is dit wellicht vervangen door een ander en beter systeem.

Belangrijk is de eigenschap om open te blijven staan voor nieuwe ideeën en om fouten in het gevolgde systeem en in zichzelf te signaleren en te trachten er iets aan te doen.

De methode om de patiënt via een bij de rekening ingesloten kaartje op de hoogte te stellen van de op dat moment gehanteerde tarieven, wordt naar mijn ervaring door de patiënt gewaardeerd.

De patiënt ervaart dit als een vorm van service door de arts aan zijn patiënt verleend. De patiënt-arts relatie wordt hierdoor zeker niet verslechterd. Integendeel.

Het op vergaderingen nogal eens gehanteerde argument, dat door het in de openbaarheid brengen van verhoogde tarieven de pers in de gelegenheid zou worden gesteld hierover weinig vleierende betogen te houden, lijkt mij weinig steekhoudend. Wij zijn m.i. nogal eens te bang om in de openbaarheid te vragen hetgeen we vinden dat ons in alle redelijkheid toekomt.

M. SAAN ARTS
 PETRUS CAMPERSINGEL 265
 TELEFOON 29440

GRONINGEN, 1-4 1966

REKENING voor

Dhr. J. B. Klaassen
 Parkstraat 11
 Groningen

TARIEF: B

1966	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	bedrag				
jan.			C			C				C																							22	50	Vold. per B	
febr.																V		V															19	-	19/4-66	
maart												av	zv																20			53	-	d.d.		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	94	50	d.d.		
april																																			Vold. per	
mei																																			d.d.	1e rapp.
juni																																			d.d.	2e rapp.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			d.d.	incasso	
juli																																			Vold. per	1e rapp.
aug.																																			d.d.	2e rapp.
sep.																																			d.d.	incasso
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			Vold. per	1e rapp.	
okt																																			d.d.	2e rapp.
nov.																																			d.d.	incasso
dec.																																			Vold. per	1e rapp.
																																			d.d.	2e rapp.
																																			d.d.	incasso

c - consult
 v - visite
 z - zaterdag of zondag

a - avond
 s - spoed

K.K - Kleine keuring
 G.K. - Grote keuring
 B.K. - Bedrijfskeuring

11

Foto 22. Een ingevuld moederblad, waarvan het eerste kwartaal op 10-4-'66 per bank is betaald.

Rekeningen voor éénmalige verrichtingen

Niet altijd hebben we te maken met een echt ingeschreven particuliere patiënt.

Soms betreft het éénmalige verrichtingen bij zogenaamde 'loslopende patiënten', die óf direct de rekening vragen en betalen óf aan het einde der behandeling om een rekening verzoeken zonder zich aan kwartalen te storen.

We denken aan logés, vakantiegangers, fondsleden buiten eigen gebied, vertegenwoordigers, schippers, patiënten die voor een kleine keuring komen etc.

Een fondslid buiten eigen gebied, die geen ziekenfondskaart bij zich heeft wordt beschouwd als een particuliere patiënt.

Voor deze gevallen hebben we geen volledige uit vijf bladen bestaande rekeningenset nodig, doch kunnen we volstaan met 1 kwartaalrekening + 1 moederblad.

Door al onze rekeningen volgens hetzelfde systeem te versturen, hetgeen eigenlijk wil zeggen, dat we al onze particuliere verrichtingen volgens hetzelfde systeem inboeken, behoeven we slechts rekening te houden met de alfabetisch liggende moederbladen.

De rekening is later gemakkelijk op te zoeken. Indien hij is betaald, dan ontbreekt het scheurstrookje en ziet men in één oogopslag op het moederblad wanneer en op welke wijze de rekening is voldaan. Indien hij niet is betaald zit het scheurstrookje nog aan het moederblad met eventueel de vermelding van verstuurde rappels óf de datum van inschakeling van een incassobureau.

Een patiënt die per 1 april een rekening heeft ontvangen over het eerste kwartaal en die na een eerste rappel op 1 juli en een tweede rappel op 1 oktober nog niet heeft betaald, ontvangt bij mij na 1 januari van het volgende jaar bericht van een ingeschakeld incassobureau. Indien de patiënt door overmacht – en dit is ons meestal bekend – niet in staat is te betalen, wordt geen hulp van een incassobureau ingeroepen. In alle gevallen waarin het niet betalen van de patiënt geschiedt uit nonchalance of doordat hij zonder verantwoordelijkheidsgevoel zijn financiën elders besteedt – en ook daar weten we meestal wel van – lijkt het mij gerechtvaardigd de hulp van een incassobureau in te roepen. Het te incasseren bedrag is dan meestal spoedig binnen.

De patiënt zoekt meestal een andere arts . . .

Rekeningen naar instellingen

Bij een aantal verrichtingen is het niet de patiënt zelf die de rekening krijgt, doch de instelling, werkgever, verzekeringsmaatschappij óf het ziekenfonds

ten laste waarvan of in wiens opdracht een patiënt zich laat keuren, onderzoeken of behandelen.

In dit geval komt de naam van de patiënt niet op de adresplaats te staan, doch links daarvan, onder het briefhoofd.

Op de adresplaats vermelden we de naam van de betalende instantie. Bij het alfabetisch opbergen van deze kwartaalrekeningen richten we ons dus niet naar de naam van de cliënt, doch naar de betalende instantie.

In de praktijk blijkt een aparte tabkaart *verzekeringen*, waarachter alle rekeningen voor de verzekeringsmaatschappijen alfabetisch worden opgeborgen, en een aparte tabkaart *ziekenfondsen*, met een overeenkomstige functie zeer goed te voldoen.

Rekeningen naar de S.V.B.

De Sociale Verzekerings Bank blijft in het gehele administratieve systeem een vreemde eend in de bijt.

Het minst omslachtig heeft mij nog steeds geleken om bij een S.V.B.-patiënt direct een ingevulde S.V.B.-rekening aan de patiëntenkaart te laten clipsen, die zolang blijft zitten tot de behandeling is afgelopen. De groene kaarten doen we in een klein bakje dat door 2 kartonnetjes in 3 vakjes is verdeeld: *betaald, rekening verzonden, rekening nog niet verzonden*.

De assistente bergt na een S.V.B.-verrichting de patiëntenkaart nooit eerder op dan nadat ze de gegevens van de patiëntenkaart heeft overgenomen op de S.V.B.-rekening.

Indien men het administratief bepalen van het einde der behandeling een niet geheel waterdichte zaak vindt en bang is bepaalde posten te vergeten, dan kan men dit probleem ondervangen door het plaatsen van een bepaalde kleur ruit op alle kaarten, waarop in een bepaald kwartaal een S.V.B.-verrichting gaande is of is geweest. Aan het einde van een kwartaal haalt de assistente alle kaarten met de bepaalde ruit uit de bak, zodat ze dan een volledig overzicht heeft, via de aangeclipste S.V.B.-rekeningen, welke rekening ze wel en welke ze nog niet kan versturen. Van alle patiënten waarvan de S.V.B.-rekening is verzonden wordt het groene kaartje verplaatst van het vakje *rekening nog niet verzonden* naar *rekening verzonden*.

Een slecht betalende patiënt

Mocht men bij een slecht betalende patiënt besluiten om deze een aanmaning te sturen, dan zal uiteraard de betreffende kwartaalrekening opnieuw moeten worden getypt.

Op het moederblad vermeldt men op het corresponderende 'scheurstrookje' achter eerste rappend: 10-7-1966.

De mogelijkheid blijft bestaan om ook de datum van verzending van een tweede rappel – en eventueel bij ‘vergeetachtige’ betalers – de datum van de inschakeling van een incassobureau op dit losse stukje aan te tekenen (achter het reeds voorgedrukte ze rapp. resp. inc.).

Het overzicht over de rekeningen, zowel de betaalde als de nog niet betaalde, is op deze manier ideaal.

De gespecificeerde rekening

Over het al of niet sturen van een rekening, waarop de verrichtingen gespecificeerd zijn aangetekend, lopen de meningen, zowel van de artsen als van de patiënten, nogal uiteen.

Bij een discussie over dit onderwerp blijken echter niet alle meningen evengoed gefundeerd.

Een niet gering aantal tegenstanders onder de huisartsen grondt zijn bezwaren op het feit, dat het sturen van een gespecificeerde rekening een tijd-rovende zaak is.

Zodra echter het sturen van een gespecificeerde rekening volgens het hiervoor gepropageerde systeem nog veel minder werk met zich mee blijkt te brengen dan het sturen van een conventionele ongespecificeerde rekening, met alleen een gezinstotaal erop, zijn vele aanvankelijke tegenstemmers gaarne bereid hun mening in positieve zin te wijzigen, onder het motto: ‘niet méér werk, dán akkoord.’

Andere artsen vinden de positie, de stand, de status van de arts dusdanig en kennen ook in financieel opzicht zoveel waarde toe aan de patiënt-arts relatie – die er één van vertrouwen moet zijn – dat zij het specificeren van een rekening als een inbreuk op dat vertrouwen zien.

Dezelfde artsen zullen van hun garagehouder waarschijnlijk geen rekening accepteren met alleen het totaalbedrag erop, maar zullen om een duidelijk gespecificeerde nota vragen.

Het valt volledig te verklaren, dat in een tijd met steeds zakelijker wordende intermenselijke verhoudingen onze patiënten eigenlijk ook graag van hun huisarts een gespecificeerde rekening zouden willen ontvangen, omdat ze deze zakelijke relatie los van de patiënt-arts relatie willen zien. Ook vroeger zullen er echter ongetwijfeld patiënten geweest zijn, die wel graag een gespecificeerde rekening wensten te ontvangen.

Ik zou als mijn mening willen geven, dat de efficiency van het hier beschreven systeem preferent is. Dat dit systeem bovendien toevalligerwijze specificatie van de rekeningen met zich meebrengt lijkt mij alleen maar toe te juichen.

De schrijver is er zich van bewust geweest, dat het sturen van een dergelijke nota, hoe gracieus ook bedrukt en ingevuld, een kouder en zakelijker

SCHEMA 2

*Vergelijking van het nieuwe systeem van rekeningen versturen
met een conventioneel systeem, dat veel wordt gebruikt,
met betrekking tot het aantal handelingen,
de hoeveelheid materiaal en de prijs per jaar*

Handelingen per jaar	Nieuw	Conventioneel
1. Typen of schrijven van namen en adressen van alle p.p. op part. lijst resp. op rekeningensets	1 ×	1 ×
2. Het schrijven van de specificaties op de part. lijst resp. op de rekeningensets	1 ×	1 ×
3. Het typen of schrijven van de namen en adressen op de kwartaalrekening	0 ×	4 ×
4. Het typen of schrijven van de specificaties op de kwartaalrekening	0 ×	4 ×
5. Het controleren van namen, adressen en specificaties van boek p.p. overgenomen op de kwartaalrekening	0 ×	4 ×
6. Het typen of schrijven van alle namen en adressen op de enveloppe	0 ×	4 × bij gebruik gesloten enveloppe en 0 × bij gebruik venster-enveloppe
<hr/>		
Materiaal per jaar		
7. Benodigde bladen A5-formaat	5	10 1 lijst part. pat. 4 kwartaalrekeningen 4 duplicaatrekeningen 1 carbon
<hr/>		
Prijs per jaar		
8. 1000 rekeningensets		
1000 vensterenveloppen	± f325,—	
hetgeen overeenkomt met 4000 conventionele kwartaalrekeningen + bijbehorende enveloppen		± f260,—

cachet draagt dan de vroeger zo maagdelijk blank aandoende rekening.

Hij aanvaardt dit echter in het besef, dat de tijdsbesparing bij dit systeem zeer aanzienlijk is, terwijl hij tevens de behoefte gevoelt te omschrijven waarvóór een bedrag wordt gevraagd.

Wel of geen adresseermachine

Zo op het eerste gezicht lijkt het aantrekkelijk om het jaarlijks typen van alle namen en adressen op de rekeningensets te vereenvoudigen door gebruik te maken van een adresseermachine.

Immers, door gebruik te maken van een adresseermachine met ponsplaatjes behoeft men later het adres niet weer te typen doch kan men eenvoudig vanaf het ponsstelsel het adres 'slaan'.

Tegenover dit voordeel staat echter een reeks uitgaven en handelingen die de balans in het nadeel van de adresseermachine laten doorslaan.

We noemen:

1. investering van een adresseermachine;
2. men moet het adres eerst typen en opsturen om later het ponsplaatje te kunnen ontvangen;
3. de investering van de ponsplaatjes;
4. de investering van het opbergsysteem voor de ponsplaatjes;
5. men moet steeds eerst het ponsplaatje pakken;
6. men moet de adresseermachine instellen;
7. daarna het adres slaan;
8. tenslotte het ponsplaatje weer opbergen;
9. bij adreswijziging moet eerst het ponsplaatje weer veranderd worden (zie 2).

Tijdwinst in de huisartsenpraktijk door een adresseermachine is bij het juist gepropageerde rekeningensysteem daarom niet te verwachten.

We mogen tenslotte ook niet vergeten, dat met het opsturen van de namen en adressen van onze patiënten aan de firma die de ponsplaatjes maakt, het beroepsgeheim in het gedrang komt.

Dit zelfde euvel doet zich voor indien we zouden besluiten het gehele proces van het adresseren der rekeningensets uit te besteden.

Berekening van het inkomen

Als toelichting op datgene wat in het hoofdstuk over de financiële post nog gezegd zal worden, zou ik hier even een zijsprongetje willen maken.

De financiële post heeft iets met onze financiële status te maken. Het brengt ons berichten over toename of afname van ons vermogen.

We hebben in onze praktijk een bepaald vermogen belegd. Dit vermogen kan positief of negatief zijn.

Een overzicht van het vermogen op een bepaalde datum noemt men een *balans* of een *vermogensopstelling*.

De vermogensopstelling hebben we telkenjare nodig om het *inkomen* te kunnen berekenen.

Omdat het belastingjaar parallel loopt aan het kalenderjaar, is het aan te bevelen op 31 december van ieder jaar de balans op te maken.

We kunnen het inkomen uit de praktijk namelijk berekenen door vergelijking van de vermogens op 1 januari en op 31 december van een bepaald jaar, rekening houdende met de in dat jaar opgenomen gelden voor privé-doeleinden.

Het verschil tussen onze *bezittingen* (activa) en onze *schulden* (passiva) geeft het in de praktijk belegde vermogen aan, eventueel het gehele vermogen, indien buiten de praktijk geen vermogensbestanddelen aanwezig zijn.

Onder *bezittingen* (activa) verstaat men:

vastgelegde middelen

huis

inventaris

instrumentarium

auto etc.

op min of meer langere termijn beschikbare middelen

spaarrekeningen

uitgeleende gelden

vorderingen (debiteuren)

direct beschikbare middelen (liquide middelen)

bank

giro

kas.

Onder *schulden* (passiva) verstaat men:

schulden op lange termijn

hypotheken

praktijkfinancieringen

langlopende andere leningen

direct opeisbare schulden

leveranciers (crediteuren).

Van de ons direct ter beschikking staande middelen (liquide middelen) hebben we slechts het gedeelte genaamd *kas* in huis.

Tot de uitgaven behoren vanzelfsprekend dié uitgaven, welke voor de huishouding, persoonlijke genoegens, vakantie, kleding, etc. worden gedaan. Al deze betalingen brengen we onder de verzamelnaam *privé* in onze boekhouding tot uitdrukking.

Terloops zij hier vermeld, dat we met *verteerbaar of consumptief inkomen* dát gedeelte van het inkomen bedoelen, dat wordt uitgegeven aan zaken, die we in onze boekhouding in de kolom *privé* boeken.

Om niet al te veel van deze *privé*-postjes in de boeken te krijgen, is het raadzaam om periodiek, bv. wekelijks of maandelijks, een vast bedrag voor verbruik op te nemen, hetzij uit de kas, hetzij van de bankrekening.

Het zal in de praktijk niet vaak voorkomen, dat dergelijke bedragen van de girorekening of van de spaarrekening worden gehaald.

Hoe deze opnamen worden besteed, of welke *privé*-betalingen daaruit worden gedaan, speelt voor onze administratie verder geen rol.

Daarnaast is het raadzaam een *praktijkkas* aan te houden, waarin alle ontvangsten en waaruit alle uitgaven worden gestort c.q. betaald. Zo mogelijk dient men alle betalingen door betalingsbescheiden te dekken, die dan in de *kasordner* worden opgeborgen.

De crediteurenrekeningen

Weer terug naar de betalen rekeningen (zie blz. 61). Nadat ze door de huisarts zijn geparafeerd worden ze alfabetisch opgeborgen in een stapelordner met één mechaniek, geëtiketteerd: TE BETALEN.

Nu en dan kijken we de inhoud van deze ordner door en gaan we ertoe over om deze rekeningen te betalen.

De meest gebruikelijke betalingsmethoden zijn die per *bank* of per *giro*. Bij uitzondering wordt echter ook wel eens per *kas* betaald.

Bij een betaling per *bank* neemt men een bankoverschrijvingsbiljet, officieel een bank-giroformulier genoemd, met twee aangehechte kopieestrookjes, dat moet worden ingevuld (zie schema 3, blz. 79).

Door middel van carbon drukt dit ingevulde door op de beide kopieblaadjes.

Het bank-giroformulier met de beide aangehechte kopieën gaat dan in een bank-enveloppe, die dichtgeplakt, geadresseerd en al dan niet van een postzegel voorzien, wordt gepost.

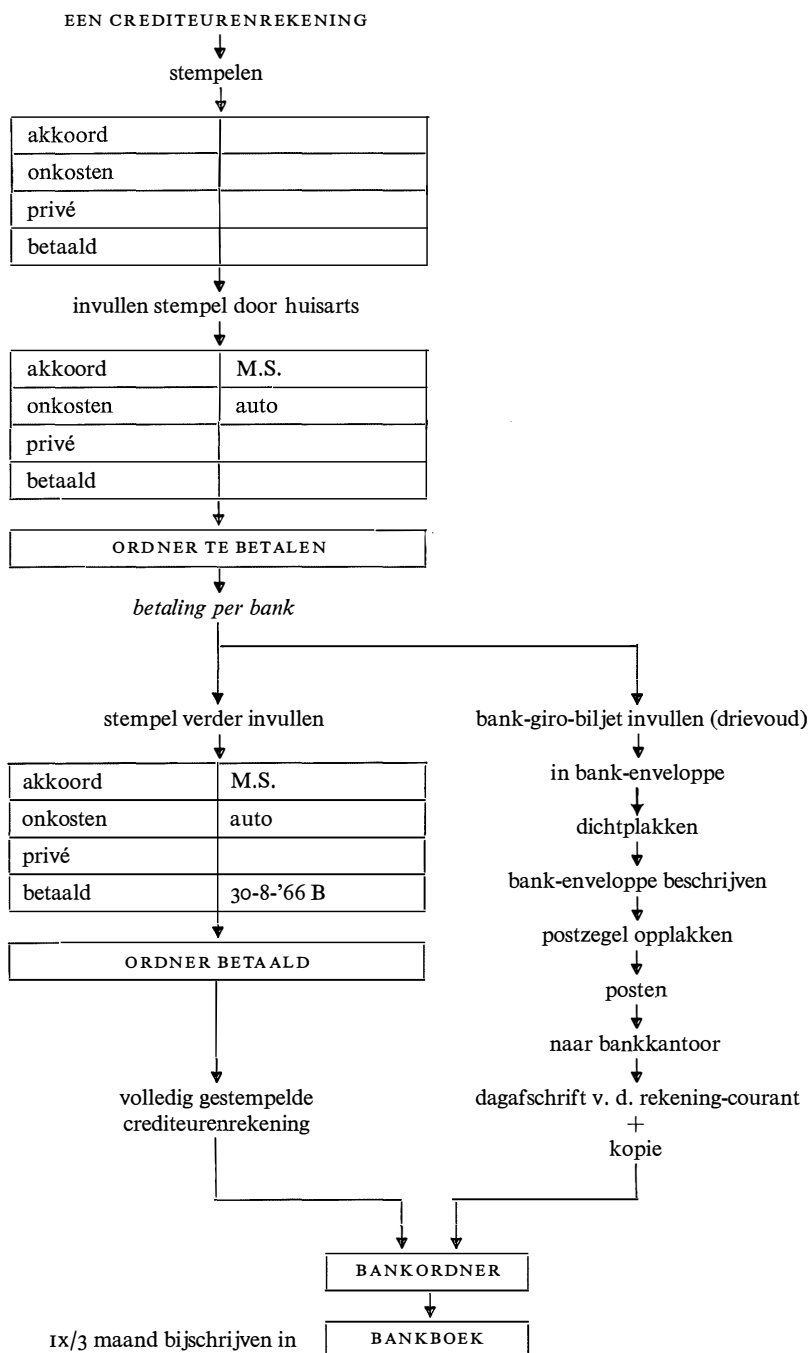
De crediteurenrekening wordt uit de ordner TE BETALEN gehaald. Op de crediteurenrekening vult men in: de datum en wijze van betaling.

(N.B.: Dit laatste zal in het hoofdstuk *het paraferen door de huisarts* op blz. 87 e.v. uitgebreid worden besproken.)

Daarna legt men de crediteurenrekening op alfabetische volgorde in de ordner BETAALD.

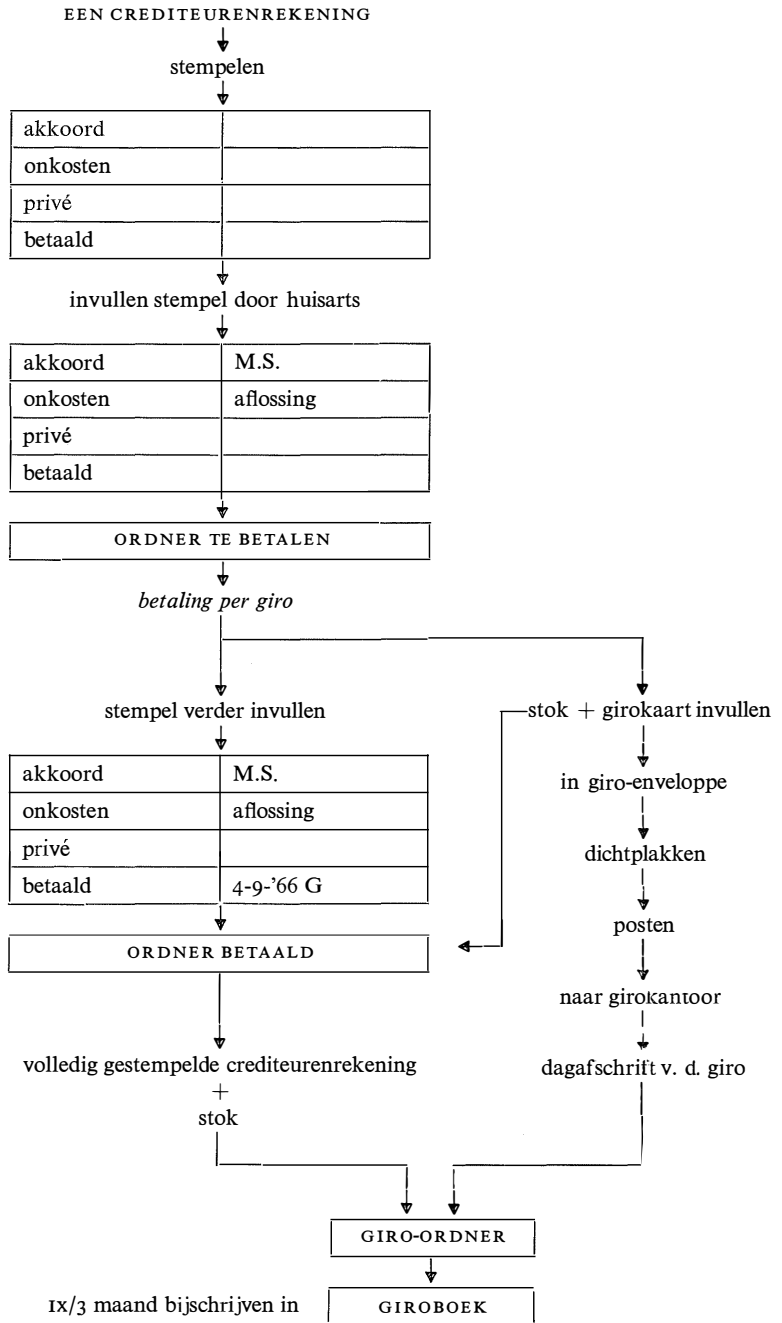
SCHEMA 3

Een crediteurenrekening betaald per bank



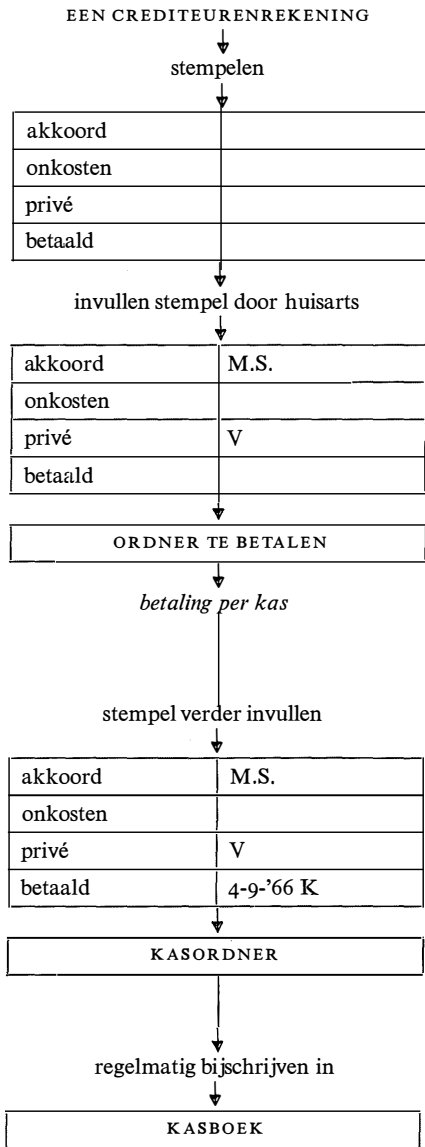
SCHEMA 4

Een crediteurenrekening betaald per giro



SCHEMA 5

Een crediteurenrekening betaald per kas



N.B. Nadat de stempel op de crediteurenrekening volledig is ingevuld, bergt men deze rechtstreeks in de KASORDNER zonder dus de tussenschakel, de ordner BETAALD, te passeren.

In de ordner BETAALD zitten immers die bescheiden, waarvan we wel opdracht tot betaling hebben gegeven, doch waarvan de bewijzen van afschrijving van bank- of girokantoor nog niet binnen zijn.

Betaalt men per *giro*, dan wordt een iets andere gang van zaken gevolgd.

Nu wordt de girokaart beschreven, echter eveneens het controlestrookje, (ook wel het stokbriefje genoemd) (zie schema 4, blz. 80).

De girokaart verdwijnt in de enveloppe, die dichtgeplakt en gepost wordt, terwijl het controlestrookje (stokbriefje) aan de crediteurenrekening wordt gehecht, waarna de crediteurenrekening alfabetisch in de ordner, geëtiketteerd: BETAALD, wordt opgeborgen.

Tenslotte een betaling per *kas*:

De kas wordt thuis bewaard en gebruikt voor de contante praktijkuitgaven (zie schema 5, blz. 81).

De betalingsbescheiden worden in de KASORDNER opgeborgen, nadat de datum en de wijze van betaling erop is ingevuld.

De bankfrekeningen

We hadden reeds opgemerkt, dat deze dagafschriften van de rekeningen-courant vergezeld gaan van de daarbij behorende souches van bij- en afschrijving.

Het bewijs van afschrijving

Men ontvangt van de bank een dagafschrift van de rekening-courant, waarop de afschrijving als gevolg van een eerder verrichte betaling per bank is vermeld.

Behalve dit dagafschrift van de rekening-courant ontvangt men tevens een souche van afschrijving, welke betrekking heeft op de betaalde crediteurenrekening.

De crediteurenrekening, waarop dit souche van afschrijving betrekking heeft, bevindt zich in de ordner BETAALD. Het nu ontvangen dagafschrift van de rekening-courant, wordt samen met het souche van afschrijving en de daarop betrekking hebbende crediteurenrekening opgeborgen in een stapelordner met één mechaniek geëtiketteerd: BANKORDNER.

In de bankordner bevinden zich dus rekeningen, die zijn betaald en administratief volledig zijn afgewerkt.

Vanuit deze bankordner worden alle posten in chronologische volgorde één keer per drie maanden bijgeschreven in een TABELLARISCH BANKBOEK. Aan de linkerkzijde (debetzijde) worden in dit boek de inkomsten, aan de rechterzijde (creditzijde) de uitgaven opgeschreven (schema 6, blz. 83).

Zowel inkomsten- als uitgavenzijde bevatten behalve een kolom voor het totaalbedrag een onderverdeling in diverse kolommen.

SCHEMA 6

De debetzijde van het bankboek

Totaal	Ziekenfonds	Particuliere Patiënten	Keuringen	Bevallingen	Controles	Waarneming	Inenting	Neven-betrekkingen	Van giro	Van kas	Van rente-spaar-rekening	Diversen
--------	-------------	------------------------	-----------	-------------	-----------	------------	----------	--------------------	----------	---------	--------------------------	----------

De debetzijde van het giroboek

Totaal	Ziekenfonds	Particuliere Patiënten	Keuringen	Bevallingen	Controles	Waarneming	Inenting	Neven-betrekkingen	S.V.B.	Terug autoschade	Diversen
--------	-------------	------------------------	-----------	-------------	-----------	------------	----------	--------------------	--------	------------------	----------

De debetzijde van het kasboek

Totaal	Particuliere Patiënten	Bevallingen	Keuringen	Van bank							Diversen
--------	------------------------	-------------	-----------	----------	--	--	--	--	--	--	----------

De creditzijde van het bankboek

Totaal	Praktijk onkosten	Privé uitgaven	Auto-onkosten	Verzeke-ringen	Aflossingen	Renten	Onkosten huis	Praktijk inventaris	Inkomsten belasting	Naar kas	Naar rentespaar-rekening	Diversen
--------	-------------------	----------------	---------------	----------------	-------------	--------	---------------	---------------------	---------------------	----------	--------------------------	----------

De creditzijde van het giroboek

Totaal	A.O.W.	Autoschade	Instrumen-tarium	Naar bank	Personele belasting						Diversen
--------	--------	------------	------------------	-----------	---------------------	--	--	--	--	--	----------

De creditzijde van het kasboek

Totaal	Praktijk onkosten	Privé	Autokosten	Naar bank							Diversen
--------	-------------------	-------	------------	-----------	--	--	--	--	--	--	----------

Aan de uitgavenkant vinden we bijvoorbeeld:

1. praktijkkosten
2. privé-uitgaven
3. auto-onkosten
4. verzekeringen
5. aflossingen
6. renten
7. onkosten huis
8. praktijkinventaris
9. inkomstenbelasting
10. naar kas
11. naar rente-spaarrekening (zg. kruisposten)
12. diversen.

Aangezien het aantal kolommen waarin men de uitgaven zou willen splitsen soms groter is dan het aantal dat men per creditbladzijde ter beschikking heeft (maximaal 12 kolommen), heeft het zijn nut om een aantal posten alleen via de bank en de rest

1. A.O.W.
2. autoschade
3. instrumentarium
4. naar bank (kruisposten)
5. personele belasting
6. diversen.

via de giro te betalen.

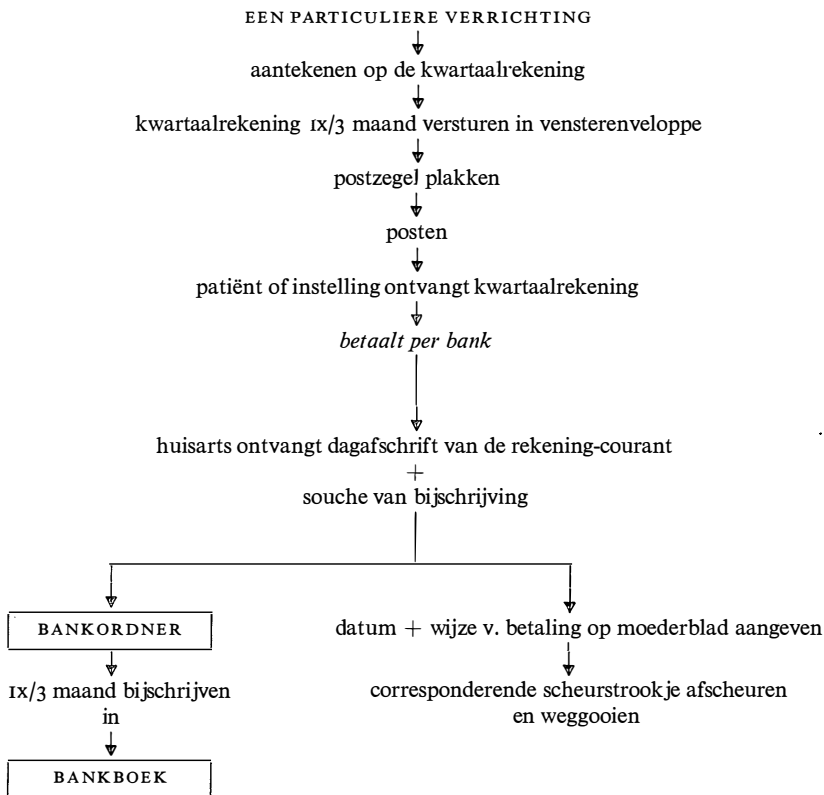
Het bewijs van bijschrijving

De bewijzen van bijschrijving van de bank zijn een gevolg van een eerder gestuurde nota naar een particuliere patiënt of een andere instelling.

Het bewijs van bijschrijving wordt samen met de eventuele ontvangen bewijzen van afschrijving en het dagafschrift van de rekening-courant in de bankordner met één mechaniek opgeborgen, zodat het bij het drie-maandelijks bijschrijven in het tabellarisch bankboek op chronologische volgorde ligt en behalve in de totaalkolom dus kan worden geboekt onder de verdeelkolom: Particuliere patiënten, Keuringen, etc.

SCHEMA 7

Een per bank ontvangen particuliere verrichting



Aan de debetzijde van dit bankboek vinden we bv. de volgende kolommen:

1. ziekenfonds
2. particuliere patiënten
3. keuringen
4. bevallingen
5. controles
6. waarnemingen
7. inentingen
8. nevenbetrekkingen
9. van giro
10. van rentespaarrekening
11. van kas
12. diversen.

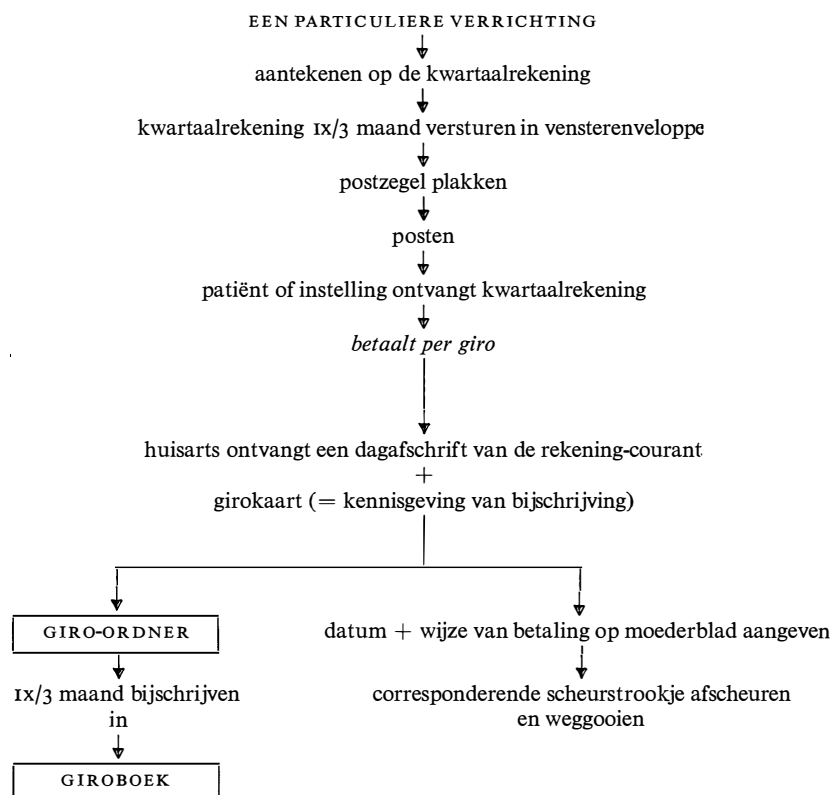
Op deze plaats moet nog wel even vermeld worden, dat bij het ontvangen van een bewijs van bijschrijving allereerst op het moederblad van de betreffende rekening – welke zich in de stapelordner met twee mechanieken ‘particuliere patiënten’ bevindt – de datum en de betaalwijze wordt aangekend en het corresponderende scheurstrookje wordt weggegooid, alvorens het bedrag in het bankboek wordt afgeboekt.

Deze gang van zaken werd in het hoofdstuk: Het uitschrijven van rekeningen, reeds uitgebreid beschreven (blz. 64, e.v.).

Bij de S.V.B.-betalingen laten we de corresponderende ‘groene S.V.B.-kaartjes’ verhuizen van het vakje *Rekening verzonden* naar *Betaald*.

SCHEMA 8

Een per giro ontvangen particuliere verrichting



De giro-afrekeningen

Dit verhaal is niet geheel identiek aan dat van de bankafrekeningen.

Ook hier staan op de dagstaat van de giro de *afschrijvingen* en *bijgeschrijvingen* aangegeven. Zo'n girodagstaat gaat in het geval van *een afschrijving* naar de GIRO-ORDNER. De corresponderende crediteurenrekening + het controle- of stokbriefje gaan vanuit de ordner BETAALD eveneens naar de GIRO-ORDNER (zie schema 4, blz. 80).

Eén keer per drie maanden wordt vanaf DE GIRO-ORDNER het geheel in chronologische volgorde bijgeschreven in het TABELLARISCHE GIROBOEK (zie schema 6, blz. 83).

Ook *de bewijzen van bijgeschrijving* komen in de GIRO-ORDNER. Tevens wordt weer op het moederblad in het desbetreffende vakje de datum en wijze van betaling ingevuld en wordt het corresponderende scheurstrookje verwijderd, alvorens de bijgeschrijving één keer per drie maanden in het TABELLARISCH GIROBOEK wordt afgeboekt (zie schema 8, blz. 86).

Doordat de tabellarische boeken zijn onderverdeeld in een groot aantal kolommen is het voor de huisarts niet zo'n moeilijke opgave van tijd tot tijd zijn 'bedrijfsresultaten' te analyseren (eventueel door zijn accountant te laten analyseren).

Het paraferen door de huisarts

Bij het paraferen door de huisarts is een kleine toelichting nodig, die eerst nú – nadat vrijwel de gehele financiële administratie besproken is – gegeven kan worden.

Bij de binnengekomen financiële post bevinden zich regelmatig een aantal rekeningen van leveranciers: de crediteurenrekeningen.

Deze crediteurenrekeningen worden dadelijk bij het sorteren van de post door de assistente van een stempel voorzien, dat er als volgt uitziet:

Akkoord	
Onkosten	
Privé	
Betaald	

De huisarts, die deze crediteurenrekeningen ter controle krijgt voorgelegd, zet bij akkoordbevinding zijn paraaf in het bovenste rechtse vakje. In de kolom daaronder, dus rechts van het vakje *onkosten* wordt aangegeven de kolom van één van de tabellarische boeken (bank, giro, kas), waarin het

bedrag van deze rekeningen later zal worden afgeboekt. Bij een rekening van de garage vermelden we dus achter het vakje *onkosten* níét: garage Jansen, maar: *auto-onkosten* (schema 6, blz. 83).

Bij een rekening van onze loodgieter, vermelden we achter het vakje *onkosten* níét: loodgieter Petersen, maar: *onderhoud huis*.

Betreft het een rekening die betrekking heeft op privé-uitgaven, dan zetten we achter het vakje *Privé* een aanwijzing, ten teken dat deze post in de privé-kolom geboekt moet worden.

De crediteurenrekening komt dus pas in de stapelordner TE BETALEN nadat het *akkoordvakje* én één van beide vakjes *onkosten* of *privé* is ingevuld.

Dus óf

akkoord	M.S.	–
onkosten	onderhoud huis	
privé		
betaald		

óf

akkoord	M.S.	
onkosten		
privé	v	
betaald		

Op het moment dat tot betaling van de crediteurenrekening wordt overgegaan, wordt in het stempelvlak achter het vakje *betaald* de datum en wijze van betaling ingevuld.

Dus bv.

akkoord	M.S.	
onkosten	praktijk	
privé		
betaald	27/8-'66 G	

De crediteurenrekening verhuist nu met aangehecht controlestrookje naar de ordner BETAALD en op het moment dat de afschrijving van dit bedrag van

de giro is binnengekomen, gaan rekening + aangehecht controlestrookje + bewijs van giro-afschrijving in de GIRO-ORDNER. Dit laatste werd reeds eerder besproken.

Wanneer de assistente elk kwartaal vanuit de GIRO-ORDNER het GIROBOEK bijschrijft, dan weet ze, zonder dit te hoeven navragen, in welke kolom ze deze posten moet boeken (zie schema 6, blz. 83).

De financiële set

Wanneer we het geheel van deze financieel-administratieve activiteiten overzien, dan blijkt hier dus een *Financiële set* aan te pas te komen, bestaande uit een serie stapelordners, welke van boven naar beneden als volgt zijn geëtiketteerd:

1. TE BETALEN (I mechaniek per doos)
 2. BETAALD (I idem)
 3. BANK (I idem)
 4. GIRO (I idem)
 5. KAS (I idem)
 6. REKENINGEN PARTICULIERE PATIËNTEN A t/m E
 7. idem F t/m J
 8. idem K t/m O
 9. idem P t/m T
 10. idem U t/m Z
- (de stapelordners 6 tot en met 10 hebben elk 2 mechanieken per doos).

Resumé

In de stapelordner TE BETALEN zitten die crediteurenrekeningen, waarvan op de stempel de vakjes *akkoord* en *onkosten* of de vakjes *akkoord* en *privé* zijn ingevuld.

In de stapelordner BETAALD zitten crediteurenrekeningen + eventueel aangeclijpst girostokbriefje, terwijl op de stempel behalve de bovengenoemde twee vakjes, tevens in het hokje *betaald* de datumen wijze van betaling zijn ingevuld.

In de stapelordner BANK zitten:

1. de dagafschriften van de rekening-courant.
2. de souches van bijschrijving via de bank van:
particuliere patiënten,
ziekenfondsen,
verzekeringsmaatschappijen,
andere instellingen.

3. souches van afschrijving via de bank, waaraan vastgeclipst de crediteurenrekening met volledig ingevulde stempel.

In de stapelordner GIRO zitten:

1. de dagstaten van de giro.
2. de kennisgevingen van bijschrijving van:
ziekenfondsen,
verzekeringsmaatschappijen en
andere instellingen.
3. de crediteurenrekeningen, met volledig ingevulde stempel, alsmede de aangeclipste giro-stokbriefjes.
4. de bewijzen van automatische giro-afschrijving.

In de stapelordner KAS zitten:

1. crediteurenrekeningen van per kas betaalde praktijkuitgaven met volledig ingevulde stempel,
2. aantekeningen van per kas ontvangen bedragen.

Tevens heeft men dus een drietal tabellarische boeken nodig genaamd:

BANKBOEK
GIROBOEK
KASBOEK.

Deze dienen behalve een totaalkolom minstens twaalf nevenkolommen te bevatten (zie schema 6, blz. 83).

Het is mogelijk deze drie boeken in één te krijgen, hetgeen uiteraard wel eens voordelen kan bieden, welke echter meestal niet opwegen tegen het bezwaar van de onhanteerbaarheid van het te dikke boek. Er wordt wel eens opgemerkt, dat het nog efficiënter zou zijn, alleen over een bank- en niet over een giroboek te beschikken. Mijns inziens is het publiek hier te weinig op ingeschoten en geeft dit aanleiding tot veel vergissingen. Een girorekening is namelijk niet nodig voor de arts, maar wel voor de patiënt, omdat die in de meeste gevallen niet gewend is per bank te betalen.

Het is waarschijnlijk opgevallen dat bij het geheel der bespreking van de behandeling der financiële post alléén **het paraferen** door de arts zelf gedaan moest worden, terwijl de gehele omvangrijke rest – het afwikkelen van deze financiële bescheiden, totdat alles afgewerkt en in diverse ordners is opgeborgen – volledig door de assistente, c.q. doktersvrouw, gedaan kan worden.

De financiële post is hiermede afgehandeld.

DE TIJDSCHRIFTEN, DE RECLAME BETREFFENDE GENEESMIDDELEN,
EN DE PRIVÉ-POST

Deze drie onderdelen zijn niet inbegrepen in een achturige werkdag.

Het lezen van medische tijdschriften en privé-post heeft een duidelijk relaxerend karakter, terwijl de inspanning tijdens het agressief verscheuren der reclame misschien ook een duidelijk ontspanningseffect teweegbrengt.

DE MONSTERS

De proefmonsters worden door de assistente van een datum voorzien en naar een goed *gerubriceerde monsterkast* gebracht (zie foto 23, blz. 92).

Door gebruik te maken van een zelf gemonteerde kast van plaatstaal, met verstelbare legplanken en verstelbare tussenschotjes, kan men op eenvoudige, doch zéér doeltreffende en goedkope wijze een degelijke monsterkast maken, welke men met de voorraad kan laten meegroeien. Door middel van een aantal getypte etiketjes of plakstrips van een lettertapemachine kan men de rubrieken (anabolica, analeptica, analgetica etc.) aanbrengen.

Eén keer per jaar kan de assistente of de arts de monsterkast eens doorlopen en alle verouderde monsters weggooien.

Men heeft bij het ontvangen van de monsters eigenlijk slechts de keuze uit twee mogelijkheden: men kan ze onmiddellijk weggooien óf ze bewaren in een gerubriceerde monsterkast.

De tussenvorm, het bewaren in grote dozen c.q. grote laden, brengt meestal met zich mee dat men teveel tijd kwijt is om het monster dat men zoekt vlot te kunnen vinden, zodat men na enige tijd geen monsters meer uitgeeft en het meestal blijft bij een zinloos opstapelen ervan; is de doos c.q. lade vol, dan worden ze weggegooid of weggegeven. Goed en gericht weggooien is essentieel! Veel artsen gaan gebukt onder de last van niet gebruikt en wel bewaard materiaal.

SCHEMA 9

Voorbeeld van rubricering van monsterkast

anabolica	analeptica	analgetica	antacida
antasthmatica	anthelmintica	anti-allergica	anti-biotica
anti-conceptica	anti-depressiva	anti-emetica	anti-haemorrhoida
anti-pruriginosa	anti-rheumatica	cardiotonica	chemotherapeutica
cholagoga	coronairverwijders	corticosteroiden	darm-antiseptica
diuretica	eczeem-zalven	enzympreparaten	hoestmiddelen
hormoonpreparaten	huidpoeders	huidzalven	hypertensiva
hypnotica	keel	laxantia	neus
oog	oor	roborantia	sédativa
spasmodica	spierrelaxantia	sulfapreparaten	tranquilizers
vaginaal tabletten	vasodilatatoren	vitaminen	ijzerpreparaten
verbandmiddelen	voedingspreparaten	diversen	



Foto 23. Een monsterkast.

SAMENVATTING VAN DE BINNENKOMENDE POST

De postset op het bureau van de huiskamer is nu leeg.

- De praktijkpost bevindt zich volgens onze besprekingthans in het vakje AFGEWERKTE POST + AFGEWERKT DICTAAT in de administratieset van de assistente (zie schema 1, blz. 60).
- De financiële post is volledig afgewerkt en ondergebracht in diverse ordners van de financiële set, tenminste als de arts 's morgens direct de parafering voor zijn rekening heeft genomen.
- De proefmonsters liggen met datum in de gerubriceerde monsterkast, terwijl de rest van de post, de tijdschriften, reclames en privé-post op de vrijetijdsbesteding wacht.

De huisarts heeft zich met de praktijkpost tot dusverre nog niet hoeven te bemoeien.

De financiële post is door hem na controle gerepareerd.

De behandeling van de proefmonsters is geheel door de assistente geregeld.

Tijdschriften, reclame en privé-post vallen buiten zijn werkschema.

We mogen dus concluderen dat het aandeel van de huisarts in de grote reeks handelingen, die in de vorige bladzijden werden besproken, handelingen die alle een gevolg waren van de impuls: *De binnenkomende post*, bijzonder bescheiden is geweest. Hij behoefde slechts de financiële stukken na akkoordbevinding te paraferen. Had hij dit 's morgens bijvoorbeeld niet gedaan dan liggen ook deze bescheiden op hem te wachten in het vakje van de administratieset geëtiketteerd AFGEWERKTE POST + AFGEWERKT DICTAAT.

Het hoofdstuk *de binnenkomende post* is hiermede afgehandeld.

2. DE BINNENKOMENDE TELEFOONTJES

Het is om praktische redenen van belang om een scheiding te maken tussen:

- telefoontjes, die binnenkomen in de werktijd van de huisarts,
- telefoontjes die komen op tijden, waarvan ik eigenlijk vind, dat zij buiten de normale werktijden vallen. We denken in dit geval vooral aan telefoontjes 's morgens tussen 6 en 8 uur ('dokter, ik was op weg naar mijn werken ik kan anders zo moeilijk bellen. Mijn vrouw heeft zo'n last van . . .'), aan telefoontjes in etentijd, bijvoorbeeld tussen 12 en 1 uur ('ik bel nu maar even, ik weet nu tenminste zeker dat U thuis bent'), aan telefoontjes 's avonds na 6 uur ('ik moest nog even een aanvraagformulier voor het ziekenfonds hebben'). Ook telefoontjes 's nachts vallen onder deze groep.

Ik ga er welbewust van uit, dat mijns inziens de huisarts een *absoluut* recht op rust c.q. ontspanning heeft buiten de normale werktijden. Dit wil natuurlijk niet zeggen, dat hij dan niet voor *spoedgevallen* bereikbaar zou zijn. *Hij is wel beschikbaar, doch alleen in noodzakelijke gevallen bereid te komen.*

Aangezien het niet mogelijk blijkt, zelfs in goed geleide praktijken, de patiënten in deze afdoende te instrueren en collectieve voorlichting van het publiek op dit punt praktisch volledig ontbreekt, zal elke individuele huisarts – uiteraard als hij dit standpunt deelt – de maatregelen zelf moeten nemen om zich deze rust te verschaffen.

Iedere huisarts moet voor zichzelf nagaan, of hij tijdens het aankleden, het scheren, de maaltijden of 's avonds wel of niet geregeld gestoord wil worden door telefonische oproepen.

Hij zal het systeem dat hij in gebruik neemt, moeten aanpassen aan zijn persoonlijke wensen. Geen enkele oplossing heeft uitsluitend voordelen. Iedere huisarts zal voor zichzelf moeten afwegen welke voor- en nadelen bepaalde oplossingen voor hem persoonlijk hebben. Hij zal een keuze moeten maken en de consequenties daarvan hebben te accepteren.

TELEFOONTJES BINNENKOMEND IN DE WERKTIJD

We bespreken eerst de telefoontjes, binnenkomende in de tijd, die als de normale werktijd (bijvoorbeeld van 8 tot 12 uur en van 13 tot 18 uur) wordt gezien.

We onderscheiden:

een telefonische aanvraag voor een visite

een telefonische aanvraag voor een spreekuur-afspraken

een patiënt belt om inlichtingen

een telefonische aanvraag voor een niet gemotiveerde naboodschap

een telefonische aanvraag voor een wel gemotiveerde naboodschap

een telefonische aanvraag voor een spoedboodschap.

Een telefonische aanvraag voor een visite

We gaan er vanuit, dat de assistente in eerste instantie alle binnenkomende telefoontjes aanneemt. Elk gesprek wordt genoteerd op een apart briefje, het zogenaamde TELEFOONBRIEFJE (zie foto 24, blz. 95).

Op een dergelijk briefje heeft men voorgedrukt een aantal belangrijke punten, die degene die de telefoon aanneemt, stimuleren tot het maken van aantekeningen.

Door de vaste stelregel in te voeren, dat ieder die de telefoon opneemt

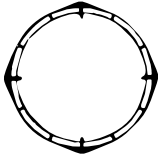
TELEFOON) NOTITIE BEZOEK		Aangenomen) door	
Aangenomen Ontvangen			
		Naam	
		Adres	
		Woonplaats	
		Telefoon no.	
Datum		Gesproken met	
Praktikas - Oostenwalde Fr. - Tel. 0 5160 - 2444	Onderwerp of bijzonderheden		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
Te behandelen door		Afgehandeld	
.....		Datum	
.....		Tijd	
.....		Paraaf	

Foto 24. Een telefoonbriefje.

verplicht is hiervan een aantekening te maken, gaat niet nodeloze tijd verloren in gesprekken zoals:

'Er heeft iemand voor je opgebeld.'

'Wie?'

'Ja, dat weet ik niet, hij heeft zijn naam niet genoemd. Hij had een wat noordelijk accent ...'

Van ieder die opbelt, wordt opgeschreven: de naam, eventueel adres, nummer waaronder men terug kan bellen en in bepaalde gevallen de tijd waarop iemand heeft opgebeld (foto 26a, blz. 107).

Er wordt aantekening gemaakt van de wens van de aanvrager en verder van datgene wat er van de arts wordt verlangd.

Deze telefoonbriefjes, welke zich aanvankelijk op een bloc van 100 stuks bevinden, worden, nadat ze beschreven zijn, op een pen geprikt en kunnen één voor één in een willekeurige volgorde worden afgewerkt.

Dit is ook één van de belangrijke voordelen boven het noteren van allerlei binnenkomende telefoontjes op één chronologische lijst. Men heeft dan beslist een minder goed overzicht van zaken, die wél en die niet bij elkaar horen.

Er bestaan in de handel voorgedrukte blocs met telefoonbriefjes. Ideaal zou natuurlijk zijn, indien alle huisartsen gezamenlijk een dergelijk briefje geheel naar eigen wensen zouden opstellen en dit centraal zouden laten drukken. Men zou dan voor hetzelfde geld, of wellicht zelfs voor minder, volledig aan de huisartsenpraktijk aangepaste telefoonbriefjes kunnen bezitten. Al met al lijkt het echter zeer onwaarschijnlijk, dat er een model te ontwerpen is dat ieder bevredigt. Dit alles geldt natuurlijk – doch dat is hier momenteel niet ter sprake – in even sterke of nog sterkere mate voor het te gebruiken kaartsysteem, de rekeningen etc. Enige uniformiteit op dit punt zou de communicatie tussen de verschillende huisartsenpraktijken ten zeerste vergemakkelijken (uitwisselen van patiëntgegevens bij verhuizing etc.).

In het hoofdstuk, waar wordt gesproken over de maatregelen ter bevordering van de efficiency door de huisartsen als collectiviteit, kom ik op deze problemen nader terug (blz. 173, e.v.).

We gaan nu even van de veronderstelling uit, dat er een telefonische aanvraag voor een visite binnenkomt.

De assistente neemt als regel de telefoon aan en schrijft op het telefoonbriefje:

De Heer Jansen
Azaleastraat 12
19-3-'66 V. (= visite)

Aangezien deze aanvraag voor een visite binnen de vastgestelde tijd (8–9 uur) is binnengekomen, wordt de tijd niet aangetekend.

Dit telefoonbriefje verhuist nu van het telefoonbloc naar een prikken, welke zich eveneens op het bureau bevindt.

Op het moment dat er op dit telefoontje gereageerd moet worden, pakt de assistente dit briefje tezamen met andere reeds ingevulde telefoonbriefjes

van de prikpen, zoekt er de aanvragen voor een visite uit en haalt dan aan de hand van de inmiddels alfabetisch gelegde telefoonbriefjes, de corresponderende patiëntenkaarten uit de kaartenbak.

Daarna sorteert ze deze kaarten tot een *voorlopige route*.

Aangezien het praktijkgebied in verband met de verderop te bespreken *semafoon* is verdeeld in 5 gebieden c.q. wijken, is het voor de assistente reeds mogelijk, de kaarten volgens wijk te sorteren.

Ik neem bij deze gang van zaken stilzwijgend aan, dat de meeste huisartsen hun dagelijkse visite-route volgens hetzelfde stramien rijden, dus van wijk 1 naar wijk 2, dan naar wijk 3 etc.

De kaarten van de dié dag af te leggen visites liggen dus op een provisorische route en worden thans klaar gezet om door de huisarts te worden meegenomen tijdens zijn visite-rijden.

Het pak met kaarten wordt door hem meegenomen in de auto, op route gesorteerd – een bezigheid van een halve minuut – en gelegd in een *routebak* welke 2 vakken bevat:

het bovenste genaamd: TE BEZOEKEN

het onderste genaamd: BEZOCHT.

De kaarten komen nu uiteraard in het bovenste vak TE BEZOEKEN terecht.

Het visite-rijden

De te gebruiken auto

Mijns inziens dient men voor het visite-rijden een op de praktijk afgestemde auto te gebruiken, die in de eerste plaats klein moet zijn, handig manoeuvreerbaar en te berijden met zo weinig mogelijk handelingen.

Hieruit volgt, dat men het zal moeten zoeken in de kleine auto's met automatische versnelling.

Tot voor kort voldeed alleen het merk 'Daffodil' aan deze eisen.

De laatste tijd zijn er echter ook andere fabrieken, waaronder 'Austin' en 'Fiat', die hun kleine wagens tegen meerprijs met een automatische transmissie uitrusten.

Aangezien vele artsen de wenkbrauwen zullen fronsen bij het zien propageren van de automatische versnelling, citeer ik nog even een passage uit een hoofdartikel van het A.N.W.B.-weekblad 'De Autokampioen':

Het woord automatisch moge een typisch woord zijn dat misschien hier en daar ter wille van de commerce lichtelijk misbruikt wordt, een feit is, dat de automatisering van talrijke gebruiksartikelen niet alleen het gemak van

de mens dient, maar ook de kans op menselijke fouten in grote mate reduceert.

In dit licht bezien is het hoogst verwonderlijk, dat nog zoveel automobilisten, getuige hun uitlatingen, duidelijk afwijzend staan tegenover een automatische transmissie.

Zelf schakelen, zo stellen zij, is een onmisbaar onderdeel van echt autorijden. Een automatische versnellingsbak is voor de stumpers, die de feeling en de sportieve instelling missen om pook of stuurhandle goed te hanteren.

Het is ons nog altijd een raadsel wat voor sportiefs er in het zelf schakelen van een auto schuilt. Zoals wij ook in gebreke moeten blijven, als het erom gaat de bewering te ondersteunen, als zou de goede automobilist sneller en beter schakelen dan een automaat dit doet.

Waarom, zo kan men vragen, volgt de racewereld dan met zulke intense belangstelling de Daf-experimenten met een *variomatic* in een racewagen.

Want als iemand goed en snel kan schakelen is het wel de autocoureur.

Maar we hebben ook automobilisten ontmoet, wier kundigheid en ervaring buiten kijf zijn, die ronduit toegeven, dat ze het nooit tegen een goede automaat kunnen opnemen en die even grif erkennen, dat zo'n automaat in het huidige intensieve verkeer een uitkomst is, omdat hij de bestuurder de gelegenheid verschaft, zich nog beter op zijn belangrijkste taak, het sturen, te kunnen concentreren.

Het feit, dat steeds meer fabrieken modellen met een automatische transmissie, al dan niet als extra uitbrengen, is een onmiskenbare aanduiding, dat het aantal zó denkende automobilisten een stijgende lijn vertoont'.

Tot zover het commentaar van de A.N.W.B.-deskundigen.

Ik zou hier nog een paar opmerkingen aan willen toevoegen.

Schakelen, precies op het juiste moment, ten einde zo goed mogelijk van de overbrengingsverhouding te profiteren, is tijdens een wedstrijd of rally een sportieve prestatie.

Het lijkt me echter het toppunt van onsportiviteit, om het huis-tuin-en-keukenschakelen tijdens het visite-rijden reeds tot iets sportiefs te verheffen.

Uiteraard vraagt het schakelen wel enige arbeid. Uit sportief oogpunt bekeken echter volkomen onproductieve arbeid, waarmee noch één enkele spier reëel geoefend noch de geest wordt gescherpt, omdat vrijwel iedere automobilist 'met zijn ruggemerg' schakelt.

Velen zullen zich niet realiseren, dat men per vijf minuten autorijden in de stad (buiten de spitsuren) in een 4-versnellingsauto \pm 46 keerschakelt.

Ik ben er een groot voorstander van deze nodeloze handelingen achterwege te laten, zeker nu een zeer goede praktijkauto – die volledig aan deze

wensen voldoet – als nationaal produkt wordt geleverd. Aan alle eisen namelijk die men aan een praktijkauto zou mogen stellen:

- klein,
- handig manoeuvreerbaar,
- zo weinig mogelijk overbodige handelingen tijdens het rijden,
- goedkoop in aanschaf,
- redelijke algemene prestaties,
- snel accellererend op de eerste 50 meter,
- laag benzineverbruik,
- uitstekende garantiebepalingen,

valt zonder meer te voldoen.

In onze tijd, waarin er jaarlijks bij de meeste autofabrieken volledig nieuwe modellen van de band lopen, welke zowel qua uiterlijk, bedienbaarheid, motorvermogen e.d. volkomen verschillend zijn van hun voorgangers, waar grote automobiel-concerns plotseling de produktie staken (Borgward, Studebaker), is het een hachelijke zaak om een bepaald automerk aan te prijzen.

Op grond van een jarenlange ervaring en zonder enige commerciële bijbedoeling, zou ik toch willen stellen, dat de Daf-fabrieken met hun 750cc Daffodil een auto op de markt brengen, die voor huisartsen, vooral in het stadsverkeer, maar ook op het platteland in mulle zandwegen e.d., als een bijzonder aantrekkelijke praktijkauto moet worden beschouwd.

Bij een recente vergelijking door deskundigen van de A.N.W.B. van vier wagens onder de f 5000,— (Daffodil, Simca 1000, Fiat 850, en Volkswagen 1200) kon men in de samenvatting lezen dat de Daffodil een bijzonder geschikte wagen was voor het stadsverkeer.

Ik kom nu tot een belangrijk punt in deze bespreking van het visite-rijden, nl.: HET GESCHIKT MAKEN VAN DE PRAKTIJKWAGEN VOOR HET VISITE-RIJDEN.

Het bevestigen van de routebak

De routebak dient op de plaats naast de bestuurder bevestigd te worden, dusdanig, dat de kaarten in horizontale stand komen te liggen. De bak moet zodanig bevestigd worden, dat hij in één handomdraai is weg te nemen, zodat de zitting voor een medepassagier kan worden gebruikt, terwijl de bak tijdens het rijden niet mag verschuiven en van de bovenste kaart slechts de naam van de patiënt zichtbaar is.

Zonder het maken van enige kosten is dit op een zeer eenvoudige wijze te realiseren. Ik besef, dat met het beschrijven van het volgende huishoudelijke onderdeel, de pure wetenschap, welke men in een dissertatie doorgaans verwacht, wel enigszins op de achtergrond wordt gedrongen, doch overweeg tevens, dat het aan de andere kant vaak de bijzonder eenvoudige,

doch onbekende hulpmiddelen zijn, nodig om een bepaald doel te bereiken, die beslissen, of een bepaalde methode wordt gevolgd of niet.

Ik zal daarom nu de methode beschrijven om de routebak in de auto te bevestigen.

Men neemt een stevig stuk elastiek van ± 80 cm lengte en laat hier aan het einde een knoop en aan het andere einde een knoopsgat maken. De knoop wordt dusdanig aan het elastiek genaaid, dat tussen knoop en elastiek een ruimte blijft, verbonden door het garen, van ± 3 mm.

Dit elastiek doet men om de rugleuning naast de bestuurdersplaats, waarna men de einden aan elkaar knoopt, zodanig, dat de knoop in het 'lumbale' gedeelte van de rugleuning komt. Vervolgens nemen we twee stapelbakjes, van voldoende grootte om de kaarten te kunnen bevatten en plaatsen die op elkaar op de zitplaats naast de bestuurder. De bakjes rusten met hun rugleuning tegen de rugleuning van de bank, zodat de kaarten horizontaal in deze bakjes komen te liggen. In het midden van de achterwand van het horizontaal geplaatste bovenste bakje wordt nu vanaf de bovenrand een verticaal gleufje aangebracht van ± 1 cm lengte en 2 mm breedte. Indien men nu de draad tussen knoop en elastiek laat glijden in het gleufje, dan zal de routebak dus via knoop en elastiek verbonden zijn met de autozetel en tijdens het rijden praktisch niet meer verglijden. Toch kan men de bakjes met één handgreep losmaken, indien de passagiersplaats voor personenvervoer benut moet worden.

Het gebruik van een auto-dicteerapparaat

Het is de bedoeling, de bevindingen tijdens onze visites niet op te schrijven, of te trachten ze te onthouden, doch deze te dicteren via een dicteerapparaat, aangebracht in onze auto.

Deze dicteerapparaten zijn de laatste jaren in toenemende mate in de handel (foto 25, blz. 101).

Vooraf handig zijn de kleine dicteerapparaatjes, waarbij de band is opgeborgen in een gesloten cassette-systeem. De dicteertijd is meestal twee keer een half uur tot vijfenveertig minuten.

Deze dicteerapparaten werken vol-getransistoreerd op batterijen.

Ze kunnen echter via een speciale slede in de auto op de accu en tevens, bij gebruik binnenshuis, via een netvoedingsapparaat op het lichtnet worden aangesloten, zodat het stroomverbruik via de batterijen dan eigenlijk tot nul wordt gereduceerd.

Aan het dicteerapparaat, dat in de slede de grootte heeft van een kleine autoradio, zit een losse microfoon via een snoer met stekker verbonden. De microfoon wordt op de zonneklep van de auto geclipst, op de plaats van de bestuurder.



Foto 25. Een auto-dicteerapparaat met cassette.

Het is nu zeer eenvoudig om tijdens het autorijden in deze microfoon te spreken, zonder dat men zijn aandacht voor de weg behoeft te verslappen en zonder dat men zijn ogen van het verkeer behoeft af te wenden.

Degene, die meent dat hiermede de veiligheid van het verkeer meer dan nodig in gevaar wordt gebracht, zou ik willen voorhouden, dat niemand er aanstoot aan neemt, dat men tijdens het rijden met een medepassagier een redelijk gesprek voert.

Wiedit desondanks als een bezwaar blijft voelen, kan eerst dicteren en dan rijden.

In het algemeen behoeft men – direct nadat men van een visite in de auto is teruggekeerd – slechts één regel op de kaart te dicteren, hetgeen per keer niet meer dan hooguit vijftien seconden in beslag neemt. In deze tijd heeft men nauwelijks honderd meter gereden.

Dit dicteren zou ongeveer op de volgende wijze kunnen gaan :

de heer Jansen; op twaalf augustus een visite; pneumonie; therapie: bedrust, penicilline; revisie: maandag acht. (zie blz. 51).

Bij het dicteren van brieven e.d. is de dicteertijd uiteraard langer.

Het wordt duidelijk, dat de communicatie huisarts-assistente voor een groot deel via de cassette van het dicteerapparaat verloopt.

Alle aanwijzingen, opdrachten, welke men de assistente zou willen geven, moet men anders eerst ergens aantekenen en dit later mondeling of schriftelijk overdragen. Dit kost veel extra tijd en geheugenwerk. Verdere voordelen zijn:

1. dicteren gaat veel vlugger dan schrijven;
2. er zijn minder handelingen voor nodig;
3. de gehele administratie, voortvloeiende uit het visite-rijden, kan *zonder tijdsverlies* (men moet immers deze tijd tóch in de auto doorbrengen) in de daarvoor ingerichte praktijkauto worden afgehandeld.

De semafoon

Hierop komen we op blz. 109 nog terug.

Na het beëindigen van de route neemt men, bij huis aangekomen, de kaarten der bezochte patiënten uit de routebak (vak: BEZOCHT) alsmede de cassette uit het dicteerapparaat (zie schema 10, blz. 103).

De kaarten liggen in dezelfde volgorde als waarin gedicteerd is, zodat de assistente in chronologische volgorde de kaarten kan beschrijven.

Beiden, het pakje kaarten en de cassette, deponeert men bij de assistente in de administratieset in het vakje: DICTAAT.

Tevens legt men in dit vakje het receptenblok, bevattende de kopieën van de die dag uitgeschreven recepten.

De assistente beschikt tevens over een cassette-dicteerapparaat.

Zij werkt het dictaat uit:

- de kaarten worden beschreven,
- de eventuele brieven worden getypt,
- verwijfskaarten worden getypt,
- de kopie-recepten in de bijbehorende kaart gedaan,
- dieetbriefjes etc. worden klaargelegd,
- diverse andere gedicteerde opdrachten worden uitgevoerd.

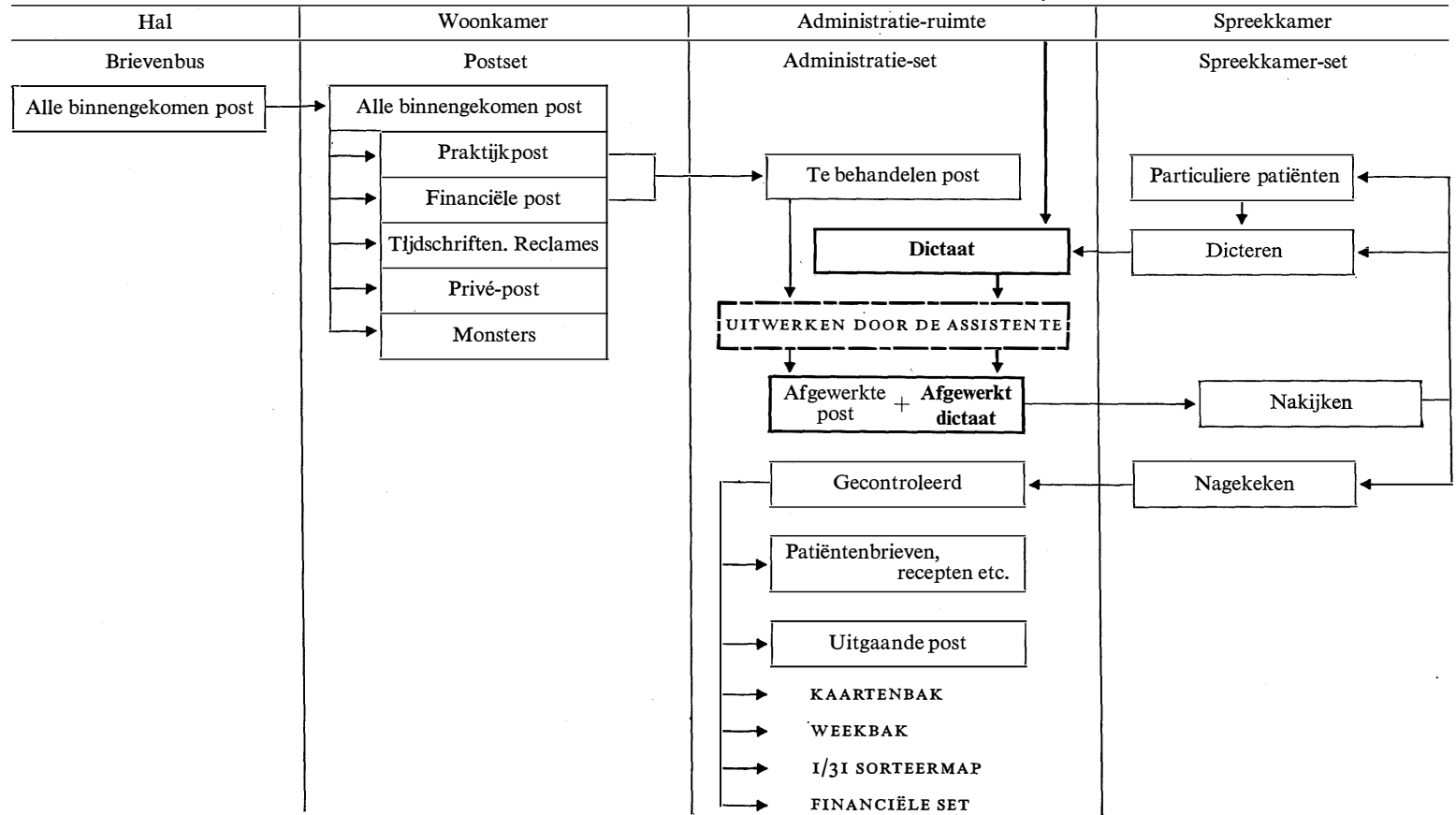
Het gehele stapeltje, beschreven kaarten + eventuele brieven etc. verhuist nu één vakje lager in de administratieve set naar het vakje: AFGEWERKT DICTAAT.

Zoals de lezer zich misschien zal herinneren, bevinden zich in dit vakje ook de reeds opgezochte kaarten, waarop de binnengekomen post is ingeschreven (blz. 61).

SCHEMA IO

De weg van het autodictaat
(vetgedrukt gedeelte)

Auto
↓
Auto-cassette-dicteerapparaat
↓
dicteren
↓



De tweede auto

Hier is ook reeds het moment gekomen om te pleiten voor een tweede auto. Deze tweede auto dient aangepast te zijn aan de weekend- en vakantie-eisen van het gezin.

Hoewel het houden van twee auto's uiteraard een financieel onvoordeliger zaak is dan het berijden van één, staan hier toch wel veel *voordelen* tegenover:

1. de praktijkauto kan geheel aan de eisen van de praktijk aangepast worden;
2. de praktijkauto is nu te allen tijde beschikbaar;
3. de praktijkauto is fiscaal voor 100 % aftrekbaar, indien men de privé-auto voor 100 % in het privé-vermogen opneemt;
4. een kleine praktijkauto is enkele duizenden guldens goedkoper dan een wagen uit de middenklasse, die ook in de weekends en in de vakanties moet worden gebruikt;
5. indien de echtgenote ook chauffeert is een tweede auto een door haar bijzonder gewaardeerde aanvulling. Het feit, dat de doktersvrouw zich snel even kan verplaatsen en minder aan de praktijk is gebonden, komt haar instelling ten opzichte van deze praktijk ten goede, hetgeen indirect het gezins- en huwelijksleven bevordert;
6. men kan nu als vakantie- c.q. weekendwagen, een royale, desnoods tweedehandswagen nemen. Voor vierduizend gulden (uitgaande van de maatstaven van het najaar 1966) beschikt men over een royale representatieve en nog zeer degelijke tweedehands Amerikaanse auto. Aangezien men reeds voor vijfduizend gulden een aardige praktijkauto kan kopen met automatische transmissie (bv. een Daffodil), beschikt men voor een bedrag, dat men anders aan één auto uit de middenklasse uitgeeft, thans over twee auto's met bovengenoemde voordelen;
7. bij reparatie, schade e.d. behoeft men het niet zonder auto te stellen, of één te huren, doch heeft men ogenblikkelijk de privéwagen ter beschikking. Op dat moment ontdekt men wel het beste hoe onhandig het visite-rijden met een grotere wagen eigenlijk is.

We moeten de volgende *nadelen* bij het gebruik van twee auto's noemen:

1. het onderhoud van twee auto's is duurder dan van één. Hoewel het benzinegebruik per kilometer gemiddeld ongeveer gelijk is (een kleine wagen gebruikt minder, een grote wagen méér dan een wagen uit de middenklasse), zal men toch merken, dat er bij het gebruik van twee auto's meer kilometers worden gereden, voornamelijk ook, doordat de echtgenote nu de tweede wagen intensiever benut;

2. daarnaast zit men uiteraard met dubbele verzekeringen, dubbele wegenbelasting etc. en bestaan er t.a.v. de grote auto geen fiscale faciliteiten;
3. tenslotte is de gezinsauto niet een echte damesauto. Aan de 'three car family', hetgeen in Amerika momenteel wordt gepropageerd, zijn we hier nog niet toe.

Resumerende zou ik willen vaststellen, dat de voordelen voor het gebruik van twee auto's lang niet alle in geld zijn uit te drukken en in ieder geval ruimschoots opwegen tegen de overigens bescheiden financiële nadelen, die aan deze ogenschijnlijke luxe verbonden zijn.

Een telefonische aanvraag voor een spreekuur-afspraak

De assistente, die zoals gezegd, in principe altijd de telefoon aanneemt, boekt deze spreekuur-afspraken in het PATIËNTEN-AFSPRAAKBOEK. Deze boeken worden jaarlijks door de pharmaceutische industrie aangeboden (zie foto 26b, blz. 107).

Het is gebleken zinvol te zijn om voor alle herhalingsconsulten (dit is $\frac{2}{3}$ van het totaal), voortvloeiende uit het spreekuurbezoek, een afspraak te maken ná het spreekuur, waardoor men in het eerste uur zoveel mogelijk nieuwe gevallen krijgt te zien.

Daarnaast is het gewenst alle nieuwe patiënten die het spreekuur willen bezoeken, via aanduidingen in de wachtkamer te stimuleren tot het maken van een telefonische afspraak voor het spreekuur.

Een systeem, waarbij men een half uur na het beëindigen van het officiële spreekuur begint met zijn afspraken en dan bv. één patiënt per zes tot tien minuten (naar eigen keuze) afspreekt, blijkt bijzonder zinvol te zijn.

Landelijke onderzoeken spreken van een behandelingstijd van \pm zes minuten per patiënt op het spreekuur bij de huidige gang van zaken.

Een patiënt belt om inlichtingen

Het is van belang gebleken, de praktijk op zachte wijze te dirigeren in de richting van een bepaalde tijdsperiode waarin men om praktische redenen telefonische inlichtingen aan patiënten wil verschaffen, bv. 's morgens van negen tot tien, of 's middags van twee tot drie, of 's avonds van half acht tot acht uur, etc.

Behalve in dringende gevallen verbindt de assistente dus niet door naar de misschien op dat moment aanwezige huisarts, doch verwijst zij naar zo'n speciaal uur, of vraagt naar het telefoonnummer, waarop men de patiënt kan terugbellen.

Een gedeelte van de inlichtingen kan de assistente zelf al geven, terwijl ze

bij andere verzoeken de nodige voorbereidende werkzaamheden kan verrichten.

Laten we eens een aantal praktische *voorbeelden* nemen:

1. 'Is er al bericht van de specialist?'

De assistente pakt de betreffende patiëntenkaart uit de kaartenbak en maakt, als er nog geen bericht is, een nieuwe telefoonafpraak met de patiënt.

Is er wel bericht, dan verwijst ze de patiënt naar het bovenvermelde inlichtingenuur en legt ze de kaart op het spreekkamerbureau met aangeclipst telefoonbriefje.

Men zou eventueel een bakje kunnen reserveren, waarin de kaarten komen van patiënten, die dié dag nog zullen bellen.

2. 'Wil de dokter wel een recept klaarleggen?'

De assistente pakt de patiëntenkaart uit de kaartenbak, schrijft in de kolom *datum* de datum, in de kolom V/C/T een T, clipst dan het telefoonbriefje, vermeldende de klachten waarvoor het recept gevraagd wordt, aan de patiëntenkaart en deponeert die in een bakje in de spreekkamer geëtiketteerd: NAKIJKEN.

(De huisarts heeft in de spreekkamer bij zijn bureau een set van vier stapelbakjes, de *spreekkamerset* genaamd, waarvan één bakje het etiket NAKIJKEN draagt).

3. 'Kan ik wel een herhaling krijgen van die paarse tabletten, die ik begin van dit jaar ook gehad heb voor mijn rugpijn?'

Behalve het telefoonbriefje wordt nu ook het betreffende kopie-recept buiten aan de patiëntenkaart geclipst, welke weer in het eerder genoemde bakje van de spreekkamerset: NAKIJKEN wordt gedeponeerd.

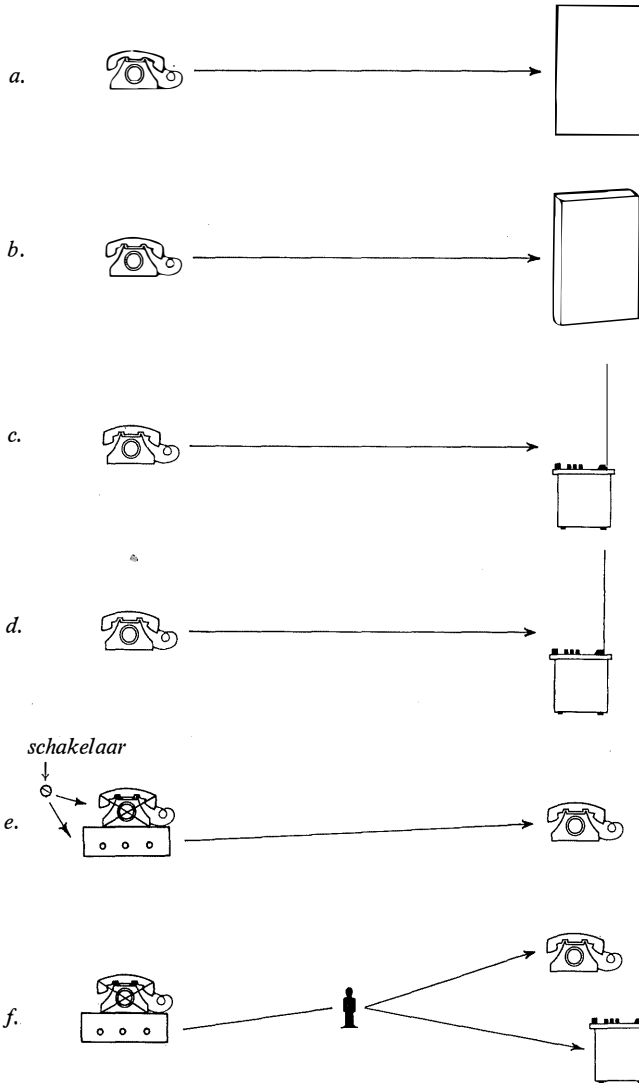
Telefoontjes, waarin om een niet gemotiveerde naboodschap wordt gevraagd

Meestal blijkt, dat men zich niet aan de vastgestelde tijd voor het aanvragen van een visite heeft gehouden, om geheel persoonlijke redenen, die geenszins verband houden met een plotselinge verergering van de ziekte van de patiënt voor wie men belt.

Dergelijke boodschappen worden door de assistente, zo vaak als mogelijk, geboekt voor de volgende dag, waarbij de aanvrager tevens, overigens in vriendelijke bewoordingen, te horen krijgt, op welke tijden men verwacht, dat visites telefonisch worden aangevraagd.

Met het laten beoordelen door de assistente of een aanvraag voor een naboodschap al dan niet gemotiveerd is, wordt bewust een zeker risico ge-

Foto 26.



- a. Een telefonische aanvraag voor een visite (telefoon + telefoonbriefje).
- b. Een telefonische aanvraag voor een spreekuur-afspraak (telefoon + afspraakboek).
- c. Een telefonische aanvraag voor een gemotiveerde naboodschap (telefoon + semafoon code 1 tot en met 5).
- d. Een telefonische aanvraag voor een spoedvisite (telefoon + semafoon code 6).
- e. Een telefonische aanvraag buiten de werktijd. Het telefoon-antwoordapparaat verwijst voor spoedgevallen naar de tweede telefoon.
- f. Een telefonische aanvraag in het weekend. Het telefoon-antwoordapparaat verwijst naar de waarnemer die in dringende gevallen via de tweede telefoon - of indien de arts niet thuis is via de semafoon code nr. 6 - contact kan opnemen.

accepteerd. Wie geen risico wil accepteren kan geen huisartsengeneeskunde bij 3000 patiënten bedrijven en toch om zes uur 's avonds klaar zijn.

Gevallen, welke door de assistente niet zonder meer als ongemotiveerd kunnen worden betiteld, worden verwezen naar het inlichtingenuur, waarin de huisarts degene die belt zelf te woord staat en dan alsnog kan bekijken of hij in dit geval al dan niet een visite wil afleggen op diezelfde dag.

Hoe minder toegeeflijk men op dit punt is, hoe meer men er een vaste gewoonte van maakt om iedere patiënt die ongemotiveerd te laat belt, dit vriendelijk, doch daardoor niet minder beslist onder ogen te brengen en de daad bij het woord voegt door de visite voor de volgende dag te boeken, des te meer bemerkt men, dat de patiënt hier wel terdege nota van neemt en probeert zich te richten naar de vastgestelde tijden.

De houding, die men aanneemt op het moment, dat de patiënt al dan niet bewust op onredelijke tijden onze hulp inroept, is in sterke mate bepalend voor de gang van zaken in de praktijk.

Het werkt animerend op de patiënten indien hun huisarts hen 's avonds om zeven uur in alle vriendelijkheid ontvangt. Indien men, figuurlijk gesproken, 365 dagen per jaar 1 mm van zijn ingenomen standpunt verliest, betekent dit na één jaar een teruggang van 365 mm.

In de meeste gevallen – en dit is waarschijnlijk ook wel het beste – fungeert de assistente of echtgenote als buffer tussen arts en patiënt. Van het al dan niet elegant functioneren van deze bufferwerking, hangt een groot gedeelte van de goodwill af, die men bij zijn patiënten heeft. 'C'est le ton qui fait la musique'.

Telefoontjes, waarin om een gemotiveerde naboodschap wordt gevraagd

Geheel anders liggen de zaken echter, wanneer er een gemotiveerde naboodschap binnenkomt.

Het is dan van belang de huisarts te kunnen bereiken op zijn route. Het meest eenvoudige ware natuurlijk indien hij een mobilfoon in zijn auto zou hebben, waardoor hij, op de momenten dat hij in zijn auto verblijft, constant telefonisch bereikbaar zou zijn.

Aangezien een dergelijk apparaat echter nogal hoge abonnementskosten met zich meebrengt (\pm duizend gulden per jaar) en tevens het nadeel biedt, dat het gebonden aan de auto, dus niet transportabel is, – zodat men een aanvraag niet merkt als men bij een patiënt binnen is, – wegen de hoge kosten meestal niet op tegen het profijt dat men ervan trekt. Het combineren van een mobilfoon met een semafoon biedt een zeer goede, doch tevens zeer kostbare oplossing, welke waarschijnlijk slechts gekozen zal worden door huisartsen met zeer speciale eisen op dit punt.

De semafoon

De semafoon is een bijzonder type radio-ontvanger, die slechts reageert op één zéér specifiek signaal. Dit toestel wordt tegen een abonnementstarief van f576,— per jaar (volledig aftrekbaar voor de belasting) aan een abonnee in huur gegeven (zie foto 27 en 27a, blz. 110).

De semafoon maakt deel uit van het openbare landelijke semafoonstelsel van de P.T.T.

Tot dit stelsel behoren enkele onderling gekoppelde semafoonzenders, die gezamenlijk het hele land bestrijken en onder een bepaald nummer zijn aangesloten op het openbare telefoonnet.

Met elk normaal telefoontoestel kan bovengenoemd nummer (als het ware het kengetal dus) op de gebruikelijke wijze worden gekozen.

Na het kengetal te hebben gedraaid, is men aangesloten op het semafoonstelsel.

Draait men vervolgens het nummer van de gewenste semafoonontvanger (het oproepnummer dus), dan verspreiden de zenders een signaal, waarop slechts die éne ontvanger reageert met een korte fluittoon.

Door direct na het oproepnummer nog een cijfer tussen één en zes te draaien, gaan bovendien op de geactiveerde semafoonontvanger één of twee van de drie aanwezige codelampjes branden, waardoor zes mogelijkheden worden geschapen.

De interpretatie van de cijfercode is volkomen individueel en kan op elk moment door de abonnee en zijn relaties worden vastgesteld of gewijzigd. De aanvrager(-ster), die na het kengetal het oproepnummer + de cijfercode heeft gedraaid, hoort, analoog aan het draaien van het tijdsignaal, een 'metalen' stem die zegt: 'Semafoonaanvraag geaccepteerd'.

De aanvrager(-ster), meestal de assistente of echtgenote van de huisarts, kan dan rustig de hoorn weer op de haak leggen, in de wetenschap, dat nu binnen één minuut de bedoelde semafoonontvanger wordt geactiveerd, zijn fluittoon uitzendt en onmiddellijk daarna één of twee lampjes laat branden, welke de cijfercode overbrengen.

De drie lampjes op de semafoon zijn genummerd: 1, 2 en 4.

Brandt alleen cijfer 1, dan is het laatst gedraaide cijfer dus een 1 geweest.

Brandt lampje 2, dan was het laatst gedraaide nummer een 2.

Branden de lampjes 1 + 2, dan was het laatst gedraaide cijfer een 3.

Draait men als laatste cijfer een 4, dan brandt lampje 4.

Draait men een 5, dan branden de lampjes 1 + 4 en

draait men een 6 dan branden de lampjes 2 + 4.

De semafoonontvanger kan zonder meer overal in Nederland en nog ruimschoots daarbuiten, worden gebruikt.

In de auto kan men een speciale slede met slot laten monteren, waarin

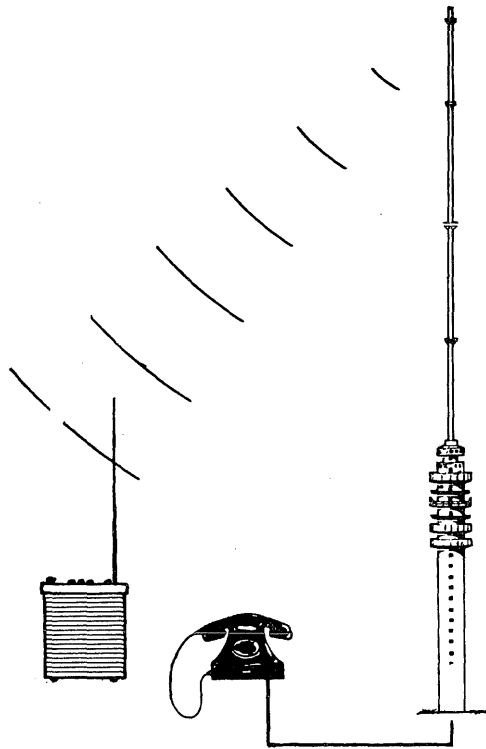


Foto 27. Een semafoonzender

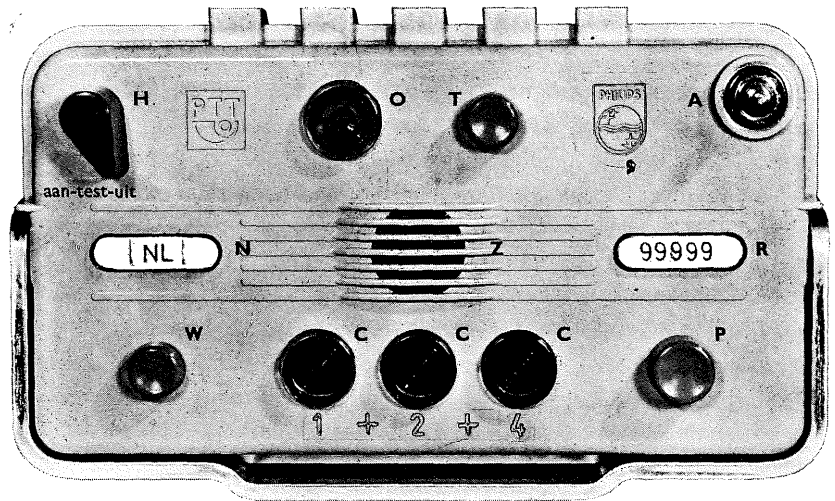


Foto 27a. Een semafoonontvanger, frontaanzicht.

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| C | Codelampje, drie stuks | H | Hoofdschakelaar met drie standen |
| W | Wistoets | O | Ontvangst- en batterijtestlampje |
| P | Papierklem | T | Testtoets |
| N | Nationaliteitskenmerk | A | Antenne, uitrekbaar tot ca. 1 m |
| R | Registratienummer (niet oproepnummer) | Z | Zoemer |

men de semafoonontvanger kan schuiven en daarna vergrendelen, gelijk een auto-radio.

De voeding geschiedt dan via de auto-accu.

Een speciale spriet op de auto fungeert als antenne.

Echter ook binnenshuis en op allerlei andere plaatsen, waar men telefonisch niet bereikbaar is en niet de beschikking heeft over elektriciteit, kan de semafoon worden gebruikt door middel van ingebouwde batterijen.

Een uittrekbare antenne, evenals bij een normale auto-radio, maakt het toestel ook dan paraat.

Begeven wij ons nu weer terug naar de huisarts, bezig aan zijn visites, terwijl er thuis een *gemotiveerde naboodschap* wordt ontvangen.

Zoals al eerder was vermeld, hadden we het praktijkgebied ingedeeld in vijf regionen 1 t/m 5 (zie blz. 97).

Wanneer de naboodschap een visite betekende in wijk 1, dan gaat er nu vanuit het doktershuis een semafoonaanvraag uit, waarvan het laatste nummer een 1 is.

Gesteld, dat het kengetal van het semafoonsysteem 01234 en dat het nummer van de bedoelde semafoon 5678 is, dan wordt nu in het doktershuis de telefoon gepakt en het volgende nummer gedraaid: 01234 en na het horen van de kiestoon: 5678-1 (foto 26c, blz. 107).

Binnen één minuut gaat er nu in de auto van de visite-rijdende huisarts een korte hoge fluittoon klinken en direct daarna licht lampje nummer 1 op.

De huisarts, indien op dat moment in zijn auto aanwezig, weet dan: er is nog een visite bijgekomen in wijk 1.

Is hij niet in zijn auto, doch op dat moment bij een patiënt thuis, dan hoort hij uiteraard niet de fluittoon, doch wel ziet hij bij zijn terugkomst het lampje nummer 1 nog branden. Een geactiveerd lampje blijft nl. branden totdat men het via een speciale drukknop op de semafoon doet doven.

Indien hij nog in het begin van zijn route was, dan kan hij via een telefoontje in een openbare telefooncel of bij zijn 'eerstvolgende patiënt met telefoon' gewaar worden welke naboodschap er is binnengekomen.

Was er in dit geval niet code 1, maar bv. code 5 uitgezonden, ten teken dat er een naboodschap was aan het einde van zijn route, dan zou hij dus niet het rijden hoeven te onderbreken om in een telefooncel te gaan bellen, doch zou hij kunnen volstaan met te wachten tot hij een patiënt met telefoon heeft getroffen, waar altijd wel even gebeld kan worden. Hij dient wel het lampje weer te doven om de semafoon in staat te stellen een nieuwe oproep te kunnen ontvangen.

De *voordelen* van dit systeem zijn duidelijk.

Men behoeft nooit zijn route thuis achter te laten en kan de echtgenote of assistente het vervelende werk besparen om, via allerlei patiënten met tele-

foon, die in de route liggen, te trachten aan de weet te komen waar haar man c.q. baas zich op dit moment bevindt.

Ook behoeft men nooit onderweg naar huis te bellen 'of er nog iets is'.

Binnen één minuut nadat de naboodschap in het doktershuis is binnengekomen, kan de arts hiervan op de hoogte zijn.

Misschien nog sprekender is het nut van de semafoon wanneer het gaat om een spoedboodschap.

Een telefonische aanvraag om een spoedvisite

Indien in het doktershuis een spoedboodschap wordt ontvangen, wordt onmiddellijk een semafoonaanvraag met codenummer 6 de deur uitgestuurd (foto 26*d*, blz. 107).

Indien in de auto de lampjes 2 + 4 (dus code 6) gaan branden, is dit het teken, dat er onmiddellijk naar huis moet worden gebeld.

Iedereen kent die gevallen, waarbij er ergens acuut een arts nodig is en waarbij het vaak blijkt, dat de betreffende huisarts niet zo snel kan worden opgespoord. Allerlei andere artsen worden dan door huisgenoten en burens van de patiënt in paniek gealarmeerd, niet zelden met het resultaat, dat na enige tijd meerdere artsen tegelijk of vlak na elkaar op de stoep staan.

Met het gebruik van een semafoon is men à la minute bereikbaar. De doktersvrouw of assistente kan de bezorgde huisgenoot direct geruststellen met de mededeling dat de huisarts zeer snel aanwezig zal zijn. Het bellen van andere huisartsen door huisgenoten en burens wordt hiermede meestal vermeden.

Het behoeft geen betoog, dat dit niet alleen voor de arts zelf, doch vooral ook voor de echtgenote en assistente een bijzonder rustgevende omstandigheid is. Het is dan ook niet zelden, dat de semafoon door de echtgenote en assistente nog meer op prijs wordt gesteld dan door de arts zelf. Geeft het de arts, zijn echtgenote en de assistente een rustig gevoel, voor de patiënt kan deze snelle bereikbaarheid in principe levensreddend zijn.

Hoewel er ongetwijfeld een aantal zaken zijn, die zich als spoedgevallen aandienen maar bij nadere beschouwing toch niet zo spoedeisend blijken te zijn, zijn er aan de andere kant toch zeker aandoeningen waarbij de patiënt er bijzonder mee is gebaat, dat de arts zo snel mogelijk aanwezig is.

Ik denk in dit verband aan een hartinfarct, stuipen bij kinderen, een abortus met heftige bloeding en verder een onverwachts, zeer snel verlopende partus. Uiteraard is dit rijtje nog met veel voorbeelden aan te vullen.

Het is nauwelijks een publiek geheim, dat in vele grote steden op bepaalde uren van de dag (kwart na elf tot kwart na twaalf; half vijf tot half zes 's middags) slechts na zeer veel moeite een huisarts, ik schrijf met opzet *een* huisarts i.p.v. *de* huisarts, te bereiken is.

Het is niet de taak van de schrijver na te gaan, in hoeverre dit nadelige gevolgen heeft gehad, maar dat het tot medisch bijzonder ongewenste situaties kan leiden, die ongunstig zijn voor de relatie patiënten-huisartsen, behoeft geen betoog.

Indien dit een onvermijdelijke toestand zou zijn, of een situatie, die slechts met vele persoonlijke offers kon worden opgelost, zou ik waarschijnlijk één der eersten zijn om ervoor te pleiten, ons niet met nog meer werk te belasten, desnoods ten koste van een aantal onvolkomenheden in de geneeskundige verzorging onzer patiënten. (Men leze er hoofdstuk II, 6 – blz. 28 – nog eens op na).

Maar het gaat hier om een bedrag van ruim *f*4,— netto per week (bruto ruim *f*11,—; aftrekbaar), waarvoor men in het bezit van een semafoon komt en waardoor men waar nodig met grote spoed medische hulp kan verlenen.

Men mag dan ook aannemen, dat het geen financiële bezwaren zijn, die remmend werken. Eerder is er onbekendheid met de bovenbeschreven apparatuur en ook een zekere drempelvrees, die overwonnen moet worden, om technische apparatuur in ons vak in te voeren. In dit opzicht hebben onze collegae-specialisten een wat meer geavanceerde visie.

Het leek mij onnodig om via een dramatische casuïstiek het nut van de semafoon verder te bewijzen.

De gevallen waar minuten over het 'to be or not to be' beslissen zijn gelukkig weinig talrijk, zeker dié gevallen, waarin de snelle komst van de huisarts deze 'question' in positieve zin doet beantwoorden.

Vrijwel iedere huisarts met enige ervaring zal bij een objectieve terugblik op zijn loopbaan op dit punt zijn eigen casuïstiek kunnen vermelden en waarschijnlijk eveneens van mening zijn, dat het in principe belangrijk geacht moet worden, dat iedere huisarts vierentwintig uur per dag snel bereikbaar is voor spoedgevallen.

Een huisarts, die weigert een telefoon aan te schaffen, wordt door de afdelingsraad ongetwijfeld beschuldigd van gedragingen die het vertrouwen in de medische stand ondermijnen.

Hoewel ik zeker niet zo ver zou willen gaan om dié artsen die geen semafoon hebben, bij voorbaat medisch strafbaar te stellen (er zijn immers vele andere regelingen te treffen om snel bereikbaar te zijn), zou ik het de afdelingsraad niet kwalijk nemen, indien zij de huisarts, gedagvaard op een aanklacht van zijn patiënt, die meent medische schade te hebben onderzonden, omdat hij op zijn duidelijke spoedoproep niet tijdig aanwezig was, zou berispen – uiteraard indien de klacht gegrond was – voor het feit, dat hij niet voldoende gebruik had gemaakt van de technische mogelijkheden, die hij in alle redelijkheid wel had kunnen benutten.

Ik weeg nu de *voor-* en *nadelen* van het gebruik van een semafoon nog eens tegen elkaar af.

Voordelen van de semafoon:

1. Binnen enkele minuten bereikbaar voor spoedgevallen.
2. Men behoeft geen routelijst achter te laten.
3. Een rustig gevoel voor echtgenote, assistente, huisarts en patiënt.
4. Royale tijdwinst door efficiënter in te lassen naboodschappen.
5. Tijdens vrije weekends en avonden niet meer aan de telefoon gekluisterd voor bevallingen, doch via de waarnemer oproepbaar op plaatsen waar geen telefoon is.
6. Abonnementkosten van f 576,— per jaar zijn volledig aftrekbaar (fiscus betaalt $\pm 60\%$).
7. De kosten van een semafoonoproep zijn gering, nl. gelijk aan een lokaal telefoongesprek.

Nadelen van de semafoon:

1. Indien men vergeten heeft zijn semafoonontvanger in te schakelen, wordt een semafoonaanvraag wel normaal centraal geaccepteerd. De aanvragende instantie wordt dus niet gewaarschuwd, dat de ontvanger niet werkt en verkeert in de mening, dat de boodschap normaal wordt ontvangen.
2. Bij gebruik in de auto wordt de stroom geleverd door de auto-accu via een zekering. Indien men 's morgens de werking van de semafoon heeft gecontroleerd en in orde bevonden en de zekering tien minuten later stuk gaat, is er niets dat de gebruiker waarschuwt, dat er niet ontvangen wordt. Dat dit tot onaangename situaties kan leiden heeft de schrijver ondervonden, toen hij een bevalling miste ten gevolge van het niet bereikbaar zijn. Het moet technisch mogelijk zijn, via een controlelampje of iets dergelijks te worden gewaarschuwd voor een defecte zekering en voor alle andere gevallen, waarbij kortere of langere tijd niet wordt ontvangen.
3. Indien men bij zonnig weer met open dak rijdt, is het bijzonder moeilijk te zien of er één of meer lampjes branden, hetgeen tot verlate reacties kan leiden. Door een andere kleur lampjes lijkt dit probleem eenvoudig op te lossen. Het zou voor de huisarts, die veelvuldig zijn auto verlaat en daardoor vaak het kort durende akoestische signaal mist, van belang zijn, indien dit akoestische signaal bleef aanhouden totdat het door de gebruiker werd afgezet.

4. Het staat alleen éénrichtingsverkeer toe. Voor overleg dient men zich steeds te begeven naar een plaats van waaruit getelefoneerd kan worden.

Concluderend zou ik willen stellen, dat de semafoon een overwegend betrouwbaar, bijzonder nuttig, snelwerkend communicatiemiddel is, waaraan nog enkele schoonheidsfoutjes kleven. De voordelen wegen echter m.i. ruimschoots op tegen de nadelen.

BINNENKOMENDE TELEFOONTJES BUITEN DE WERKTIJD

Tot nu toe heb ik steeds die telefoontjes besproken, welke binnenkwamen in de als zodanig gekenschetste 'werktijd' van de arts.

Wat gebeurt er nu met telefoontjes binnenkomend op een moment, dat men hier eigenlijk minder goed voor gedisponeerd is.

Ik denk hier, het is reeds eerder vermeld, aan de mensen, die 's morgens tussen zes en acht bellen, omdat ze het dan, naar hun werk gaande, zo gemakkelijk vinden om even een visite door te geven.

Ik denk aan allerlei telefoontjes in het uur, dat men zich 's middags heeft uitgezocht om te gaan eten, aan al die telefoontjes die 's avonds binnenkomen en waarvan de meesten zonder enig bezwaar in de normale werktijd waren af te handelen.

Hier is het moment gekomen om de gedachte van een tweede praktijktelefoon te introduceren.

Een tweede praktijktelefoon

Hoewel P.T.T. ons tegenwoordig moeizaam bedeeft met tweede aansluitingen, gezien de grote achterstanden bij dit staatsapparaat, lukt het toch na een vrij lange wachttijd wel zo'n tweede telefoonaansluiting te krijgen.

Men krijgt dan een tweede telefoon op zijn bureau in de huiskamer met een nieuw en geheim nummer. Geheim nummer wil eigenlijk alleen zeggen, dat het niet in de gids wordt vermeld.

In de komende bladzijden zal ik trachten duidelijk te maken, hoe een tweede praktijktelefoon ons kan helpen het aantal telefoontjes na werktijd tot redelijke proporties terug te brengen.

Een telefoon-antwoordapparaat

Ik ga er van uit, dat men tevens beschikt over een telefoon-antwoordapparaat, een apparaat dus, dat in staat is om, indien men wordt gebeld, een bepaalde boodschap uit te zenden, waar de aanvrager al dan niet zijn voordeel mee kan doen.

We gaan nu dit antwoordapparaat voorzien van een speciale tekst, die we op een bandje van ons dicteerapparaat constant bij de hand hebben. Deze tekst kan ongeveer als volgt luiden:

‘U bent thans verbonden met het automatisch antwoordapparaat van dokter A. Hier volgt een mededeling voor U. U wordt vriendelijk verzocht aanvragen voor een visite- of spreekuurafpraak op te geven ’s morgens tussen acht en negen. Wilt U de dokter persoonlijk spreken, belt U dan even tussen twee en drie uur. Voor écht spoedeisende gevallen is dokter A. bereikbaar op telefoonnummer 23456. Dit is het einde van deze automatisch uitgezonden mededeling’.

Indien we nu op de eerder genoemde momenten, waarop we slecht gedisponeerd zijn, van de normale praktijktelefoon overschakelen naar het antwoordapparaat en dit deze tekst laten uitzenden, dan blijft men voor spoedgevallen te allen tijde bereikbaar op het tweede telefoonnummer, terwijl alle minder urgente gevallen door dit antwoordapparaat worden afgekappt en naar beter passende tijden worden verwezen.

Wanneer men de tekst vriendelijk houdt, de patiënten vriendelijk verzoekt etc., dan blijkt het, dat slechts weinig patiënten zich gekwetst voelen. De grote meerderheid besluit inderdaad om even te wachten tot de opgegeven tijden (foto 26e, blz. 107).

Indien een enkeling het zonder spoedeisende mededeling waagt via de tweede telefoon te bellen, dan behoort hem bijzonder duidelijk aan zijn verstand te worden gebracht, dat dit nummer alléén voor spoedeisende gevallen is.

Op dit punt mag men m.i. beslist bijzonder kort en streng zijn.

Slechts diegene, die weet wat het betekent om ’s morgens tijdens het scheren niet onophoudelijk telefonisch te worden lastig gevallen, die kans ziet om ongestoord te kunnen eten en die ’s avonds niet constant voor allerlei onbenulligheden naar de telefoon wordt geroepen, slechts die begrijpt, van welk een enorm voordeel deze tweede praktijktelefoon is.

Geaccepteerd wordt, dat patiënten die deze huisregels niet wensen, een huisarts zoeken, die wel aan hun wensen wil voldoen. Dit bevordert, dat patiënten met bepaalde gedragspatronen bij de bijpassende huisarts terechtkomen.

Ik zou deze uiteenzetting nog eens als volgt willen samenvatten:

Buiten de werktijden rinkelt de praktijktelefoon in het doktershuis voor twee groepen van zaken:

1. zaken, welke geen spoedeisend karakter dragen en die evengoed in de werkuren konden worden afgehandeld,
2. spoedgevallen.

De eerste worden doeltreffend te woord gestaan door het automatisch antwoordapparaat, terwijl de spoedgevallen via de tweede praktijktelefoon altijd hun huisarts kunnen bereiken.

De voordelen van het telefoon-antwoordapparaat:

1. het is een service voor de patiënten:
zij krijgen altijd direct gehoor,
zij vernemen wanneer men terugkomt en
waar men eventueel telefonisch bereikbaar is;
2. het apparaat geeft altijd precies de tekst weer zoals men die zelf wenst, hetgeen vergissingen uitsluit;
3. P.T.T. kan op verzoek de aansluiting dusdanig maken, dat op het moment, dat het telefoon-antwoordapparaat wordt ingeschakeld de telefoonbel niet meer overgaat. Hierdoor wordt bereikt, dat het onrust verwekkende telefoongerinkel vervalt;
4. buiten werktijd kan het de eerste praktijktelefoon vervangen en vele niet urgente zaken dirigeren naar daarvoor passende tijden;
5. het kan voor spoedgevallen verwijzen naar de tweede praktijktelefoon.

De voordelen van een tweede praktijktelefoon (een aparte 'geheime' netlijn): het vangt de nadelen van het telefoon-antwoordapparaat op, nl. door:

- het bereikbaar blijven voor spoedgevallen, bevallingen etc. via de tekst op het telefoon-antwoordapparaat.
- het bereikbaar blijven voor de waarnemer, familie, vrienden en kennissen.

BINNENKOMENDE TELEFOONTJES TIJDENS HET WEEKEND

Het is tijdens een weekend waarin men zelf geen dienst heeft het meest elegant om patiënten, die trachten te bellen via het automatisch antwoordapparaat te verwijzen naar de dienstdoende arts.

De tekst zou dan ongeveer als volgt kunnen luiden:

'U bent verbonden met het automatisch antwoordapparaat van dokter A. Hier volgt een mededeling voor U. De weekenddienst, welke loopt van 's zaterdagsmorgens negen uur tot 's maandagsmorgens acht uur, wordt dit weekend waargenomen door dokter B., Zonstraat 12, telefoonnummer 34567. U kunt dus tot maandagmorgen acht uur voor spoedgevallen bellen dokter B., Zonstraat 12, telefoonnummer 34567. Dit is het einde van deze automatisch uitgezonden mededeling.'

Het is bijzonder plezierig, dat men dan voor deze waarnemer en tevens voor familie, vrienden en kennissen, alsmede voor eventuele bevallingen,

welke men toch meestal zelf wil doen, bereikbaar blijft via de tweede praktijktelefoon.

Is men met het gezin zo'n weekend niet thuis en ook niet telefonisch bereikbaar, dan kan de waarnemer, indien men dit van te voren afspreekt, bij een bepaald spoedgeval of bevalling toch altijd nog via de semafoon code nr. zes duidelijk maken dat hij gaarne zo spoedig mogelijk wil worden gebeld (foto 26f, blz. 107).

Het onderdeel *de binnenkomende telefoontjes* is hiermede afgehandeld. Behoefde de huisarts van alle werkzaamheden besproken in het hoofdstuk *de binnenkomende post* alleen maar de financiële post na akkoordbevinding te paraferen en kon hij de gehele omvangrijke rest van de afwerking der binnengekomen post aan zijn assistente overlaten, bij de werkzaamheden besproken in dit hoofdstuk *de binnenkomende telefoontjes* worden van hem wel iets grotere inspanningen en ook meer tijd geëist. Hij heeft moeten autorijden, een activiteit, die in de gemiddelde praktijk van 3000 zielen ongeveer twee uur in beslag neemt. Hij moest patiënten bezoeken, hetgeen nog eens \pm twee uren tijd vergt.

De werkzaamheden in dit hoofdstuk vragen van de huisarts bij benadering een uur of vier aan tijd.

Alle andere zaken in dit hoofdstuk besproken, worden óf door de assistente afgewerkt, óf kunnen in de auto worden verricht (het dicteren), óf worden door apparatuur overgenomen (een telefoon-antwoordapparaat).

3. DE BINNENKOMENDE PATIËNTEN

We willen beginnen met een tweetal indelingen te maken.

1. naar het doel van het bezoek:

- de patiënt komt een rekening betalen;
- de patiënt komt iets vragen van administratieve aard;
- de vertegenwoordigers van de pharmaceutische industrie;
- patiënten, die komen als patiënt, dus met klachten en die de bedoeling hebben de dokter te spreken.

Deze volgorde is om praktische redenen gekozen.

2. naar de tijd van komen:

- patiënten, die tijdens het normale spreekuur binnenkomen;
- patiënten, die volgens afspraak op het spreekuur komen;
- patiënten, die onaangekondigd buiten de spreekuren verschijnen.

Het verschil tussen de patiënten die tijdens het spreekuur en die welke tijdens het afspraak-spreekuur komen is feitelijk alleen, dat de spreekuur-patiënt meestal zonder meer naar binnen kan stappen, terwijl tijdens het afspraak-spreekuur de patiënt aanbelt en de deur via een elektrische deuropener wordt geopend. (Behalve in de administratieruimte bevindt zich ook zo'n combinatie deurtelefoon-elektrische deuropener in de spreekkamer en in de slaapkamer).

De onaangekondigd, buiten de spreekuren aanbellende patiënt treft in de werktijden de assistente en daarbuiten meestal de echtgenote van de huisarts.

DE PATIËNT KOMT EEN REKENING BETALEN

Er zijn patiënten, die in het spreekuur komen, niet als patiënt, doch om bv. een rekening te betalen (zie schema 11, blz. 120).

De patiënt heeft dan meestal de rekening bij zich.

De assistente ontvangt het geld, pakt de ordner REKENINGEN PARTICULIERE PATIËNTEN, zoekt het moederblad van de patiënt op, legt de rekening van de patiënt – die immers carbonwerking heeft – op het moederblad en vult in het vakje naast het betreffende kwartaal de datum en de wijze van ontvangst in.

Werd het geld bv. op 7/5'66 ontvangen, dan vult ze in achter 'voldaan per': K(as) en achter 'd.d.' 7/5'66 (zie foto 22, blz. 71).

Tevens plaatst ze haar handtekening op de rekening van de patiënt.

Dit alles drukt door op het moederblad.

De patiënt krijgt zijn rekening terug, het corresponderende scheurstrookje wordt van het moederblad gescheurd, ten teken, dat dit kwartaal voldaan is, terwijl het ontvangen geld in de kas verdwijnt. Het scheurstrookje, waarop even de naam van de patiënt en het ontvangen bedrag wordt geschreven, komt in de KASORDNER.

Op regelmatige tijden worden al deze bedragen aan de hand van de scheurstrookjes bijgeschreven in het TABELLARISCHKASBOEK (zie schema 6, blz. 83).

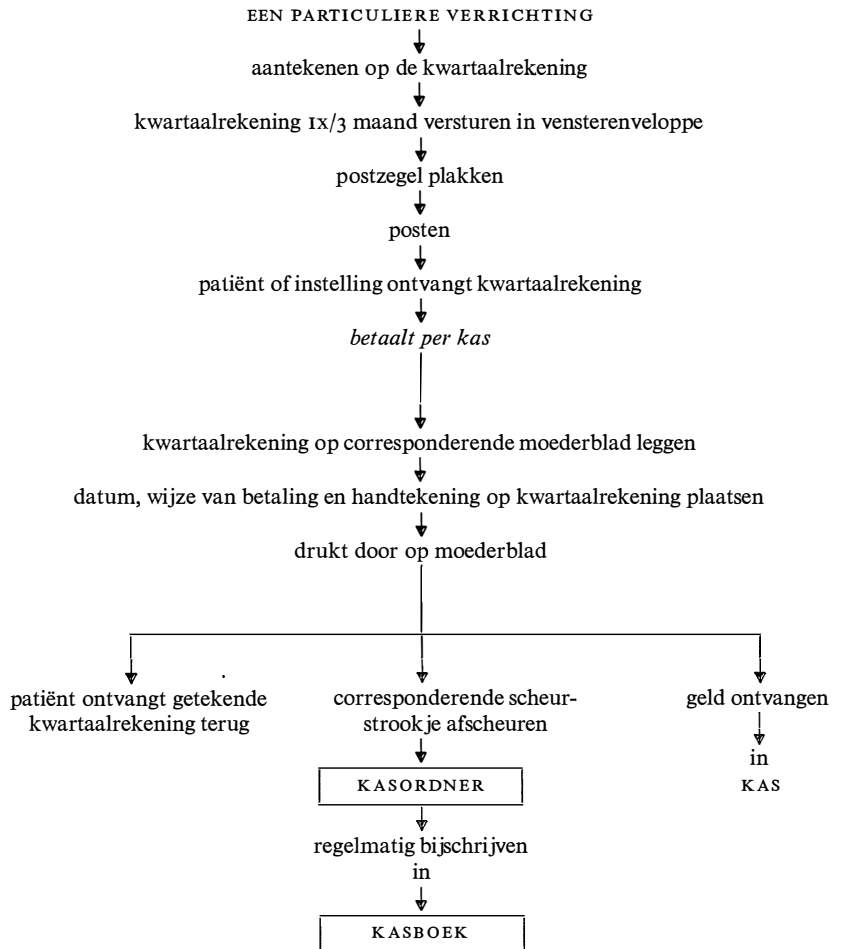
Het maakt niets uit, of deze patiënt óf op het normale óf op het afspraak-spreekuur komt om zijn rekening te betalen.

Indien hij onaangekondigd in werktijd verschijnt treft hij ook nog altijd de assistente.

Komt hij buiten werktijd, dan is het mijns inziens het beste, het geld wel te incasseren en de nodige administratieve handelingen te verrichten, doch de patiënt bij het weggaan vriendelijk te verzoeken in het vervolg in werktijd te komen.

SCHEMA II

Een per kas ontvangen particuliere verrichting



DE PATIËNT KOMT OM EEN RECEPT

Een niet gering aantal patiënten komt in het spreekuur bij de assistente, om te vragen of ze een recept kunnen krijgen voor een niet al te ernstige klacht of om een herhalingsrecept.

De assistente pakt de kaart van de patiënt, vult de datum en een C in en noteert op een telefoonbriefje de klachten van de patiënt, alsmede zijn verzoek om een recept.

Ging het om een herhalingsrecept, dan wordt tevens het vorige kopie-recept opgezocht en mede buiten aan de kaart geclipst.

De kaart komt in het doorgeefkastje naar de spreekkamer en belandt na

enige tijd op het bureau van de huisarts. De patiënt wacht in de wachtkamer.

Deze recepten kunnen gemakkelijk tussen een paar patiënten door even geschreven worden.

Het kopie-recept wordt door de huisarts in de kaart gedaan.

De kaart wordt summier ingevuld.

Het telefoonbriefje wordt weggegooid en het recept komt weer in het doorgeefkastje naar de administratieruimte, waar het door de assistente aan de patiënt wordt overhandigd.

Het maakt hier weinig uit of de patiënt op het spreekuur of op het afspraakspreekuur komt.

Komt hij onaangekondigd in werktijd, terwijl de huisarts afwezig is, dan vult de assistente een telefoonbriefje in, dat zij op het bureau van de huisarts legt samen met de kaart van de patiënt.

Met de patiënt wordt door haar een afspraak gemaakt, wanneer hij het recept kan halen.

De huisarts schrijft, thuisgekomen, het recept en legt dat in het bakje van de administratieset geëtiketteerd: patiëntenbrieven, recepten, etc.

Komt de patiënt onaangekondigd buiten de werktijd om een recept, dan tref hij de vrouw des huizes aan de deur.

Deze noteert dan de klachten van de patiënt en handelt ook verder, als was ze de assistente.

Door enige gerichte vragen omtrent de ernst en de snelheid van het verloop van de betreffende ziekte, tracht ze de gemotiveerdheid van de patiënt om buiten de werktijd een recept te halen te peilen.

Is ze overtuigd van het goede 'alibi' van de patiënt, dan krijgt de patiënt onmiddellijk het recept mee, als de huisarts thuis is, óf ze maakt een afspraak, wanneer hij het recept kan halen. Is ze ervan overtuigd, dat de patiënt ongemotiveerd zijn huisarts in diens vrije tijd stoort, dan brengt ze hem dat vriendelijk en correct aan zijn verstand.

Een niet gering aantal huisartsenvrouwen is uit bezorgdheid voor de lange arbeidsdagen van haar man, uit gefrustreerdheid voor de geringe aandacht, die hij aan zijn gezin kan besteden, vaak niet in staat de belangen van de patiënt objectief en ongeëmotioneerd te zien.

Ze beschouwen de patiënten als een soort collectieve belager van de vrije tijd van hun man, als een soort collectieve rivaal, die door zijn pretenties de hoofdvrouw dreigt te worden in het bigame huwelijk, dat haar man heeft aangegaan, namelijk dat met zijn praktijk en met zijn echtgenote.

De snibbigheid, waarmee een aantal artsenvrouwen de patiënten bij de deur en aan de telefoon behandelen, heeft hier ongetwijfeld iets mee te maken.

Het zij hier nog eens met nadruk vermeld, dat de gang van zaken in een

praktijk voornamelijk wordt bepaald door de levensinstelling, waarvan de manier van aanpak op medisch-administratief en praktijk-organisatorisch terrein één der uitingsvormen is.

Komt de praktijk inderdaad op een overheersende eerste plaats, dan valt de reactie van bovengenoemde huisartsenvrouwen te begrijpen, hetgeen nog iets anders is dan deze gehele situatie goed te praten.

DE VERTEGENWOORDIGERS VAN DE PHARMACEUTISCHE INDUSTRIE

De vertegenwoordigers van de pharmaceutische industrie, die tevens op ons spreekuur verschijnen, kunnen we *administratief* beschouwen als patiënten, die gelukkig weinig administratieve arbeid vragen, doch uiteraard wel een bepaalde hoeveelheid tijd.

Zolang het de huisarts ontbreekt aan een duidelijk objectieve voorlichting betreffende de op de markt verschijnende preparaten, zal deze toestand, welke vrijwel door alle huisartsen als onplezierig wordt ervaren, toch wel blijven voortduren.

Het aanhoren met een objectief oor van een subjectief geluid, lijkt ons altijd nog beter dan helemaal niets te horen.

Wel zou ik ervoor willen pleiten, dat de vertegenwoordiger van te voren een telefonische afspraak maakt, waaraan de huisarts zich dan ook binnen redelijke grenzen dient te houden.

Er is duidelijk in de organisatie iets fout, wanneer een afspraak-patiënt/vertegenwoordiger regelmatig langer dan een kwartier moet wachten.

Op sommige dagen is dit eenvoudig niet te vermijden, doch indien dit verschijnsel regelmatig voorkomt, zal men zich toch moeten bezinnen op de juistheid van de tijdsintervallen van het gevoerde afspraaksysteem.

Het is ook mogelijk om voor sommige patiënten een langere tijd te reserveren.

HET SPREEK UUR

We zullen ons nu bezighouden met de 'echte' patiënten, die het spreekuur bezoeken.

De assistente – die de patiënt in eerste instantie begroet, alvorens hij naar de wachtkamer gaat – haalt de bijbehorende patiëntenkaart uit de kaartenbak, vult de datum in en zet tevens in het kolommetje: C/V/T een C, zijnde de boeking van een consult.

Daarna doet ze de kaart met de zojuist beschreven zijde naar beneden in het doorgeefkastje.

De kaarten van de volgende patiënten komen hier in chronologische volgorde eveneens met de beschreven zijde naar beneden bovenop te liggen.

Bij het er weer uithalen van de kaarten aan de kant van de spreekkamer door de huisarts, ligt de eerste kaart, indien we de stapel omdraaien, boven.

De huisarts, bezig met zijn spreekuur, legt de kaarten vanuit het doorgeefkastje op zijn bureau en belt de eerste patiënt.

De patiënt wordt begroet, de anamnese wordt opgenomen en al pratende in het kort op de kaart ingevuld.

In de meeste gevallen verdwijnt de patiënt dan naar één van de twee onderzoekkamers (zie tekening 1, blz. 37).

We bellen de volgende patiënt.

Weer wordt de anamnese ingevuld en patiënt 2 verdwijnt in onderzoekkamer II.

Ondertussen is de eerste patiënt voldoende ontkleed om te worden onderzocht.

Behalve het onderzoeken en het verrichten van kleine chirurgie, behoeft de huisarts in deze onderzoekkamers weinig te doen. Alle andere bezigheden, welke men in de onderzoekruimte kan verrichten, kan men met een gerust hart aan een geroutineerde praktijkassistente overlaten. We denken aan:

het geven van intra-musculaire injecties,
het afnemen van bloed voor diagnostische doeleinden,
het afhaken en opnieuw leggen van verbanden,
het verwijderen van hechtingen,
het uitspuiten van oren,
het behulpzaam zijn bij het aan- en uitkleden van oude mensen, of mensen met beperkingen van de schoudergordel.

Indien men een half jaar lang een minder getrainde assistente, onder toezicht, deze handelingen laat verrichten, zal blijken, dat deze zaken spoedig worden beheerst en niet zelden beter worden verricht dan door de arts zelf.

Nadat we onze bezigheden in de onderzoekkamer hebben beëindigd, komen we terug in de spreekkamer om de reeds gedeeltelijk ingevulde patiëntenkaart op ons bureau verder af te schrijven, dat wil zeggen: de uitkomsten van het onderzoek en de eventuele diagnose worden ingevuld, alsmede de in te stellen therapie.

Bij dit invullen van de therapie op de kaart, we hebben dit al eerder bevestigd (zie blz. 49), kunnen we volstaan met in het therapievakje zeer summier gegevens betreffende de receptuur te vermelden, bijvoorbeeld: analg. (analgeticum), exp. (expectorans), etc., omdat we na het schrijven van een recept immers de beschikking hebben over een kopie-recept, waar alles natuurgetrouw opstaat.

Dit kopie-recept leggen we in de kaart.

De voordelen die het bezit van een kopie-recept oplevert, moeten niet worden onderschat (zie blz.49).

Los van de praktische voordelen staat het feit, dat men als verantwoordelijk huisarts dagelijks voor een totaal bedrag van vele honderden guldens op zijn recepten uitschrijft, zonder dat men later in staat is, om ook maar in de verste verte te vertellen, wat men heeft voorgeschreven.

Dit moge misschien historisch gegroeid zijn, het kan in onze zakelijke wereld moeilijk nog aannemelijk verdedigd worden.

Aangezien het aantal artsen toeneemt, dat toch aantekening wil houden van hetgeen ze voorschreven, voeren velen een soort dubbele boekhouding, door hun recept nogmaals in verkorte vorm op hun kaart te vermelden. Doordat de meeste in gebruik zijnde patiëntenkaarten vrij klein van afmeting zijn en het vakje waarin men de gebezigde therapie kan schrijven, meestal niet breder is dan enkele centimeters, geeft dit aanleiding tot microscopisch klein schrift met later niet meer te herleiden afkortingen, zeker

M. SAAN, ARTS	SPREEKUR!
PETRUS CAMPERSINGEL 265	MA./VR. 13-14 UUR
GRONINGEN - TEL. 29440	EN VOLGENS AFSPRAAK
VOOR VERDERE BEHANDELING WORDT	
U VERWACHT:	
..... DAG	UUR
..... DAG	UUR
..... DAG	UUR
Z.O.Z.	

Foto 28. Een afspraakkaartje, voorzijde.

..... DAG	UUR
..... DAG	UUR
..... DAG	UUR
..... DAG	UUR
..... DAG	UUR
U WORDT VERZOCHT DIT KAARTJE BIJ EEN VOLGENDE	
BEZOEK MEE TE BRENGEN EN VERHINDERING MINSTENS	
24 UREN TE VOREN TE BERICHTEN.	

Foto 28a. Een afspraakkaartje, achterzijde.

niet voor een eventuele waarnemer, of voor een eventuele volgende huisarts van de patiënt.

Ik wil hier ook nog eens weer met klem vermelden, dat men, indien maar enigszins mogelijk, dient te vermijden, dat men dubbele boekingen verricht.

Een gedeelte der spreekuur-patiënten wil men graag terugzien.

Het is bijzonder eenvoudig om dan tegen de patiënt te zeggen, dat deze met de assistente direct een afspraak kan maken voor bijvoorbeeld de volgende week, over twee weken, over drie maanden etc.

De assistente geeft dan aan de hand van het afspraakboek aan de patiënt een AFSPRAAKKAARTJE mee, waarop de datum en tijd vermeld staan.

Dit kaartje zou er kunnen uitzien als op foto 28 + 28a is weergegeven.

Het gebruik van de spreekkamerset door de huisarts

De op het spreekuur volledig ingevulde kaart krijgt nu een bepaalde plaats in de SPREEKKAMERSET (zie schema 12).

Deze spreekkamerset bestaat uit een viertal eventueel stapelbare bakjes, geëtiketteerd:

NAKIJKEN

NAGEKEKEN

PARTICULIERE PATIËNTEN

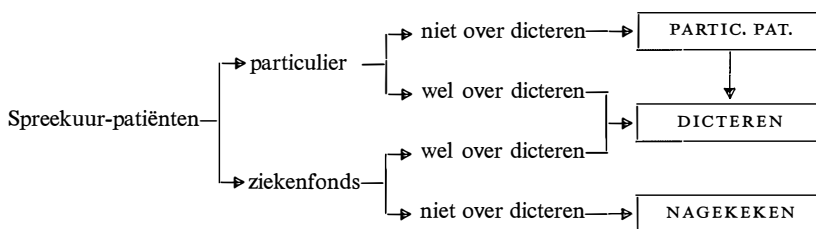
DICTEREN

Ging het om de volledig afgewerkte kaart van een ziekenfondspatiënt, dan ging deze naar het bakje geëtiketteerd: NAGEKEKEN.

Was men echter besloten voor deze patiënt een brief te sturen naar de specialist, dan legt men de kaart niet in het bakje NAGEKEKEN, doch in het bakje, geëtiketteerd: DICTEREN.

Ging het om de kaart van een particuliere patiënt, herkenbaar aan een geel ruitertje op de kaart + een P in het eerste rechtse schuine vakje, dan ging deze naar het bakje: PARTICULIERE PATIËNTEN.

SCHEMA 12



Thans is het moment gekomen, waarop de administratieve samenwerking tussen huisarts en assistente eerst goed tot zijn recht komt.

Ik ga even terug naar de werkzaamheden van de assistente.
Het vakje in de administratieset AFGEWERKTE POST is vol.

Het bevat immers:

1. de binnengekomen praktijkpost, welke door de assistente zoveel mogelijk op de kaarten is geschreven. Was er op 21-4-'66 een brief gedictieerd naar de specialist dokter A., dan stond reeds op de kaart aangegeven: 21-4-'66 brief naar dokter A. antwoord: . . . Komt nu op 28-4-'66 het antwoord van dokter A. binnen, dan behoeft ze op de patiëntenkaart achter antwoord slechts: 28-4-'66 in te vullen;

2. de financiële post, welke eerst geparafeerd moet worden, alvorens ze verder kan worden afgewerkt;

3. de kaarten van de patiënten, die men reeds heeft bezocht en die door de assistente aan de hand van het in de auto gemaakte dictaat zijn beschreven en al dan niet van revisie-ruiter zijn voorzien, en waar het kopie-recept binnenin op de snelhechter is bevestigd;

4. brieven naar specialisten etc., tijdens het autorijden gedictieerd;

5. telefoonbriefjes met aanvragen voor nieuwe of herhalingsrecepten; de klachten van de patiënt staan op het telefoonbriefje, dat aan de kaart van de patiënt is geclipst.

Bij herhalingsrecepten is tevens het betreffende kopie-recept opgezocht en aan de kaart geclipst;

6. diversen: allerlei niet tot de vaste administratie behorende zaken, komen in een doorzichtige PLASTIC MAP die aan twee kanten open is, bijvoorbeeld:

a. kopie-receptjes van bezochte, niet ingeschreven patiënten, bijvoorbeeld van logés van de patiënten.

Zo'n kopie-recept van een logé krijgt in een plastic map, welke de grootte heeft van een patiëntenkaart een bepaalde status. Maakt men meerdere visites naar zo'n logé, dan komen al deze gegevens in de plastic map. Alle gegevens staan reeds op het kopie-recept;

b. aanvragen voor controles;

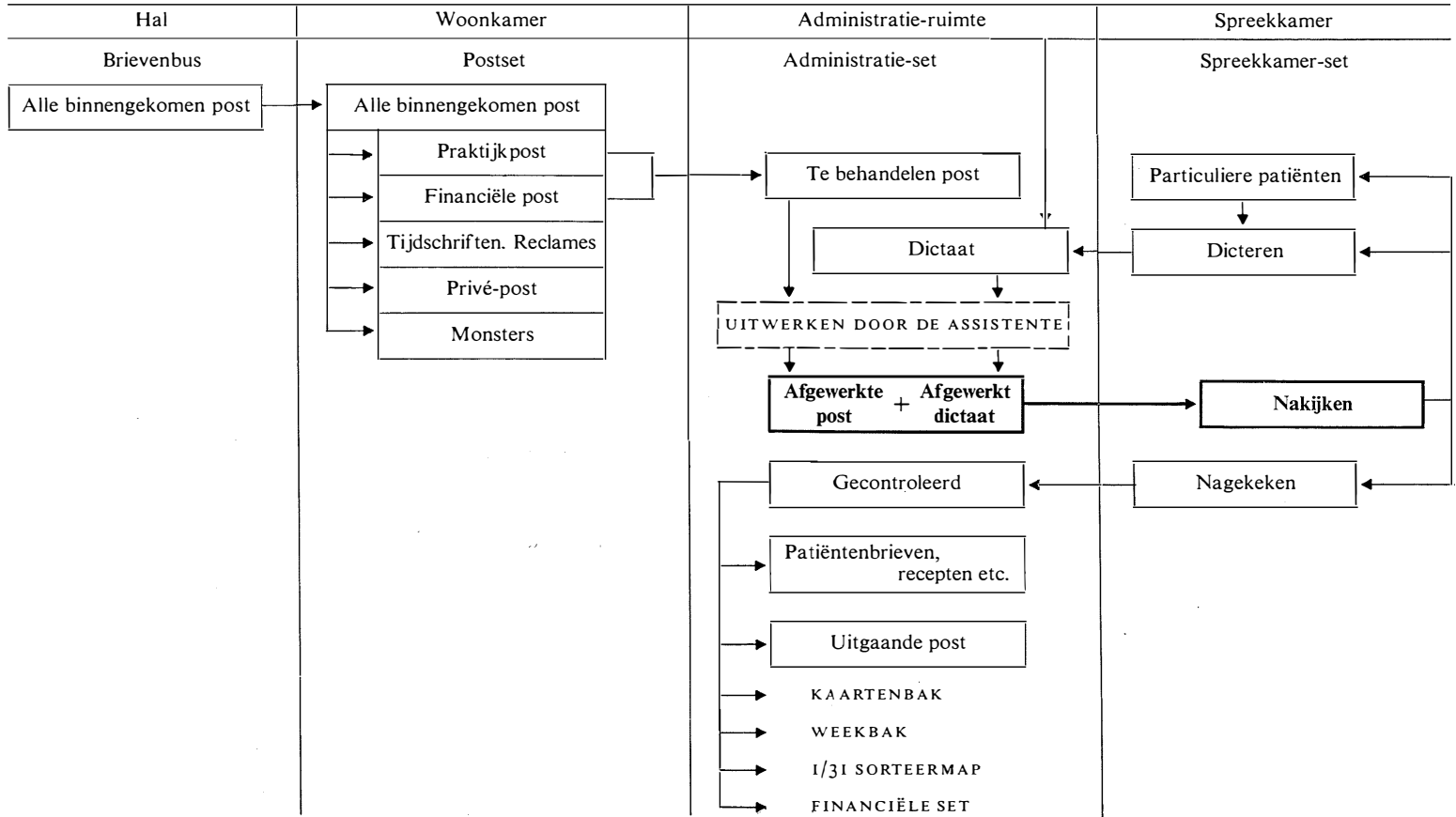
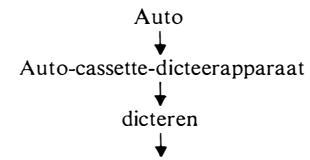
c. aanvragen voor keuringen;

d. aanvragen voor schriftelijke inlichtingen;

e. enquêtes.

De gehele inhoud van deze bak AFGEWERKTE POST + AFGEWERKT DICTAAT wordt door de assistente naar de spreekkamer gebracht en gedeponneerd in een bakje van de spreekkamerset geëtiketteerd: NAKIJKEN (schema 13).

(vetgedrukt gedeelte)



Het nakijken door de huisarts

De huisarts zet zich nu aan het nakijken van alles wat zich in de bak: NAKIJKEN bevindt (zie schema 14, blz. 130).

1. de binnengekomen – door de assistente reeds afgewerkte – praktijkpost wordt gelezen en de patiëntenkaart verdwijnt daarna in een bakje van de spreekkamerset geëtiketteerd: NAGEKEKEN.

N.B. In deze bak bevonden zich reeds de kaarten van de ziekenfonds-patiënten die tijdens het spreekuur waren afgewerkt (schema 12, blz. 125).

Was men echter van plan om op een bepaalde brief te reageren, dan verhuist de betreffende patiëntenkaart naar een ander bakje van de spreekkamerset: DICTEREN;

2. van de financiële post wordt het stempel ingevuld (zie blz. 88) en ook deze post verdwijnt daarna in de bak: NAGEKEKEN;

3. de kaarten van de ziekenfondspatiënten, bij wie een visite is gemaakt en die door de assistente aan de hand van het autodictaat reeds volledig zijn ingevuld, kunnen na een enkele blik op de kaart terzijde worden gelegd en verdwijnen ook in de bak: NAGEKEKEN, terwijl de kaarten van de particuliere patiënten terechtkomen in het bakje: PARTICULIERE PATIËNTEN;

4. de getypte brieven naar specialisten etc. worden gecontroleerd en onderkend. Ook zij verdwijnen in de bak: NAGEKEKEN;

5. aan de hand van de aan de kaart geclipste telefoonbriefjes wordt een nieuw recept geschreven.

Ook de herhalingsrecepten worden snel afgewerkt, omdat alle benodigde gegevens reeds aan de kaart zijn geclipst;

6. alle verdere zaken, die het oog passeren en waarbij men de neiging heeft er op te reageren, komen in de bak: DICTEREN. Ik denk hier aan een rekening naar niet ingeschreven patiënten. Men heeft van de assistente een plastic map gekregen, waarin zich alle gegevens van de betreffende patiënt bevinden. Men hoeft slechts te dicteren, dat er een rekening verstuurd moet worden; de assistente beschikt via het kopie-recept over alle gegevens. Ik denk verder aan aanvragen voor schriftelijke inlichtingen. Alle benodigde gegevens zijn reeds door de assistente opgezocht en vormen een dossier in een plastic map waarover men snel en goed gedocumenteerd kan dicteren.

Er zijn bij het doornemen van de post altijd een aantal zaken, waar men wél op moet reageren, doch niet diréct, maar bv. een week, tien dagen of een maand later.

Het is bijzonder geschikt om voor deze zaken een 1/31 SORTEERMAP te nemen, een soort boek met 31 vaste tabbladen, zoals wordt afgebeeld op foto 29.

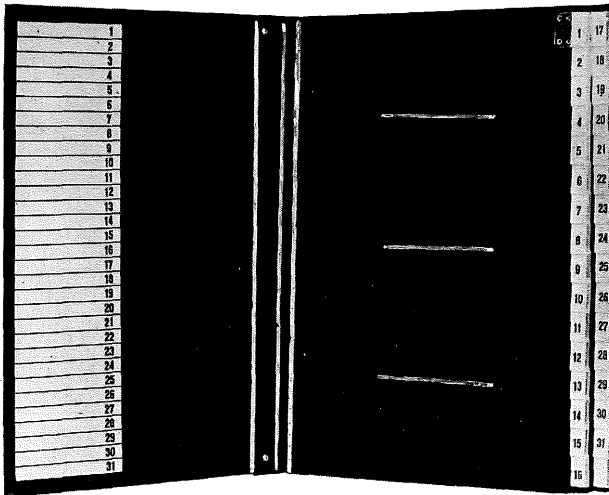


Foto 29. Een 1/31-sorteermap.

Indien men op 2 april van plan is om bv. twee weken later, dus op 16 april, op een bepaalde zaak terug te komen, dan dicteert men, dat de assistente deze zaak – uiteraard in plastic map – in de 1/31-map legt, achter tabblad 16.

Een aantal zaken behoeft men niet eens te dicteren, doch kan men de assistente zelf laten regelen.

Ik denk nu aan een vroegtijdig toegezonden keuringsformulier.

De assistente legt dit formulier in een plastic map op de afgesproken keuringsdatum in de 1/31-map en op het juiste tijdstip krijgt men deze papieren in de plastic map op zijn bureau.

Ik denk verder aan de gegevens betreffende een logé van één onzer patiënten.

We hebben daar bv. een aantal visites gemaakt en willen niet direct daarna een rekening sturen, doch besluiten hier twee weken mee te wachten.

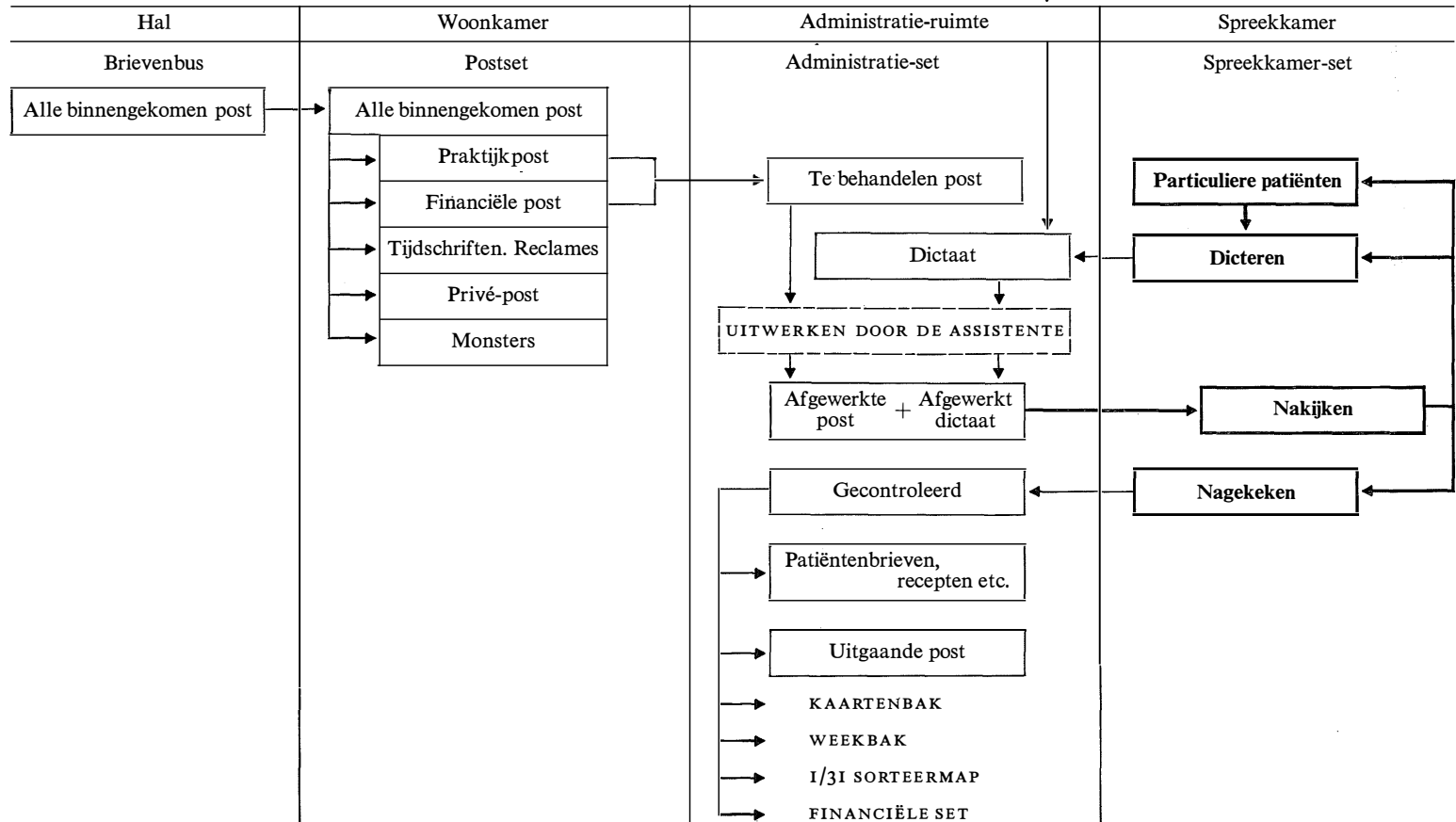
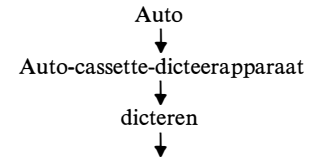
Niet zelden raakt zo'n aantekeningenbriefje zoek.

In ons geval worden de personalia, de data en de aard der verrichtingen direct tijdens het bezoek aan de logé op zijn recept ingevuld en wordt het kopie-recept door de assistente in een plastic map gedaan en in de 1/31-map veertien dagen later gelegd.

SCHEMA 14

Het sorteren van de spreekkamer-set vanuit de bak NAKIJKEN

(vetgedrukt gedeelte)



Indien de assistente op dié dag de 1/31-map opent, om te zien of er nog bepaalde zaken moeten worden afgehandeld, dan vindt ze daar dit bepaalde briefje – bij meerdere verrichtingen meerdere briefjes – in ongeschonden staat in de plastic map en krijgt men deze op dié dag in de bak: DICTEREN.

Het wordt hier nog even met nadruk vermeld, dat het de bedoeling is, dat de assistente *dagelijks* de 1/31-map opent om te zien, of er voor dié dag bepaalde zaken zijn af te handelen.

In onze bespreking is de bak: NAKIJKEN thans leeg, een gedeelte der kaarten bevindt zich in het bakje: NAGEKEKEN, een ander gedeelte in de bak: DICTEREN, nog een ander gedeelte in de bak PARTICULIERE PATIËNTEN.

Alle administratieve zaken, waarmee men deze dag is geconfronteerd, liggen dus thans gesorteerd in de verschillende onderdelen van de spreekkamerset.

De kaarten uit de bak: NAGEKEKEN worden nu aan de assistente gegeven. Ze komen bij haar terecht in het bakje van de administratieset geëtiketteerd: GECONTROLEERD.

De kaarten uit de bak PARTICULIERE PATIËNTEN worden *alfabetisch* gelegd en gevoegd bij de bak DICTEREN (schema 14).

Gewapend met deze gezamenlijke stapel (DICTEREN + PARTICULIERE PATIËNTEN) zetten we ons nu achter de microfoon.

Het dicteren door de huisarts

Eerst dicteren we over alles wat zich oorspronkelijk in het bakje DICTEREN bevond:

- brieven naar specialisten,
- aanvragen voor geneesmiddelen,
- aanvragen voor ziekenhuisopname,
- aanvragen voor ziekenvervoer,
- aanvragen voor uitwendige geneeswijzen, massage, etc.

Dit alles passeert in snel tempo de revue.

Daarna dicteren we vlot achter elkaar de namen van de particuliere patiënten. Doordat de kaarten reeds alfabetisch zijn gelegd is boeken in het opalfabetliggend financiële systeem eenvoudig. We doen dit in de trant van:

Mevr. A. 2 april consult,

Dhr. B. 2 april visite,

Janneke D. 2 april consult, etc.

Alles uit de bak : DICTEREN komt weer bij de assistente terecht in dat gedeelte van de administratieset, geëtiketteerd : DICTAAT.

Het dictaat wordt door de assistente uitgewerkt:

- de specialistenbrieven worden getypt;
- de ziekenfondsverwijskaarten worden ingevuld;
- de particuliere verwijskaarten worden ingevuld; door deze particuliere verwijskaarten zoveel mogelijk te laten voordrukken, kan de assistente volstaan met het noteren van slechts enkele gegevens op dit kaartje, dat

M. SAAN, arts

Groningen, 19

Specialistisch onderzoek
Physiotherapie
Ziekenvervoer
Laboratoriumonderzoek

door dr., Alhier

leek mij gewenst voor

dhr/mevr/mej.

.....

in hete kwartaal 19.....



Foto 30. Een particulier verwijskaartje.

de patiënt dan gebruikt voor de verzekering, waarbij hij is aangesloten. Zo'n PARTICULIER VERWIJSKAARTJE zou er uit kunnen zien als op foto 30 staat afgebeeld;

- de machtigingen worden aangevraagd;
- de particuliere verrichtingen worden aangetekend op de kwartaalrekening van de patiënt. Deze kwartaalrekening is onderdeel van een rekeningenset (zie blz. 65) en bevindt zich in één van de stapelordners geëtiketteerd : REKENINGEN PARTICULIERE PATIËNTEN (zie blz. 89). Op de genoemde dag vult de assistente dus een C, V of een andere verrichting in (blz. 69).

Al het door de assistente afgewerkte dictaat, uitgezonderd de kaarten der zojuist aangetekende particuliere patiënten, komt dan weer in het bakje: AFGEWERKT DICTAAT en belandt na enige tijd weer bij de huisarts op het bureau in de bak: NAKIJKEN.

Hier wordt dan dit laatste dictaat weer nagekeken en indien dit correct is, overgeheveld naar de bak: NAGEKEKEN.

Deze inhoud komt op gezette tijden weer bij de assistente terug in haar vakje: GECONTROLEERD.

De paperassen uit het bakje: DICTEREN bewandelen dus de volgende weg:

DICTEREN (sprekkamer)

DICTAAT (administratieruimte)

AFGEWERKT DICTAAT (administratieruimte)

NAKIJKEN (sprekkamer)

NAGEKEKEN (sprekkamer)

GECONTROLEERD (administratieruimte)

In schema 15 op blz. 134 ziet men het volledig overzicht der administratieve handelingen.

Het sorteren door de assistente

Indien de assistente in de tussentijd geen gecontroleerde administratie heeft opgeborgen, dan bevat het bakje: GECONTROLEERD thans:

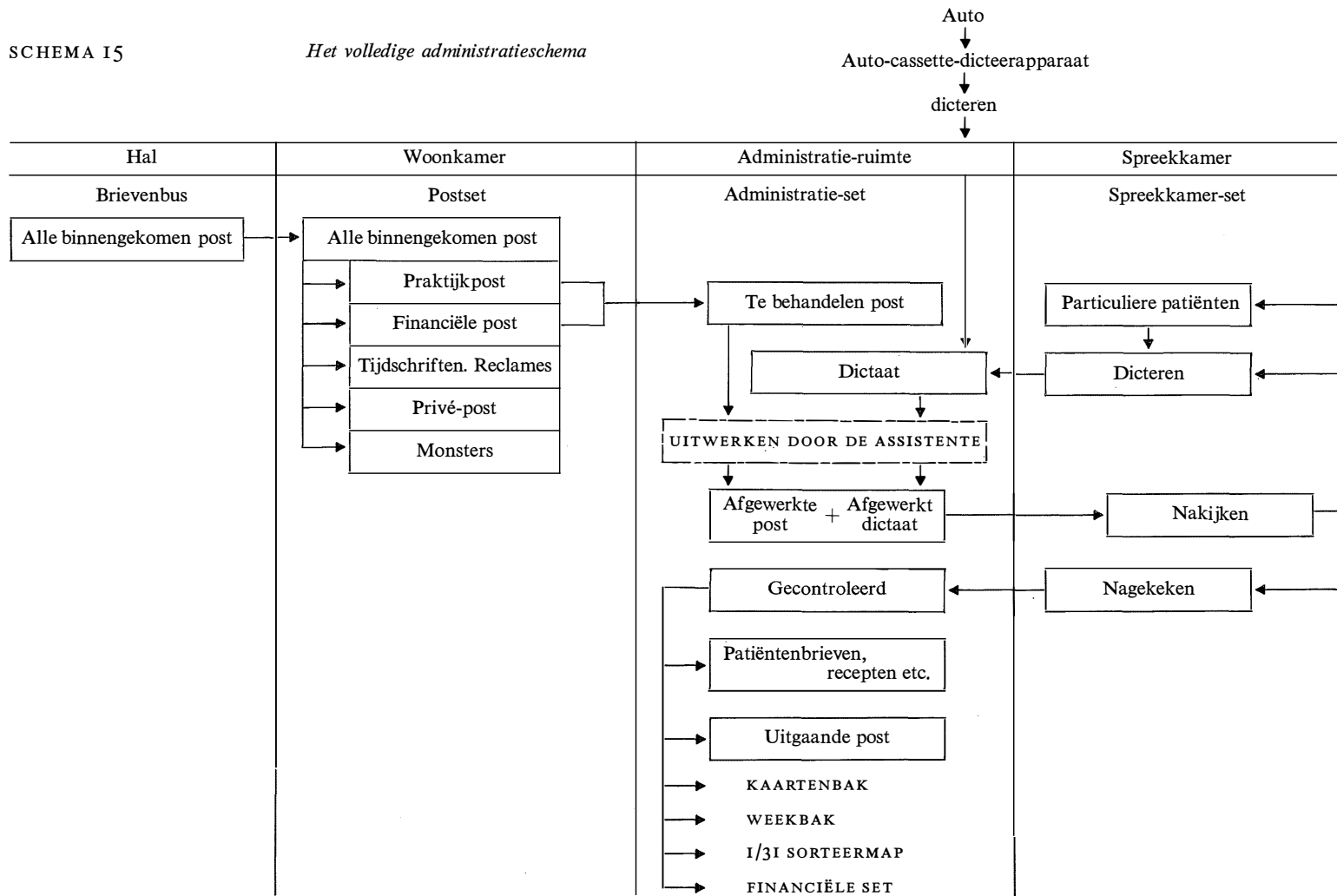
een vrij grote hoeveelheid afgewerkte patiëntenkaarten,
financiële post met volledig ingevuld stempel,
van een handtekening voorziene brieven,
aanvragen voor geneesmiddelen, ziekenhuisopnamen, massage etc.,
verwijskaarten voor particuliere en ziekenfondspatiënten,
recepten, die nog worden afgehaald.

Dit gehele pak wordt thans door haar gesorteerd:

- de afgewerkte patiëntenkaarten verdwijnen weer op hun plaats alfabetisch in de KAARTENBAKKEN (zie foto 12, blz. 52),
- die kaarten, welke een ruitertje hebben met het nummer van de op dat moment geldende week, komen terecht in de WEEKBAK, op die dag, die op de eindkolom van de kaart als de revisiedag is aangegeven (foto 11, blz. 52),
- de financiële post met volledig ingevuld stempel kan nu worden afgewerkt, zoals dit in het hoofdstuk 'de financiële post' is beschreven,
- de ondertekende patiëntenbrieven worden in een vensterenveloppe gedaan. In het venster zien we behalve de naam van de geadresseerde ook de naam van de patiënt. Hierdoor is het mogelijk om bij een dicht ge-

SCHEMA 15

Het volledige administratieschema



- plakte brief de situatie te vermijden dat een aantal patiënten dat naar dezelfde specialist moet met de verkeerde brief op stap wordt gestuurd, Het principe van het vermijden van dubbele boekingen, wordt door het gebruik van deze vensterenveloppe ook weer consequent doorgevoerd,
- brieven die worden afgehaald komen in het vakje: PATIËNTENBRIEVEN, RECEPTEN etc.,
 - de uitgaande brieven, aanvragen, monsterkaartjes etc. worden voorzien van een postzegel en verhuizen naar het laatste vakje van de administratieset geëtiketteerd: UITGAANDE POST. Deze uitgaande post wordt iedere avond door de assistente meegenomen en gepost,
 - bij ziekenfondspatiënten gaat ook de verwijskaart met de brief mee in de enveloppe,
 - bij de brieven voor particuliere patiënten wordt het particuliere verwijskaartje – dat immers niet voor de specialist, doch voor de verzekering van de patiënt bestemd is – aan de buitenkant van de enveloppe geclijpst,
 - nog af te halen recepten worden in het vakje: PATIËNTENBRIEVEN, RECEPTEN etc. gelegd,
 - zaken, welke niet onmiddellijk kunnen worden afgehandeld verdwijnen op de gediceerde datum in de I/3I-MAP.

4. EINDE VAN DE DAGTAAK

De dagtaak is beëindigd.

Er is geneeskunde en geneeskunst beoefend.

Er zijn medisch-administratieve en praktijk-organisatorische handelingen verricht.

Alle binnengekomen post is afgehandeld.

Alle binnengekomen telefoontjes zijn afgewerkt.

Alle visites zijn afgelegd.

Alle binnengekomen patiënten zijn behandeld.

Indien we nu eens nagaan, hoe groot het aandeel van de huisarts zelf is geweest in deze binnenstromende vloed van impulsen, dan zien we, dat zijn aandeel in de administratieve sector bijzonder bescheiden is geweest, althans wat betreft de daarvoor gebruikte tijd.

Tijdens het visite-rijden heeft hij reeds een groot gedeelte van zijn administratie in de auto door middel van het auto-dicteerapparaat kunnen afwerken.

Van de spreekuur-patiënten heeft hij zelf de patiëntenkaarten gedeeltelijk ingevuld tijdens het opnemen van de anamnese.

Twee soorten handelingen dus, die hem geen extra tijd hebben gekost, aangezien zowel het visite-rijden (praktijk-organisatorisch) als het opnemen der anamnese (geneeskunde) immers toch moesten gebeuren.

De tijd, die hij reëel voor zijn administratie heeft moeten uittrekken, bestond uit:

NAKIJKEN,
RECEPTEN SCHRIJVEN en
DICTEREN.

De assistente doet de omvangrijke rest. (In mijn praktijk van \pm 3000 patiënten in \pm vier uren).

Praktijk-organisatorisch bestond de taak van de huisarts nog uit:

AUTORIJDEN en
TELEFONEREN.

Tenslotte heeft hij tijdens het spreekuur en tijdens zijn visites

GENEESKUNDE en
GENEESKUNST
uitgeoefend.

Indien men dagelijks zijn administratie bijhoudt, neemt dit gedeelte (nakijken, recepten schrijven, dicteren) bij een praktijk van \pm 3000 zielen, verzorgd op een wijze zoals op de vorige bladzijden werd beschreven, hooguit een kwartier per dag in beslag.

5. VERANTWOORDING VAN DE TIJD

Recentelijk gepubliceerde resultaten van onderzoeken¹⁵ hebben uitge-
wezen, dat een huisarts per 1000 patiënten per dag

12 patiënten op zijn spreekuur ontvangt,
6 patiënten thuis bezoekt,
1 \times per 5 dagen een avond- of nachtvisite maakt.

Per uur zou men volgens deze onderzoeken:

10 patiënten op het spreekuur kunnen behandelen,
5 patiënten thuis kunnen bezoeken,
terwijl een avond- of nachtvisite \pm 30 minuten zou vergen.

Uitgaande van deze cijfers zou men bij een praktijk van 3000 zielen per dag
36 patiënten behandelen op zijn spreekuur in

$$36 \times 6 \text{ minuten} = 3 \text{ uur en } 36 \text{ min.}$$

18 patiënten thuis bezoeken in

$$18 \times 12 \text{ minuten} = 3 \text{ uur en } 36 \text{ min.}$$

gemiddeld besteden aan een avond- of nachtvisite

$$3/5 \times 30 \text{ minuten} = \underline{\hspace{2cm}} 18 \text{ min.}$$

$$7 \text{ uur en } 30 \text{ min.}$$

Hierbij gevoegd de 15 minuten aan medisch-administratieve arbeid per dag, (zie blz. 136) brengt ons dit op een dagtaak van 7 uur en 45 minuten.

We kunnen nu altijd nog 15 minuten per dag met onze patiënten telefoneren om de 8 uur vol te maken.

We dienen bij dit alles te bedenken, dat de huisarts, die door onvoldoende gebruik te maken van de mogelijkheden der efficiency in plaats van 15 minuten bijvoorbeeld 2 uren aan zijn administratie besteedt en die door een ondoelmatige praktijkorganisatie nog eens ruim een uur langer in zijn praktijk bezig is dan bij de hiervoor geschetste werkwijze, wél een werkdag maakt van ± 11 uren, doch dat dit meerdere werk, zogenaamd aan de patiënten besteed, niet wil zeggen, dat deze daardoor een meer optimale verzorging krijgen.

Door het poneren van de stelling, dat het mogelijk is om in acht uur tijds een praktijk van 3000 zielen te bedrijven, zou misschien de indruk gewekt kunnen worden, dat er zowel met de arbeidsdag van de huisarts, als met de medische verzorging van de patiënt niets aan de hand behoeft te zijn.

We dienen daarbij echter wel te bedenken, dat:

- lang niet iedere huisarts over de organisatorische talenten beschikt om een praktijk op de hiervoor beschreven wijze uit te oefenen,
- dat, zo hij al over deze talenten zou beschikken, het niet ondenkbaar is, dat hij niet bereid zal zijn zich dagelijks in dit 'efficiency-keurslijf' te persen,
- dat deze manier van praktijkvoering een gedurende acht uren volgehouden hooggeconcentreerde manier van werken met zich meebrengt, in een tempo, dat de huisarts op iets gevorderde leeftijd waarschijnlijk niet meer zal weten op te brengen,
- dat de hiervoor beschreven praktijkvoering zeker geen optimale verzorging aan de patiënten biedt, doch slechts zoveel als in acht uren mogelijk is, waarbij dus al datgene wat wenselijk zou zijn (zie *het ideaalbeeld* blz. 14), doch onder de gegeven omstandigheden niet is te realiseren, bewust is nagelaten.

In het hoofdstuk *De toekomst van de huisarts* (zie blz. 184) is een groot aantal wensen en richtlijnen voor de toekomst aangegeven om te trachten deze huidige onvolkomenheden zoveel mogelijk weg te werken.

6. OVERZICHT VAN DE BESPROKEN MATERIALEN

We zullen nu de verschillende artikelen, welke we bij het voeren van onze administratie hebben gebruikt, de revue laten passeren.

<i>In de huiskamer hebben we de beschikking over:</i>		blz.
I postset of postmap	foto 15 en 16	57, 58
I praktijktelefoon (serietoestel met huislijnen)	foto 26	107
I telefoon-antwoordapparaat	foto 26e	107
I telefoonbloc	foto 24	95
I tweede telefoon (apart nummer; niet vermeld in de gids)	foto 26	107

Bij de assistente vinden we:

I administratieset	foto 17	59
I financiële set		89
I praktijktelefoon (serietoestel met huislijnen)	foto 26	107
I telefoonbloc	foto 24	95
I afspraakboek	foto 26	107
3 kaartenbakken à 4 laden (1 kaartenbak per 1000 patiënten)	foto 12	52
I weekbak	foto 11	52
I 1/31 sorteermep	foto 29	129
I dicteerapparaat geschikt voor cassettes, met koptelefoon		102
I typemachine		140
I deurtelefoon + elektrische deuropener		119
I kast met vakverdeling voor:		
briefpapier	snelhechters	
enveloppen	afspraakbriefjes	
rekeningen	particuliere en	
machtigingen	Z.f.-verwijskaarten	
postzegels		

In de spreekkamer:

I spreekkamerset	schema 14	130
I praktijktelefoon (serietoestel met huislijnen)	foto 26	107
I telefoonbloc	foto 24	95
I deurtelefoon + elektrische deuropener		119
I bureaulade met vakverdeling voor briefpapier, recepten etc.		

Tenslotte in de auto:

I dicteerapparaat met cassette in slede	foto 25	101
I semafoon in slede	foto 27a	110
I routebak		97

7. FINANCIËLE VERANTWOORDING

Indien men ertoe zou besluiten zijn gehele administratie volgens dit systeem te laten verlopen, dan brengt dit uiteraard vrij forse kosten met zich mee.

Men behoort hierbij echter wel te bedenken, dat de fiscus, die binnensmonds wel eens onvriendelijk bejegend wordt, bij het doen van praktijkuitgaven 'onze grootste kameraad' is en vijftig à zestig procent van de kosten voor zijn rekening neemt, door ons in de gelegenheid te stellen, de zuivere kantoorbehoeften in één keer van het belastbaar inkomen af te schrijven²⁵, terwijl de meer duurzame artikelen in een aantal jaren kunnen worden afgeschreven.

Ik zal proberen aan de hand van de prijsgegevens van het najaar 1966 een *globale begroting* te maken; betreffende de *in dit proefschrift* besproken materialen. Deze begroting is verre van volledig, indien men deze als richtlijn zou nemen voor de inrichting van een praktijkruimte. Instrumentarium en meubilair en vele andere nuttige zaken zijn hierin niet opgenomen.

We gaan uit van een praktijk van 3000 zielen.

<i>Eénmalige uitgaven:</i>	<i>In 1 × af- trekbaar</i>	<i>In meerdere jaren afrek- baar</i>
3 kaartenbakken met 4 laden		f 909,—
3500 patiëntenkaarten	± f 1000,—	
650 rode weekruiters 1 tot en met 13 (50 ruiters per cijfer)	- 23,40	
50 groene vaccinatie-ruiters	- 1,80	
750 gele particulieren-ruiters	- 27,—	
3500 snelhechters 16 × 4 cm	- 192,50	
1 postmap	- 9,50	
100 telefoonblocs à 100 telefoonbriefjes	- 90,—	
6 stapelbakjes administratieset		
4 stapelbakjes spreekkamerset		
2 stapelbakjes routebak		
12 stuks samen	± - 60,—	
2000 afspraakkaartjes	- 53,—	
1000 particuliere verwijskaarten	- 28,—	
10 stapelordners financiële set	- 55,—	
3 tabellarische boeken B.G.K.	± - 60,—	
100 plastic mappen	- 55,—	

I dicteerapparaat voor auto		f 310,—
I slede voor auto-dicteerapparaat		- 99,—
montagekosten slede	± f 20,—	
I I/31 sorteermap	- 15,—	
I dicteerapparaat (administratie) met		
3 uitwisselbare cassettes		± - 500,—
I typemachine		± - 500,—
I telefoon-antwoordapparaat		± - 500,—
+ aansluitingskosten	- 30,—	
I lettertape-tang	- 50,—	
	<hr/>	<hr/>
Totaal	± f 1770,20	± f 2818,—

Nu volgt nog een overzicht van de jaarlijkse uitgaven, die in één keer fiscaal aftrekbaar zijn.

1000 rekeningensets	± f 325,—
1000 briefpapier + doorslag A5 (210 × 297 mm) + enveloppes	
2000 briefpapier + doorslag A5 (148 × 210 mm) + enveloppes	
Totaal	- 200,—
1000 particuliere verwijskaarten	- 28,—
2000 afspraakkaartjes	- 53,—
12 stapelordners voor archief	- 66,—
I abonnement semafoon	- 576,—
I jaarsalaris assistente	± - 6500,—
	<hr/>
Totaal	± f 7748,—

Bij een aantal apparaten is duidelijk een gemiddelde prijs vermeld.

Er zijn kofferschrijfmachines voor nog geen f200,— te koop.

Er is echter ook een vrijwel ideale elektrische typemachine, die werkt zonder bewegende wagen en zonder typearmen, doch met een verwisselbare schrijfkop, die alle letters, cijfers en tekens bevat, doch waar men dan ook ruim f 1700,— voor moet neertellen.

Er zijn auto-dicteerapparaten voor ruim f200,—, die aan minimale eisen voldoen en er zijn ook werkelijk professionele mini-portables, zéér klein, zéér licht in gewicht, met een uitmuntende geluidskwaliteit en een zéér goede ruisonderdrukking.

De prijs van een dergelijk apparaat ligt echter ook weer in de buurt van f1700,—.

8. ENKELE OPMERKINGEN BETREFFENDE DE PRAKTIJKINRICHTING

Het is verleidelijk om in dit verband iets te zeggen over de inrichting van de praktijkruimte.

Opvallend is, dat de meeste huisartsen niet afgaan op het beschikbare grondoppervlak dat ze voor de praktijkruimte ter beschikking hebben, doch aan de bestaande ruimtes, met alle gebreken van dien, bepaalde bestemmingen trachten te geven.

Er wordt wel eens een leiding verlegd, of een wastafel verplaatst en uiteraard wordt alles netjes behangen en geveerd, doch in de meeste gevallen blijft het daarbij.

Het is duidelijk, dat men op deze wijze zijn manier van werken aanpast bij de praktijkruimte, in plaats van andersom te handelen.

Er zijn uit een oogpunt van efficiency bezien een aantal voorwaarden, waaraan iedere praktijkruimte zou moeten voldoen (zie tekening 1, blz. 37).

1. *de administratieruimte* moet centraal zijn gelegen en royaal plaats bieden aan de assistente, minstens één patiënt en verder aan alle administratieve bescheiden, die bij de inventarisatie van deze ruimte op blz. 138 zijn opgenoemd.
2. *de administratieruimte* moet bovendien in rechtstreekse verbinding staan met:
 - a. een overloop, hal of gang,
 - b. de wachtkamer (éénrichtingsverkeer),
 - c. minstens één van de twee onderzoekkamers (via een speciale sleutel, in het bezit van de assistente),
 - d. de spreekkamer, via een administratie-doorgeefwand.
3. *de overloop, gang of hal* moet in rechtstreekse verbinding staan met:
 - a. de administratieruimte,
 - b. één van de twee onderzoekkamers (via speciale sleutel in het bezit van de assistente),
 - c. de spreekkamer,
 - d. het patiëntentoilet.N.B. de wachtkamer is vanuit de overloop niet te bereiken (éénrichtingsverkeer).
4. *de wachtkamer* moet in rechtstreekse verbinding staan met:
 - a. de overloop, hal of gang,N.B. de administratie is vanuit de wachtkamer niet te bereiken (éénrichtingsverkeer).

5. *de spreekkamer* moet in rechtstreekse verbinding staan met:
 - a. de overloop, hal of gang,
 - b. de onderzoekkamers, *waarvan één als donkere kamer gebruikt moet kunnen worden,*
 - c. de administratie via een administratie-doorgeefwand.

Daarnaast zijn er nog een aantal punten, die onze aandacht verdienen :

1. de assistente werkt niet en komt niet in de spreekkamer.
De communicatie met de assistente geschiedt door middel van de geluidsdichte administratie-doorgeefwand. Dit brengt een rustgevende factor in de praktijkvoering. Het geloop van 'witte jassen' door de spreekkamer tijdens het spreekuur heeft een bijzonder onrustig effect.
Om dezelfde redenen worden de gesprekken huisarts-assistente ook niet via luidsprekende telefoons, doch via de huislijn van de telefoon-serietoestellen gevoerd.
2. de beide onderzoekkamers moeten *volledig* ingericht zijn en in ieder geval afzonderlijk bevatten :
 - een onderzoekbank,
 - een instrumententafel met verbandbak en verder instrumentarium,
 - een tensiometer,
 - een weegschaal,
 - een meetlat,
 - een wastafel.

Aan de hand van de gevolgde werkzaamheden heb ik een *administratie-doorgeefwand* ontworpen.

Uitgangspunt voor dit ontwerp was, dat de sets, welke zowel door de assistente als door de huisarts gebruikt worden, in deze doorgeefwand een plaats zouden moeten vinden.

We dienen er daarbij vanuit te gaan, dat op een moment dat de huisarts zonder assistente werkt, bv. in speciale gevallen 's avonds, hij toch gemakkelijk via de doorgeefwand bij de belangrijkste administratieve behoeften kan komen.

De volgende onderdelen zijn zowel voor de huisarts als voor de assistente van belang :

1. het doorgeefkastje.
2. de administratieset bestaande uit de onderdelen :
 - a. te behandelen post
 - b. dictaat
 - c. afgewerkte post + afgewerkt dictaat

- d. gecontroleerd
- e. patiëntenbrieven + recepten
- f. uitgaande post.

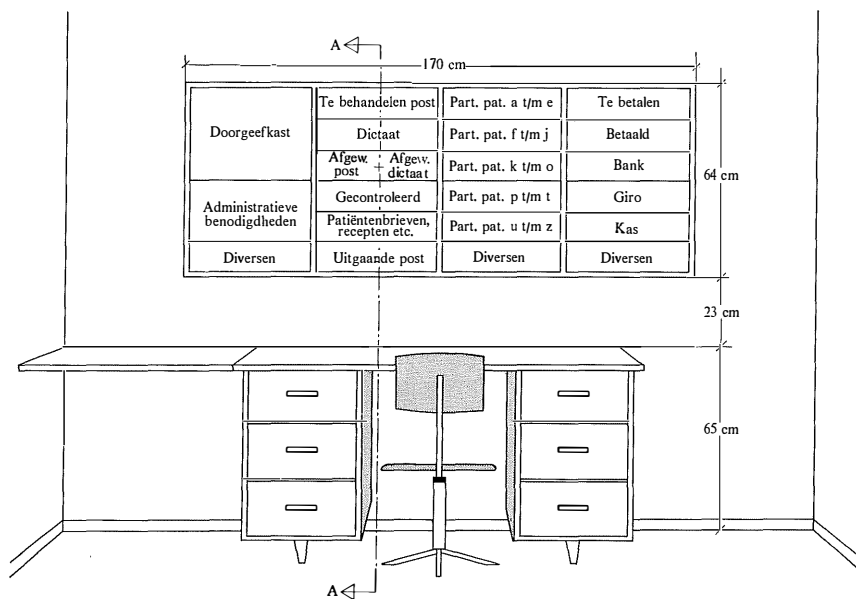
3. de financiële set bestaande uit de tien stapelordners:

- a. te betalen
- b. betaald
- c. bank
- d. giro
- e. kas
- f. t/m. j. particuliere patiënten.

4. administratiebenodigdheden

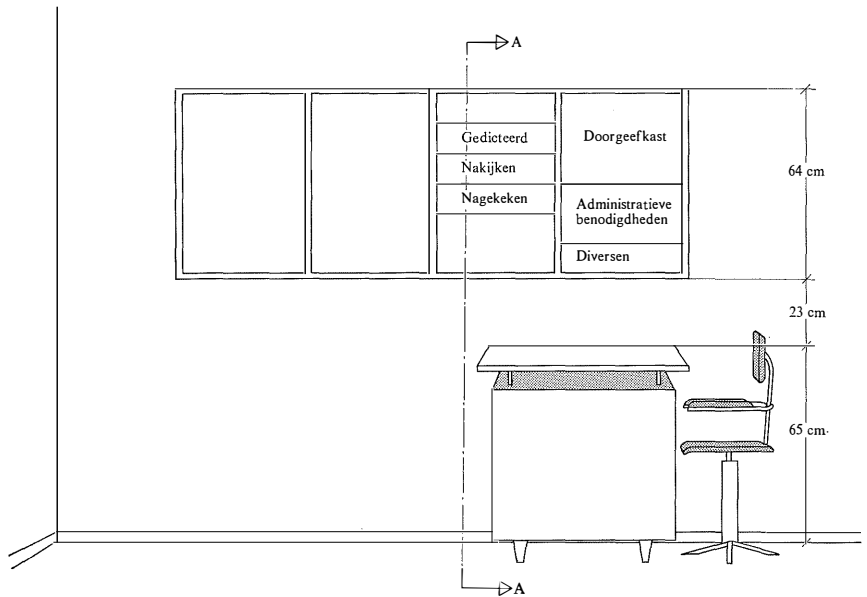
- briefpapier
- rekeningensets
- verwijskaarten
- afpraakkaartjes
- enveloppen
- postzegels etc.

Aan de kant van de administratieruimte zou de wand er kunnen uitzien als afgebeeld op tekening 2.

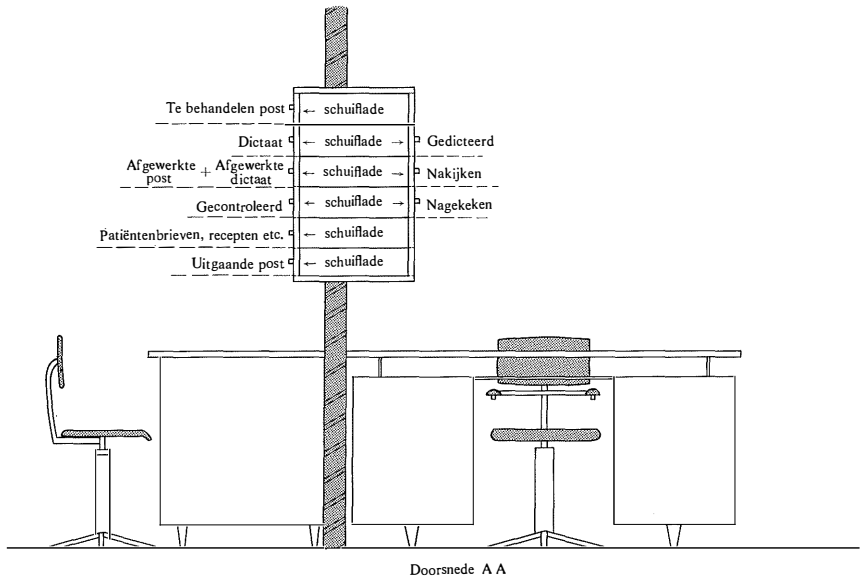


Tekening 2. Een administratie-doorgeefwand, gezien vanuit de administratieruimte.

Aan de kant van de spreekkamer zou de wand er kunnen uitzien als op tekening 3 staat afgebeeld.



Tekening 3. Een administratie-doorgeefwand gezien vanuit de spreekkamer.



Tekening 4.

Een doorsnede van een administratie-doorgeefwand ter hoogte van de administratieset.

9. HET WERKEN MET DE ADMINISTRATIE- DOORGEEFWAND

Er zijn in de administratie-doorgeefwand bepaalde vakjes, die een administratieve schakel vormen tussen de administratieruimte, waar de assistente zetelt en de spreekkamer. Ik zal dit met een voorbeeld toelichten:

Gesteld dat er een brief is gekomen van de orthopaed, waarin wordt geadviseerd een bepaalde patiënt neurologisch te laten onderzoeken. Het gaat nu vooral om *de halteplaatsen*, die deze brief op zijn administratieve weg aandoet (zie schema's 16 t/m 23, blz. 147 t/m 154).

Deze brief wordt door de assistente vanuit het vakje praktijkpost van de postmap in de woonkamer (*eerste halteplaats*) naar de administratieruimte gebracht en gedeponneerd in het bovenste vakje van de administratieset geëtiketteerd: TE BEHANDELEN POST (*tweede halteplaats*) (schema 16, blz. 147).

Te gelegener tijd wordt deze brief door haar op de kaart van de patiënt ingeschreven, waarna de brief in de patiëntenkaart (in de snelhechter) wordt opgeborgen.

De kaart is dan voor de assistente tot zover klaar en wordt gelegd in het derde hokje van boven van de administratieset geëtiketteerd: AFGEWERKTE POST EN AFGEWERKT DICTAAT (*derde halteplaats*) (schema 17, blz. 148).

Ditzelfde hokje heeft echter aan de kant van de spreekkamer de naam NAKIJKEN gekregen.

Dus:

De huisarts die een spreekkamerset (nakijken, nagekeken, particuliere patiënten, dicteren) op zijn bureau heeft staan, pakt de kaart uit het hokje NAKIJKEN van de doorgeefwand en legt het in zijn bakje NAKIJKEN van de spreekkamerset (*vierde halteplaats*) (schema 18, blz. 149).

Te gelegener tijd bekijkt hij de brief van de orthopaed en besluit hierover een brief te dicteren. De patiëntenkaart met inhoud verdwijnt in het bakje DICTEREN van de spreekkamerset (*vijfde halteplaats*) (schema 19, blz. 150).

Na enige tijd wordt de brief naar de neuroloog gedicteerd en verdwijnt de kaart uit het bakje DICTEREN van de spreekkamerset naar het hokje GEDICTEERD in de doorgeefwand (*zesde halteplaats*) (schema 20, blz. 151).

Dit hokje heet aan de kant van de assistente DICTAAT.

De assistente haalt de kaart weer uit het hokje DICTAAT en typt de brief naar de neuroloog. Ze legt deze brief weer in het hokje AFGEWERKT DICTAAT (schema 21, blz. 152).

De huisarts legt deze brief in zijn bakje NAKIJKEN (zie vierde halteplaats). Hij controleert en ondertekent de brief en deponeert hem in het vakje NAGEKEKEN van de spreekkamerset (schema 22, blz. 153).

Na enige tijd komt de brief, tesamen met andere nagekeken paperassen, in de doorgeefwand in het hokje NAGEKEKEN.

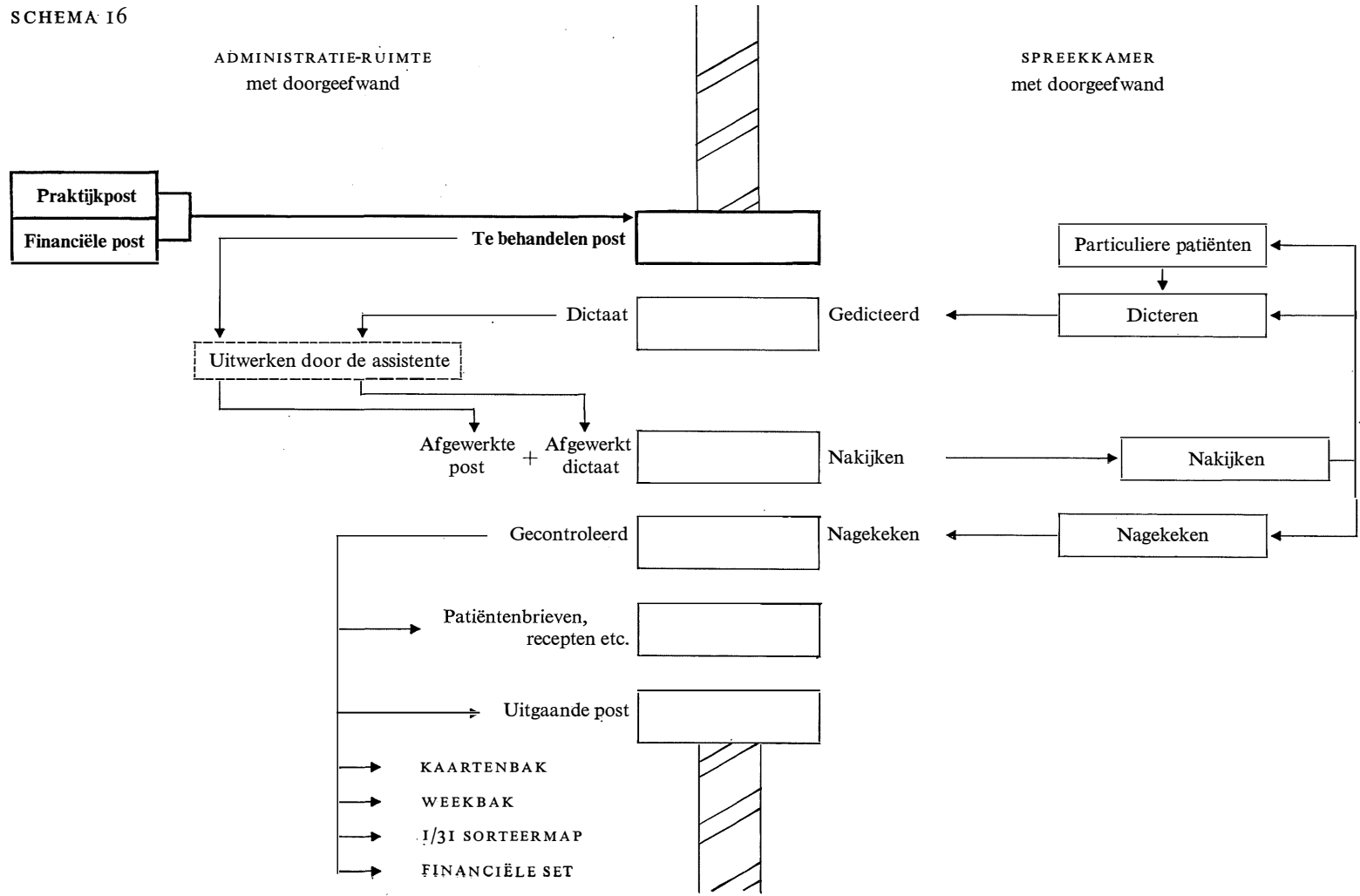
Dit hokje heet aan de kant van de assistente GECONTROLEERD.

De assistente doet nu de brief in de enveloppe met een eventuele ziekenfondsverwijskaart erbij en deponceert de brief daarna in het vakje PATIËNTENBRIEVEN (schema 23, blz. 154).

De brief is nu klaar om te worden opgehaald.

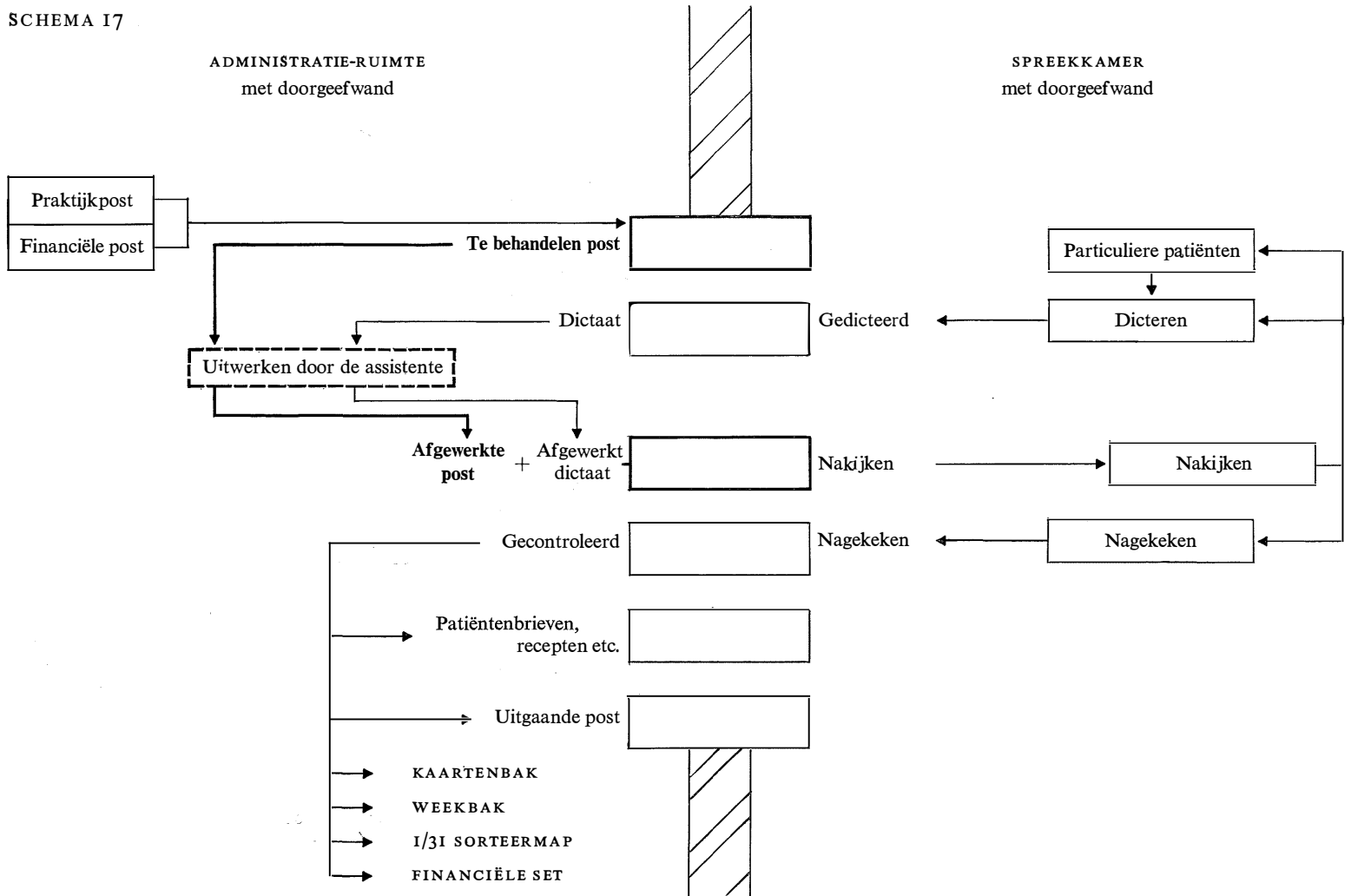
Bij het opsommen van deze lange weg heb ik meermalen het gevoel gehad te langdradig te zijn geweest. Ik heb dit risico echter genomen om er zeker van te zijn, dat de bedoeling van de doorgeefwand zo duidelijk mogelijk werd uiteengezet.

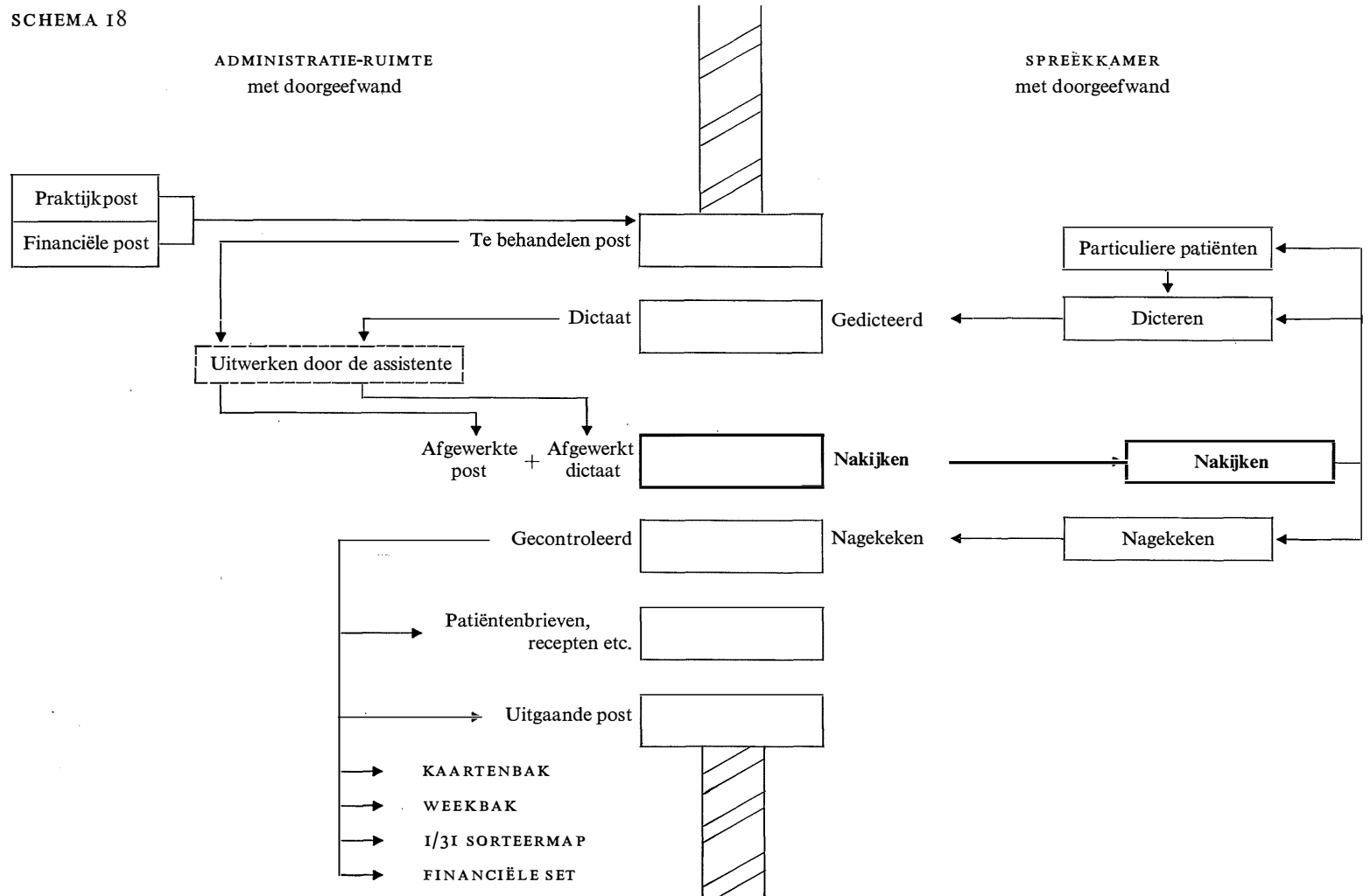
Ik zou hierbij willen opmerken, dat deze op het eerste gezicht wat omslachtige wijze van beschrijven niet inhoudt, dat we hier met een omslachtige methode te doen hebben. Integendeel. Op deze wijze kan men geordend en daardoor zeer snel werken.



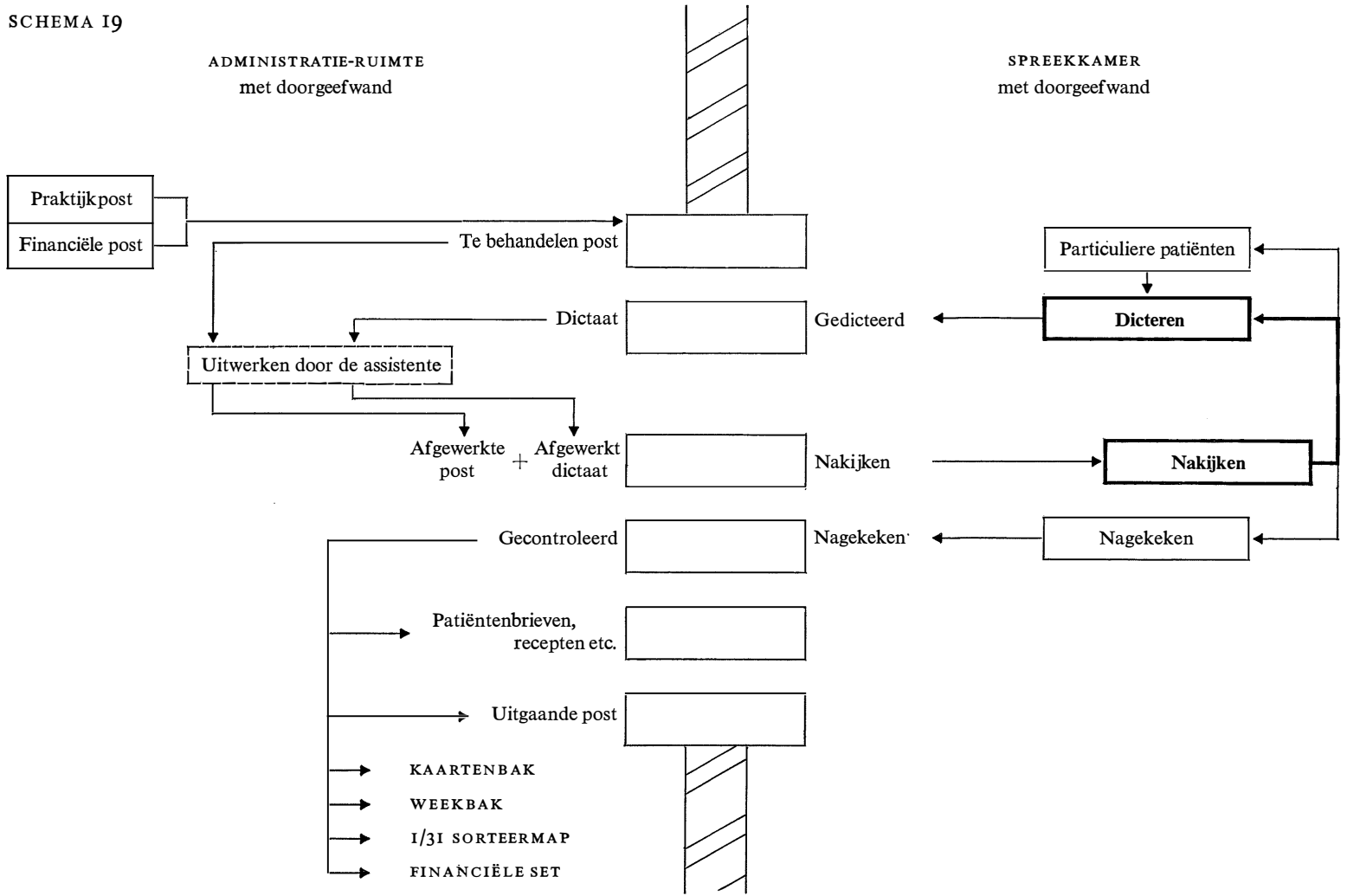
SCHEMA 17

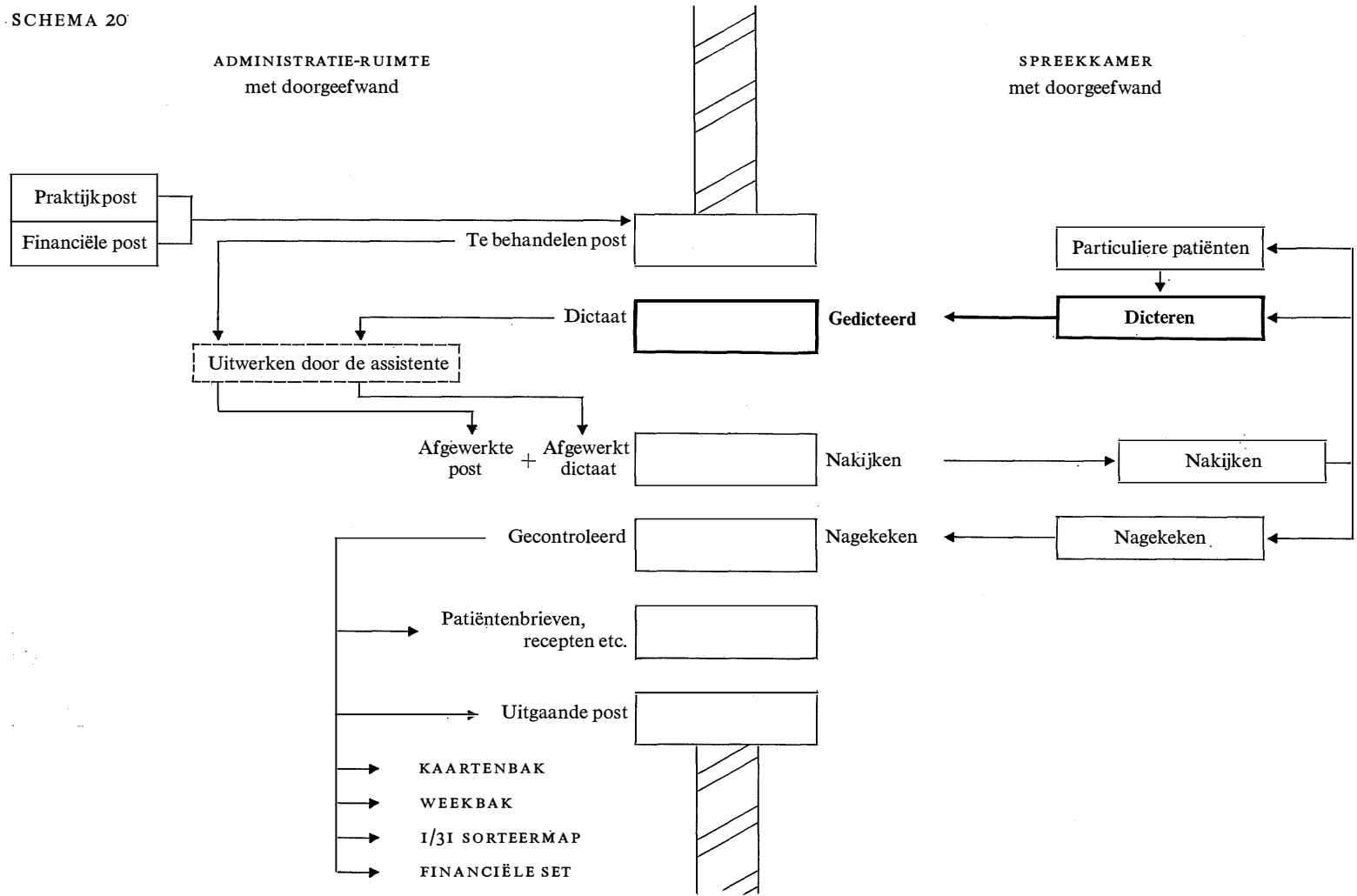
148





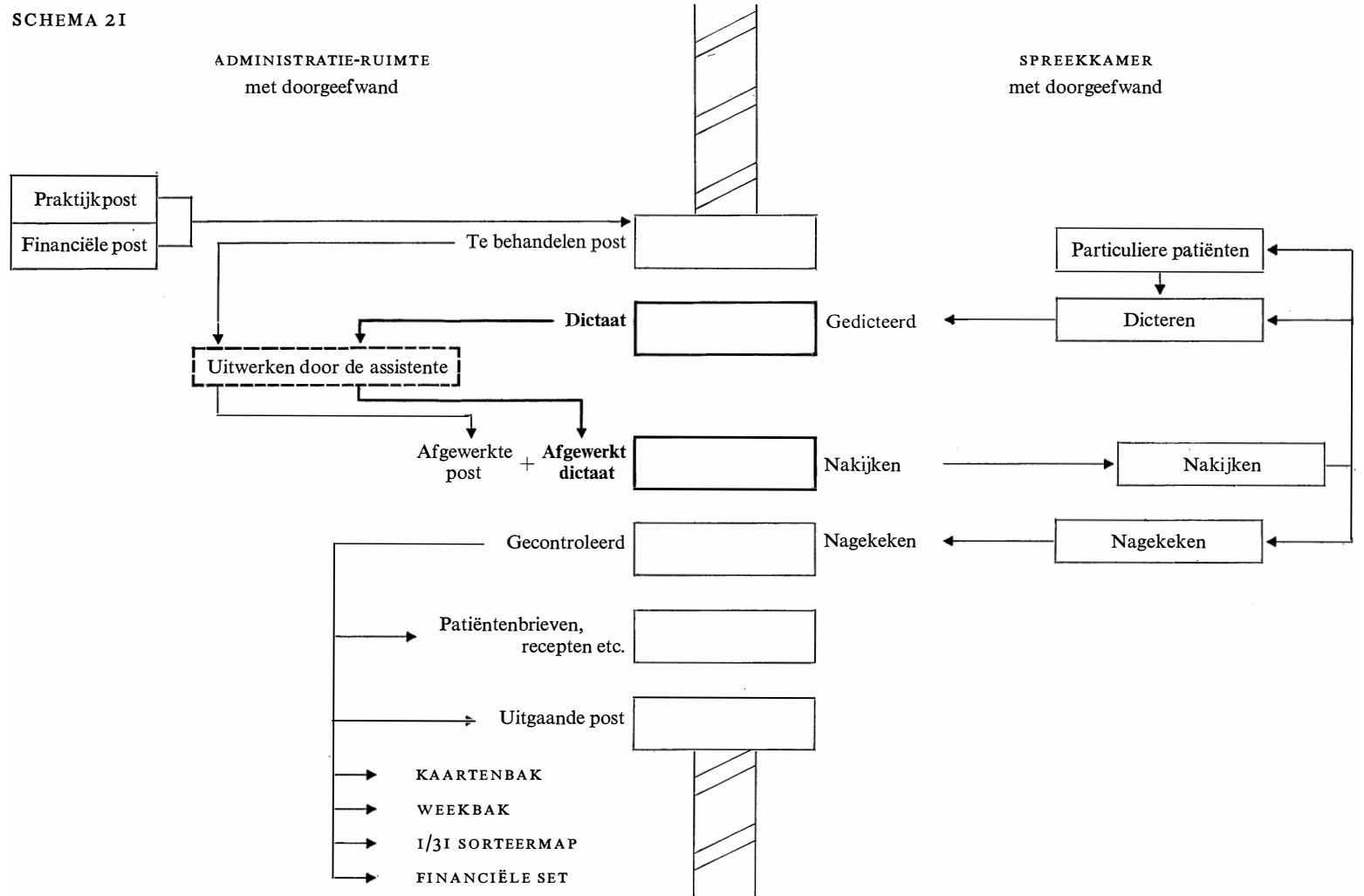
SCHEMA 19



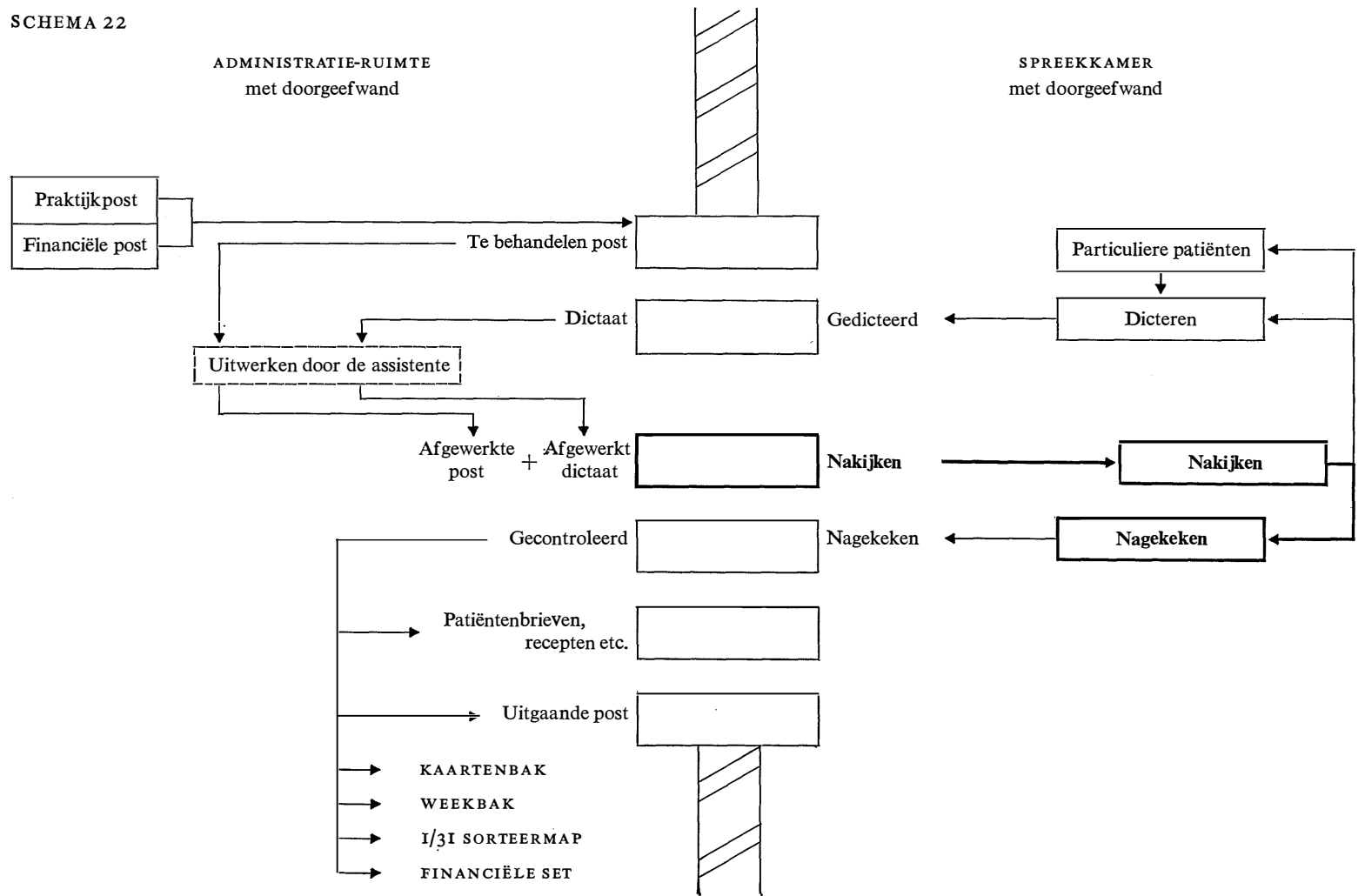


SCHEMA 2 I

152

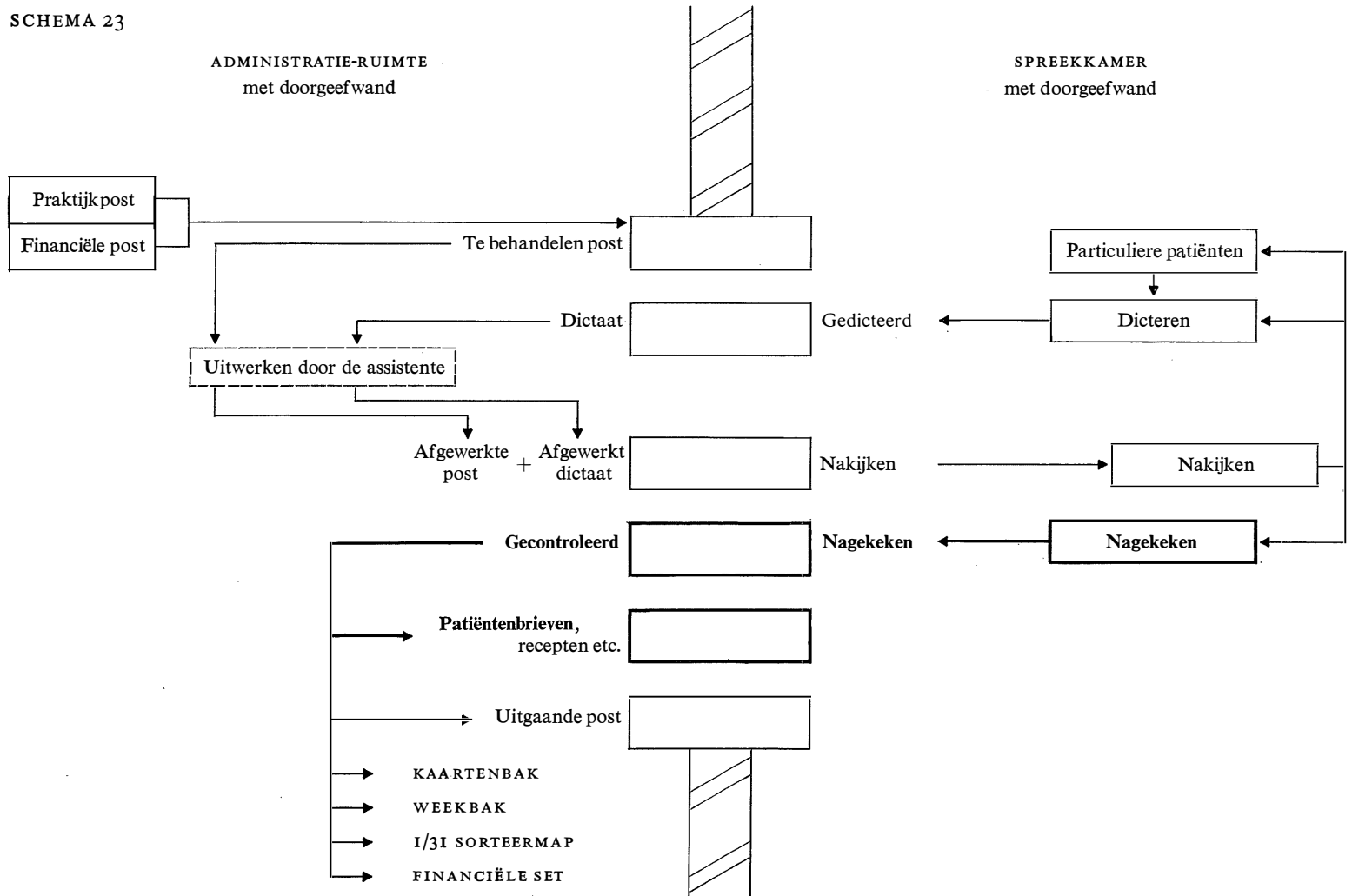


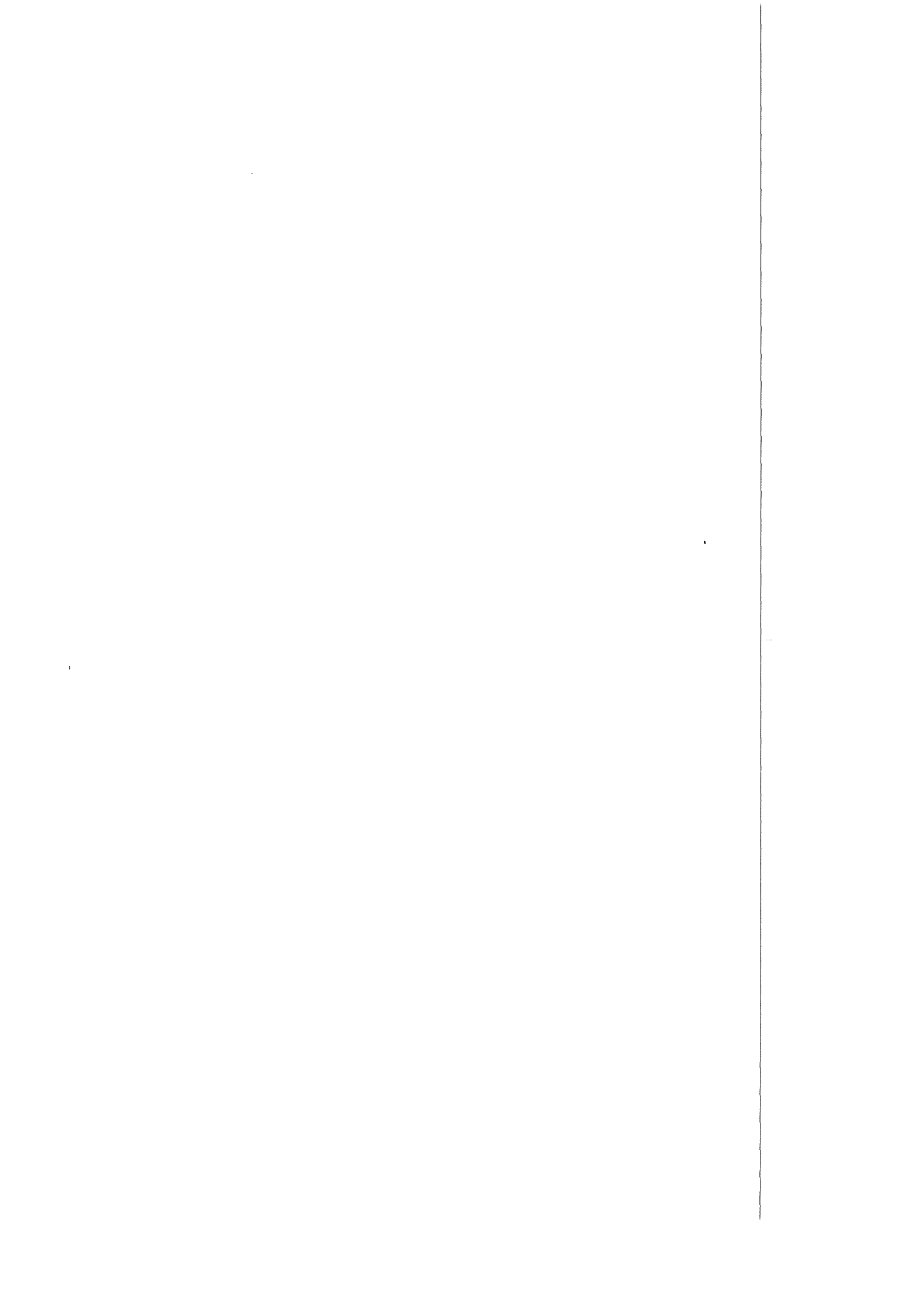
SCHEMA 22



SCHEMA 23

154





VI. De huisarts, zijn gezin, omgeving en vrijetijdsbesteding

De huisarts heeft zich in de loop der tijden bij zijn patiënten een 'image' van een soliditeit verworven, waar menige filmster jaloers op zou zijn. Het is de 'image' van een mens met zeer drukke bezigheden.

Veel patiënten hebben daar ontzag voor en de meeste huisartsen laten zich deze eerbiedige houding van de patiënt met een zeker gevoel van gestreeldheid welgevallen en doen zeker geen pogingen dit beeld te veranderen. Het stelt hen in staat een gemakkelijk aanvaard excuus te vinden voor het niet of te laat nakomen van afspraken, het te laat verschijnen en/of te vroeg vertrekken op niet-medische bijeenkomsten etc.

Jammer genoeg heeft de 'image' van huisartsen, als mensen met zeer drukke werkzaamheden, niets gemeen met die van filmsterren, datze meestal hemelsbreed verschilt van de werkelijkheid.

Veel huisartsen van nu *zijn* bijzonder druk bezette mensen. Zij maken werkdagen van twaalf tot veertien uren per dag, zijn gespannen, of maken een geestelijk afwezige indruk, hebben de gave om te luisteren verleerd, zijn echter des te beter bedreven geworden in het couperen van gesprekken etc.

Hun zogenaamde vrije uren worden gevuld met administratie, telefoon-gesprekken, het schrijven van achterstallige S.V.B.-rekeningen, het bijwerken van het ziekenfonskaartsysteem, etc.

Het is meer uitzondering dan regel, dat zij 's middags op tijd zijn voor het eten.

Samen ontbijten of samen de avondmaaltijd gebruiken gebeurt alleen in de weekends.

Velen zijn zo door hun praktijk in beslag genomen, dat zij niet eens meer beseffen, hoeveel hun vrouw, kinderen en zijzelf tekort komen.

Zonder over cijfers te beschikken, is de veronderstelling niet gewaagd, dat het aantal door deze gang van zaken gefrustreerde huisartsenvrouwen vrij groot is. Het merendeel der huisartsenvrouwen lijkt in deze dingen te berusten, hetgeen uiteraard iets anders is dan dat ze ermee instemmen.

Het blijkt echter mogelijk – en na een jarenlange ervaring durf ik dit met zekerheid te stellen – om *bij een efficiënte praktijkvoering en bij het durven maken van een prioriteitskeuze uit het grote scala van mogelijkheden tot hulp aan de patiënt, voldoende tijd voor het gezin etc. over te houden.*

Een praktijk van 3000 zielen is in gemiddeld acht uren per dag te volvoeren op een wijze, zoals die in de probleemstelling werd aangegeven en op de daaropvolgende bladzijden werd uitgewerkt.

Er zullen dagen zijn waarop men tien uren werkt, echter ook dagen van zes à zeven uren.

Het is voor het gezinsverband bijzonder belangrijk – we zullen dit onze patiënten ongetwijfeld steeds weer voorhouden – de maaltijden gezamenlijk te gebruiken.

Van 250 werkdagen per jaar is men minstens 240 keer in staat om stipt op tijd voor het middageten thuis te komen, mits men dit als een vaste stelregel in het oog houdt en daarnaar handelt.

Als de dag niet meer alleen door de praktijk gevuld wordt, leert men weer zijn eigen gezin, zijn omgeving en ook zijn eigen behoeften ontdekken. Veel artsen doen dit alleen in de vakanties.

Hun gezin echter, doch ook zij zelf, hebben meer recht op belangstelling c.q. vrije tijd dan alleen in deze enkele schaarse weken.

Het zij nog eens met nadruk vermeld:

Niet het ingewikkelde raderwerk van in elkaar passende efficiency-methoden vormt de grondslag van dit boek.

Niet het manipuleren met ruitertjes, dicteerapparaten, semafoons en telefoons, met sets zus en sets zo, is in staat de diepere bedoeling van de schrijver weer te geven.

De beschreven efficiency-machinerie is een zichzelf opdringend *middel* om het *doel* te kunnen bereiken:

Het bewust en financieel onbekommerd kunnen leven – en niet te worden geleefd – te midden van gezin en omgeving, waarbij de praktijk harmonieus in dit streven naar vollediger mens-zijn is geïntegreerd.

VII. Maatregelen ter verbetering van de praktijkvoering, door artsen in groepspraktijken genomen

I. Vergelijking groepspraktijk-individuele praktijk

Het ligt voor de hand, dat in een groepspraktijk op het gebied van de medisch-administratieve en organisatorische praktijkvoering nog veel efficiënter kan worden gewerkt dan in één enkele huisartsenpraktijk.

Maar als we dit constateren, behoren we te bedenken, dat deze efficiency ligt in het vlak van de werkzaamheden van de assistente en in het beter benutten van de praktijkruimte.

Al dat weinige, dat de individuele huisarts in de vorige bladzijden moest verrichten aan medische administratie zal hij ook nu moeten verrichten.

Hij moet ook in een groepspraktijk zijn financiële post dóórzien en na akkoordbevinding paraferen. Hij moet ook visites rijden, spreekuur houden en telefoneren, zonodig dicteren. Hij moet ook al datgene wat door de assistente is afgewerkt nakijken.

Zijn geneeskundig werk en ook het verrichten van geneeskunst blijven ook in een groepspraktijk dezelfde arbeid vragen als in een goed geoutilleerde, efficiënt werkende, individuele huisartsenpraktijk (uiteraard met assistente).

De voordelen van de groepspraktijk liggen dus niet in de mogelijkheid van een betere praktijk-efficiency en blijken evenmin uit een verminderde post praktijkkosten.²⁶

Geen tijdwinst dus, ook geen financiële winst.

De voordelen van een groepspraktijk liggen in betere avond-, weekend- en vakantieregelingen, waardoor het '24 uur per etmaal paraat zijn' iets wordt afgezwakt. Verder kan een jongere collega hierin worden opgeleid, een oudere collega kan iets worden ontlast, nascholing kan beter worden uitgevoerd omdat men hiervoor een tijd kan uittrekken waarin men niet wordt gestoord.

Van grote betekenis bij een groepspraktijk is ook de mogelijkheid tot dagelijks overleg in moeilijke medische problemen, hetgeen de kwaliteit van het werk ten goede zal komen, doch tevens meer tijd vraagt.

Al met al belangrijke factoren, die echter gepaard gaan met vermindering van vrijheid, met noodzaak tot samenwerking en bereidheid zich in te passen in een groep.

Aangezien een groepspraktijk bijna alle voordelen van een goede geleide éénmanspraktijk ook kan verwezenlijken en daarnaast de huisarts iets minder gebonden aan zijn praktijk maakt, zou ik op zuiver praktische gronden voorstander van een groepspraktijk kunnen zijn.

Ieder zal echter zelf moeten beoordelen, of deze voordelen hem een stuk persoonlijke vrijheid waard zijn, waarbij we tevens moeten bedenken, dat door de regeling van avonddiensten de band huisarts-patiënt ongetwijfeld iets minder hecht zal worden.

Bij bestudering van de literatuur over de relatie patiënt-arts²⁷ komt men tot de ontdekking dat alles wat er over dit onderwerp te zeggen valt eigenlijk reeds gezegd is.

Nu zou niemand het mij kwalijk nemen, als ik hier vele schrijvers zou citeren. Het is immers geen uitzondering, dat een niet onbelangrijk gedeelte van proefschriften en wetenschappelijke artikelen wordt gevuld met uitspraken van anderen.

De lengte van de literatuurlijst en het aantal citaten per bladzijde is wellicht recht evenredig met de belezenheid van de auteur over het onderhavige terrein, doch daarnaast ook wel eens omgekeerd evenredig met de oorspronkelijkheid van het werk.

Daar staat echter tegenover dat daar, waar een bepaald probleem zijdelings ter sprake komt en waar blijkt, dat anderen reeds hun beste krachten aan dit onderwerp hebben gegeven, het inefficiënt zou zijn, de vruchten van deze arbeid niet te plukken.

Laat ik dan beginnen met te zeggen, dat ik aan de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt een zeer grote waarde toeken, waaraan we m.i. zo weinig mogelijk afbreuk moeten doen.

Ik ben het van harte eens met Van Goor²⁷, die betoogde:

'In het voetspoor van Karl Jaspers schrijft Gabriël Marcel dat wanneer er geen liefde is, ontmoetingen onmogelijk zijn en de mensen elkaar dan slechts schijnbaar ontmoeten. De verhouding tussen arts en patiënt kan geen ontmoeting zijn als ze gedepersonaliseerd en in ambtelijke sfeer wordt getrokken. Wij mogen nimmer vergeten, zegt Marcel, dat zieke en ziekte niet los van elkaar kunnen worden gedacht. De ziekte is niet een functionele stoornis, die langs ambtelijke of technische weg verholpen wordt, de zieke is een mens. En Jaspers zelf meent, dat de inhoud van het artsenberoep vooral vernieuwd zal kunnen worden bij hen, die zonder de autoriteit van de kliniek en officiële functie de zieke in zijn dagelijks leven ontmoeten. Het onderzoek is dan geen technisch teamwork, maar een persoonlijke prestatie. Velen zien het oude ideaal van huisarts als een utopie, want zowel patiënten als artsen zijn veranderd. Jaspers gelooft echter, dat er in de grond niets is veranderd: de zieke zoekt zijn dokter, die hij vertrouwt en aan wie hij zich toevertrouwt. Ook nu nog is de arts in zijn beste ogenblikken de levensgezel van zijn patiënt, ja, zijn vriend. De beste arts is niet alleen een goed kenner van diagnose en therapie, maar een persoonlijkheid, via welke de wetenschap tot leven komt. Ik geloof, besluit Jaspers, dat wij allen zulke artsen

kennen; iedere arts, die voor zijn beroep is geboren, bezit deze eigenschappen.’

Conclusie

Hierna nog eens de waarde van een groepspraktijk beziende, geloof ik dat we mogen concluderen dat:

1. er voor de huisarts geen tijdwinst in zit;
2. er voor de huisarts geen financiële voordelen aan vastzitten;
3. het jarenlang samenwerken met andere collegae veel moeilijker is dan velen zich realiseren;
4. men bij een praktijkorganisatie als in dit proefschrift wordt beschreven, voldoende vrije tijd over heeft, tóch bereikbaar blijft voor spoedgevallen, terwijl er incidenteel altijd een collega uit de weekend-dienstgroep bereid wordt gevonden een avondje in te vallen, indien dit noodzakelijk mocht blijken (bij schouwburgbezoek etc.);
5. het psychologisch nadelig effect op de patiënt-arts relatie – gezien vanuit de gezichtshoek van de patiënt – niet onderschat moet worden. (Vergelijk het citaat uit Van Goor op blz. 159).

De voordelen van de groepspraktijk zijn m.i. te gering om op te wegen tegen de zo juist geschetste negatieve factoren.

2. Eénmansactiviteiten niet meer doelmatig?

In de volksgezondheidsnota 1966²⁷ worden duidelijk avances gemaakt in de richting van groepspraktijken, die, in eendrachtige samenwerking met het verzuilde kruiswerk, als ook tezamen met als wijkniveau-artsen betitelde schoolartsen, hun steentje bijdragen tot een geïntegreerde wijkgezondheidszorg. De maatschappelijke ontwikkeling wijst in de richting van het niet meer doelmatig kunnen functioneren van éénmansactiviteiten, zo lezen wij in de nota. Het lijkt mij, dat in de voorgaande bladzijden voldoende duidelijk is uiteengezet, dat het doelmatig functioneren van een éénmanspraktijk, al wordt dit niet altijd gerealiseerd, zeer wel mogelijk is.

Het éénmansbedrijf lijkt mij het aangewezen instituut dat in staat is de waarschuwing van de minister²⁷ in de reeds genoemde nota ter harte te nemen:

‘De ondergetekenden willen in het bijzonder de aandacht vragen voor de behoefte van de burgers, om in het contact met de beroepsbeoefenaren en in het contact met de gezondheidsinrichtingen een recht te hebben op een menselijke ontmoeting, menselijke benadering, waarbij rekening wordt gehouden met de menselijke waardigheid en de behoeften om in zijn oordeelsvorming en gewetenszaken gerespecteerd te worden.’

Dat deze éénmansbedrijven in de gehele gezondheidszorg doelmatig dienen te worden geïntegreerd, lijkt een vanzelfsprekende zaak.

Indien de huisartsen erin slagen hun éénmansbedrijf als een individueel, efficiënt functionerend instrument ten behoeve van de volksgezondheid aan te wenden en de minister er op zijn beurt in slaagt om de talloze, vaak sterk verzuilde organisaties, die op het gebied van de volksgezondheid werkzaam zijn, tot een efficiënt functionerend geheel samen te bundelen, dan kunnen we de toekomst van de volksgezondheid met een gerust hart tegemoet zien.

De communicatie tussen de éénmansbedrijven en de gesaneerde nevenorganisaties zal in eerste instantie voor verbetering vatbaar zijn.

Er zullen ongetwijfeld meer richtlijnen nodig zijn voor het bereiken van een in het geheel geïntegreerde huisartsenhulp.

Vele factoren die buiten dit kader van bespreking vallen, zullen aanvankelijk remmend werken.

Aan de minister en de huisartsen de schone taak deze factoren te elimineren. Met het in diskrediet brengen van éénmansactiviteiten en het zonder wetenschappelijke gefundeerdheid propageren van groepspraktijken lijkt men mij op de verkeerde weg te zijn.

VIII. Afremming van de binnenkomende impulsen

Tot nu toe hebben we alle binnenkomende impulsen als een, zij het historisch gegroeid, feit aanvaard en getracht hieraan als individueel huisarts op efficiënte wijze het hoofd te bieden.

Het zal echter ieder duidelijk zijn, dat het een belangrijke tijdsbesparing zou kunnen betekenen in de uitoefening van de praktijk, indien we in staat zouden zijn deze impulsen te beperken, zonder de patiënt hiermede enige reële schade te berokkenen.

Een groot gedeelte van onze patiënten roept onze hulp in om volkomen aanvaardbare, menselijke, medische, of psycho-sociale redenen.

Een vrij aanzienlijke, nog steeds groeiende minderheid echter, vraagt hulp, die qua omvang en tijd in geen enkele verhouding staat tot de aanwezige klachten en de daarvoor in aanmerking komende honorering.^{8,10,13} In dit verband wordt graag het woord medische overconsumptie gebruikt.

I. Het recht op gezondheid

Nu kunnen we de klachten van onze patiënten en de gemotiveerdheid tot het inroepen van medische hulp benaderen vanuit vele gezichtspunten, die kunnen leiden tot totaal verschillende conclusies. Indien we de formulering, gebezigd in het 'STATUUT VAN DE WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE'²⁷, te hulp roepen, dan lezen we:

'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekten en gebreken.

Het genot van de hoogst bereikbare graad van gezondheid is één van de grondrechten van ieder mens, zonder onderscheid van ras, geloof, politieke overtuiging, economische of sociale omstandigheden.'

Hier vanuit gaande moeten we aannemen, dat alle patiënten die ons bellen, hoe, wanneer en waarover dan ook, nog niet die toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden hebben bereikt, waarop ze – zonder de stellingen, tot uitdrukking gebracht in het statuut van de wereldgezondheidsorganisatie te kennen – menen recht te hebben. (Iemand die zich wel gevoelt belt immers niet).

Ik vraag me trouwens af, waar iemand (uitgezonderd de wel zeer idealistische W.H.O.) het recht vandaan zou halen, om voor zich en de zijnen het recht op gezondheid op te eisen. Zouden we dit recht op gezondheid willen veranderen in recht op gezondheidszorg, dan is dat, gezien in de geest die thans de staat beheerst, begrijpelijk. Doch ook op dit punt zou ik deze wel

heel ideëel gestelde formulering van gezondheid wat willen afzwakken, door eraan toe te voegen: voor zover dit binnen het kader der mogelijkheden ligt.

En hier staan we weer met beide benen op de grond. Het genot van de hoogst bereikbare graad van gezondheid, van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden, ligt namelijk *niet* binnen het kader der mogelijkheden. We kunnen ernaar streven. Akkoord. Doch vóór dit 'walhalla' bereikt is, zullen we ons nog bepaalde 'ontberingen' moeten getroosten.

2. Streven naar realiteitsbesef

Als artsen met inzicht in het menselijk denken en voelen zullen we er in woord en daad van moeten getuigen, dat het 'welbevinden' een relatief en subjectief begrip is. De graad van welbevinden is sterk afhankelijk van de wijze waarop het individu dit aanvaardt, of wel heeft geleerd dit te aanvaarden.

Via de opvoeding, via pedagogisch gerichte training, trachten wij onze kinderen te leren, dat niet alle verlangens onmiddellijk vervuld kunnen worden, dat er zelfs vele verlangens zijn, welke nooit zullen worden vervuld. We brengen hun realiteitsbesef bij, hetgeen door hen niet altijd direct begrepen en daardoor niet altijd geapprecieerd wordt. Met andere woorden, het gaat erin de opvoeding ondermeer om, dat het kind leert van het hem oorspronkelijk eigene reageren volgens het *Lust/Onlustprincipe* te komen tot het aanvaarden van het *realiteitsprincipe*.²⁸

Ten aanzien van het welbevinden zouden we kunnen stellen, dat ook de patiënt, de staatsburger, tot het besef gebracht dient te worden, dat hij aan de toestand van relatief welbevinden zelf kan meewerken. Zijn opvoeding moet zo gericht zijn, dat hij leert onaangename ervaringen te verdragen. Hij dient opgevoed te worden in de richting van een actief zelf-iets-durvente-realiseren en niet tot een passief afwachten hoe zijn overbezorgde 'moeder staat' alle moeilijkheden voor hem uit de weg ruimt.

Verstandige ouders zullen hun kinderen door passende maatregelen trachten te behoeden voor grote risico's, doch hen daarnaast in de opvoeding trainen tot zelfstandige mensen, met een eigen verantwoordelijkheid, doch ook een eigen vrijheid. Welbevinden wordt niet verkregen door de mond open te houden en te wachten tot er een pil in wordt gestopt, doch door de kleine ongemakken des levens, eenvoudige ziektes of een niet optimale aanleg, zelfstandig te verwerken en ermee te leren leven.

Ik zie het als een taak van de arts aan deze opvoeding mee te werken. We moeten, naar mijn stellige overtuiging op zijn tijd aan de eisen van de pa-

tiënt, het ziekenfonds of het staatsbestel een halt toe durven roepen. Een halt niet alleen ten bate van de arts, doch ook ten bate van de niet tot zelfstandig handelen opgevoede patiënt.

Het is jammer, dat bij de diverse instanties die bij de gezondheidszorg zijn betrokken, de inzichten in dit opzicht zo uiteen lopen.

Waar de één met betrekking tot het inroepen van medische hulp het woord ongemotiveerd, ongewenst of onnodig laat horen, zal een ander spreken van gemotiveerd, wenselijk of zelfs noodzakelijk.

Het verdrietige is echter, dat bij de huidige abonnementshonorering en bij welke andere abonnementshonorering dan ook, de huisarts zelf vrijwel geen stem heeft als het erom gaat te bepalen, welke hulp wél of niet gemotiveerd, onnodig, wenselijk of noodzakelijk is.

Als de patiënt hem roept heeft hij te gaan.

Het gedragspatroon van een patiënt, waaronder ik wil verstaan de manier waarop hij zich in zijn gedragingen aan de buitenwereld toont, is de resultante van de inwerking van opvoeding en omgeving – in de ruimste zin des woords – op de aanlegfactoren van de patiënt. Daarbij kunnen er organische factoren optreden, waardoor het gedragspatroon van een patiënt gedurende korte of soms zeer lange tijd kan worden gewijzigd. Dit gedragspatroon is door de huisarts vrijwel niet te beïnvloeden, uitgezonderd de reeds genoemde somatische en somato-psychische factoren, aangezien de aanlegfactoren, de opvoeding en de omgeving niet door hem worden bepaald.

Hij kan bij het abonnementstarief theoretisch – en in de praktijk gebeurt dit niet zelden – de dupe worden van dit gedragspatroon van zijn patiënt, zonder dat hij in staat is er ook maar iets tegen in te brengen.

Ik wil dit met een aantal *voorbeelden* uit de praktijk van de gemiddelde Nederlandse huisarts verduidelijken:

1. 's Avonds 10.30 uur – telefoon – ‘Dokter, ons kind heeft al een paar dagen pijn met slikken, maar nu heeft het 38.5 en mijn vrouw vertrouwt het niet meer. Kunt U vanavond nog wel even komen?’
2. Donderdagmorgen 8.30 uur – telefoon – ‘Dokter, U bent maandag bij mijn man geweest en U zei, dat hij griep had. Maar hij voelt zich nog zo vreselijk moe. We vertrouwen het niet.’ ‘Nee, de koorts is wel gezakt en hij hoest ook niet meer, maar mijn man zegt, ik ben nog zo slap en moe. Dokter moet het nog maar eens even bekijken.’
3. 's Nachts 0.30 uur – deurbel – ‘Dokter, mijn zoon heeft een zwerende vinger en nu krijgt hij een rode streep op zijn arm. We zijn bang voor bloedvergiftiging.’ ‘Nee, hij is niet meegekomen. We dachten dat dit in de avondlucht niet goed was.’

Ziehier een drietal alledaagse voorbeelden, waarbij de noodzaak van acute medische hulp op het gevraagde moment bijzonder discutabel is. Een groot gedeelte der patiënten zou hierover niet gebeld hebben, of desnoods op een redelijke tijd een telefonisch advies hebben gevraagd.

Verleent men op het gevraagde moment de hulp wél, dan gaat men er iets geërgerd heen en komt men meestal half berustend-half gefrustreerd weer terug: op het gevraagde moment was de hulp niet nodig; tot een uitleg hiervan komt het in de regel niet omdat de tijd en de lust daartoe bij de arts meestal ontbreekt.

Weigert men de visite, hoe vriendelijk de toon ook is: de patiënt is teleurgesteld en ook zelf voelt men zich niet bevredigd. Dergelijke incidenten kunnen de arts-patiënt relatie in ongunstige zin beïnvloeden met daarbij het gevaar, dat een weinig tolerante arts op den duur ook de klachten van andere patiënten gaat onderschatten.

3. De abonnementshonorering

Welke verzekering men ook afsluit, steeds zal men als één van de bepalingen vinden, dat bij misbruik, opzettelijke vernieling of grove nalatigheid, de verzekering zich niet gebonden acht aan haar verplichtingen ten opzichte van de verzekerde te voldoen.

In ons gevalechter, wordt door twee partijen een overeenkomst gesloten, met betrekking tot verstrekkingen in natura aan een derde partij, ten opzichte van wie men bij misbruik, opzettelijke vernieling of grove nalatigheid, geen enkele sanctie kan toepassen.

We zullen wederom een aantal *praktijkvoorbeelden* de revue laten passeren:

1. Wie kent niet de adipeuze dame van 42 jaar, die ondanks ons dringend advies en regelmatige controle maar niet wil vermageren en ons, tot haar dodelijk verlopend hartinfarct op 66-jarige leeftijd, maandelijks heeft beziggehouden, vanaf klachten over kortademigheid, spataders, aambeien via hoge bloeddruk, versleten knieën, heupen en rug, naar een be-roerte met halve verlamming, met regelmatig thuisbezoek ter controle van de tensie en de ontstane suikerziekte?
2. Wat te zeggen van de man, die meer dan 20 sigaretten per dag rookt en tenslotte onze regelmatige klant wordt door opgetreden atherosclerose, of een longca met een lang ziekbed?
3. Hoe te oordelen over de 48-jarige, volkomen ongetrainde bureau-man, die besluit mee te doen aan een voetbalwedstrijd van de oude tegen de

jonge garde van het bedrijf, prompt een achillespees scheurt en bijna een jaar onder geregelde medische controle moet staan?

4. Hoe te staan tegenover de jongeman met gonorrhoe, het vrijende meisje in de tochtige brandgang met bronchitis, de alcoholist met maagklachten, het kind met het geperforeerde trommelvlies na een 'vaderlijke' oorveeg, de nachtelijke visser met natte voeten en blaasontsteking, de automobilist met gebroken ribben na een ongeval door eigen onvoorzichtigheid?

Gaat het hier om toestanden die men als normaal moet beschouwen, zonder meer in te calculeren in een abonnementstarief of is hier sprake van 'misbruik, opzettelijke vernieling of grove onachtzaamheid'?

Mag men voor zaken, die met een redelijke preventie te voorkomen waren, de patiënt een eigen risico laten dragen?

Door het niet te beïnvloeden gedragspatroon van een gedeelte onzer patiënten blijven de situaties bestaan, waarbij de arts het idee krijgt, dat zijn hulp niet gevraagd wordt voor het leveren van een reële medische prestatie, zoals die is ingecalculeerd in het abonnements-honorarium, doch waarbij hem het gevoel overvalt, te worden misbruikt om arbeid te verrichten, waarvoor hij eigenlijk niet wordt betaald.

Juist door deze gang van zaken wordt het verrichtingscijfer nodeloos omhoog gejaagd, hetgeen dan leidt tot premieverhogingen voor alle – ook goedwillende – patiënten en tot een groeiend gevoel van onbehagen bij de huisartsen, die dit weer door het vragen van een hoger abonnements-honorarium trachten te compenseren.

4. De taak van de staat

Mijns inziens is men met de boven beschreven ontwikkeling op de verkeerde weg.

Het lijkt onjuist, de huisartsen – alsmede de adequaat reagerende ziekenfondspatiënten – door middel van bindende regels en omslagstelsels de dupe te laten worden van het gedragspatroon van minder of inadequaat reagerende ziekenfondspatiënten, temeer daar zowel de huisartsen als de 'goede' patiënten geen enkele sanctie kunnen uitoefenen.

De staat lijkt ons het aangewezen lichaam om de gezondheid – en dan niet in de zin van de W.H.O., doch voor zover dit in het kader der reële mogelijkheden ligt – van al haar ingezetenen te garanderen. Ook van de sociaal zwakkeren, van de intellectueel minder bedeelde, van de psychopatiform reagerenden, van de ziekenfondspatiënten met een inadequaat gedragspatroon, etc.

Het gehele volk draagt hiertoe zijn steentje bij via de belastingen. Maar het lijkt ons dan ook de staat te moeten zijn, die met gebruikmaking van deze gelden de door haar in het leven geroepen ziekenfondsen steunt op die plaatsen, waar dit nodig is, zonder dat zij een gedeelte der risico's indirect afwentelt op het hoofd der huisartsen, die via het progressieve belastingstelsel in niet geringe mate bijdragen tot de sociale zekerheid der Nederlandse onderdanen, maar daarnaast een vrij beroep heten uit te oefenen.

5. Het vrije beroep

Laat ik nog eens voorop stellen, dat huisartsen voor een groot gedeelte de gang van zaken in hun eigen praktijk zelf in de hand hebben:

- Willen ze veel werk, dan kunnen ze veel patiënten nemen.
- Willen ze minder werk, dan beperken ze het patiëntenaantal.
- Willen ze er een paar uur tussenuit, dan doen ze dat.
- Ze kunnen binnen zekere grenzen hun werkzaamheden regelen zoals ze dit willen.
- Ze werken in een eigen, vrij bedrijf en hebben geen baas die hun arbeidstijden bepaalt.

Daarom is het een tamelijk absurde zaak, dat deze artsen blij kunnen zijn als het rustig is in de praktijk en mopperen als het druk en onrustig is, in plaats van zichzelf, zoals een zakenman dat doet, te verheugen als zijn zaak druk bezocht wordt en zich bezorgd af te vragen of er iets mis gaat, indien zijn cliënten minder vaak een beroep op hem doen. In een drukke tijd verdienen de huisartsen immers evenveel als in een rustige. Grieppepidemieën betekenen alleen maar dag en nacht in touw zijn, doch brengen volgens het abonnementshonorarium geen duit meer in het zakje.

Hier ligt één van de principiële onjuistheden voor de arts in het vrije beroep. Hij werkt immers als ieder ander met een onweerlegbare financiële drijfveer op de achtergrond. Hij is in dit opzicht niet nobeler, ethischer dan welke arbeider ook. Hij zou zich – en ik wil dit hier met opzet nog eens herhalen – als iedere zakenman erover behoren te verheugen als zijn ‘zaak’ druk bezocht wordt. Hij zou het als iedere zakenman dienen te accepteren, dat hij minder verdient, als zijn cliënten hem minder vaak met een bezoek vereren en naar middelen moeten zoeken om hierin verandering te brengen.

We kennen dit principe op vele plaatsen in het bedrijfsleven. De meeste werknemers presteren meer in het ‘stukwerk’ dan indien zij per uur worden betaald.

Zaken, die hun personeel financieel interesseren in hún aandeel in de verrichtingen, merken dat een stijging van de produktie per man het gevolg is.

We weten, dat in communistische landen de prestaties in de collectieve

bedrijven duidelijk lager liggen dan die in overeenkomstige bedrijven in het westen, waar het eigenbelang in de uitkomsten van het bedrijf op eenvoudige wijze in de honorering tot uitdrukking wordt gebracht.

Ik zou op grond van voornoemde overwegingen een krachtig voorstander zijn van het verrichtingstarief.

Het verrichtingstarief

Of de patiënt al dan niet via een bepaalde instantie, zoals bij de I.Z.A.-regeling, een eigen risico zal dragen, lijkt mij niet een zaak, die de huisartsen, doch in eerste instantie de overheid aangaat.

De gezondheid van de individuele patiënt is aan ons toevertrouwd en voor het leveren van een medische prestatie vragen we van deze patiënten een individueel honorarium, afhankelijk van het aantal en de aard der verrichtingen.

Deze prestatie wordt dan misschien niet alleen uit roeping, doch in de meeste gevallen zeker met de nodige toewijding geleverd.

De zorg voor de portemonnaie van de patiënt lijkt ons in de eerste plaats te berusten bij de patiënt zelf, waarbij de overheid via de instelling van eventueel gesubsidieerde instituten en onder eising van een bepaalde premiebetaling, zijn ingezetenen, al dan niet verplicht, vrijwaart van grote geneeskundige risico's. Het stimuleren van het particulier initiatief lijkt ook hier van groot belang.

Dat de minst draagkrachtigen de minste risico's zullen kunnen dragen is een vaststaand feit.

Het lijkt echter niet op de weg van de huisartsen te liggen om deze problemen op te lossen.

Men verlangt dit ook niet van de kruideniers, de P.T.T. en de Nederlandsche Spoorwegen, die de minder draagkrachtige bevolkingsgroepen ook dezelfde prijs voor de suiker, de postzegel en de treinreis laten betalen als hun financieel beter bedeelde medeburgers.

Dit wil uiteraard niet zeggen, dat ik over deze problematiek niet een mening zou hebben.

Ik denk in de richting van een regeling zoals die bij de I.Z.A. gebruikelijk is.

De patiënt betaalt een vaste premie aan zijn verzekering.

De patiënt betaalt rechtstreeks zijn huisarts en krijgt van zijn verzekering een bepaald percentage terug.

Het moet daarnaast mogelijk zijn, het jaarlijks eigen risico van de patiënt te koppelen aan zijn inkomen, met andere woorden, dat de jaarlijkse eigen

bijdrage van de patiënt een bepaald *percentage* van zijn inkomen niet mag overschrijden.

Uiteraard zullen financieel deskundigen de hoogte van het percentage moeten bepalen, alsmede wat men precies onder *inkomen* zal moeten verstaan.

Het zij echter nogmaals gezegd: in principe is dit niet een zaak van de huisarts. De huisarts stelt voor zich een honorarium vast, waarvan hij vindt, dat hem dit, *rekening houdend met het huidige economische bestel waarin hij leeft*, toekomt.

Het is een honorarium, dat vergelijkbaar dient te zijn met andere maatschappelijke groepen, die een vergelijkbaar opleidingsniveau hebben en zich even sterk of minder sterk inspannen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft na ampele overwegingen als vergelijkingsobject gekozen het bereikbaar salaris volgens de salarisrichtlijnen voor 1965 van de Landelijke Artsen in dienstverband voor groep B (privaatrechtelijke dienstbetrekking,) categorie II (meer belangrijke positie) + 20 % (boven de overheid, aangezien men stelt, dat de beoefenaar van een vrij beroep bepaaldelijk een groter risico loopt met betrekking tot de continuïteit van zijn inkomen dan een werker in dienstverband).

Het verteerbaar inkomen (zie blz.78) volgens deze richtlijnen is voor 1965 ± f25000,—.²

Indien de huisarts van 1966 over een dergelijk consumptief inkomen zou kunnen beschikken, dan zou hij bruto uiteraard een veel hoger salaris moeten verdienen. Dit verteerbaar inkomen dient dan te worden 'aangekleed' met:

vakantietoelage
verschil t.o.v. het aantal werkdagen van het vergelijkingsobject
de 24-uurs disponibiliteit en irregulariteit
toeslag sociaal economische onzekerheid
kindertoelage
niet aftrekbare lijfrentepremie
inkomstenbelasting ± f20000,—
lijfrentepremie
overige premies
A.O.W./A.W.W.
loonontwikkeling 1965/1966.

Op dit moment is het verteerbaar inkomen reeds 'aangekleed' tot ruim f61000,— en nog steeds is niet het kostenbudget aan de beurt gekomen, nodig om de praktijk draaiende te houden.

We denken aan:
vervoer
huisvesting
personeel
instrumentarium enz.
oriëntering
algemene kosten
waarneming
renteverlies etc.

Alles tezamen ruim *f*20 000,—.

Het bruto honorarium voor de huisarts van 1966 wordt aldus berekend \pm *f*82 000,—.

Iets eenvoudiger gezegd: om *f*25 000,— te kunnen verteren, zou de huisarts van 1966 *f*82 000,— moeten verdienen. Op het moment dat deze regels geschreven worden, is het nog verre van zeker, of de vertegenwoordigers van de Landelijke Huisartsen Vereniging het met de afgevaardigden van de Ziekenfondsen over deze getallen eens zullen worden.

In aanmerking genomen dat:

van een consumptief inkomen van *f*25 000,— onmogelijk de aflossingen en renten kunnen worden betaald, noodzakelijk ter leniging van de schuld (*f*100 000,— – *f*150 000,—) die men heeft aan te gaan bij het overnemen van een praktijk, óf van de schulden, gemaakt om de ontoereikende financiën bij een vrije vestiging aan te vullen, schulden die meestal in dezelfde orde van grootte liggen,

van een consumptief inkomen van *f*25 000,— nooit de premies voor extra levensverzekeringen en andere verzekeringen, die men noodgedwongen bij het aangaan van grote leningen moet sluiten, betaald kunnen worden,

de geldontwaarding nog steeds voortschrijdt (in 1964 6½%, in 1965 7%),

de inkomstenbelasting sterk progressief verloopt²⁵,

de lonen van jaar tot jaar stijgen,

de huisartsen bijzonder bescheiden geweest zijn in de keuze van hun vergelijkingsobject,

zou ik op goede gronden durven stellen, dat de huisarts van 1967 met een praktijk van 3000 zielen een brutosalaris van ruim *f*100 000,— behoort te ontvangen.

Deze ruim *f*100 000,— moeten verdiend worden uit de patiënt-arts contacten. Deze nemen per dag volgens onze berekening (zie blz.136) 7½ uur in beslag. Het brutobedrag moet verdiend worden in een aantal dagen, dat

overeenkomt met het aantal dagen, dat de vergelijkbare arts in dienstverband per jaar werkt. Dit aantal dagen bedraagt maximaal 223. In dit aantal dagen besteedt de huisarts \pm 1675 uren aan patiënt-arts contacten. Om ruim f100000,— bruto te kunnen verdienen zou het uurhonorarium in het patiënt-arts contact dus \pm f60,— moeten bedragen.

We kunnen en moeten noodzakelijkerwijze onder de huidige omstandigheden per uur tien consulten verrichten. Voor een visite zou men dus minstens f12,— verschuldigd moeten zijn.

We kunnen en moeten noodzakelijkerwijze onder de huidige omstandigheden per uur tien consulten verrichten. De vergoeding voor één consult zou dan minstens f6,— moeten bedragen.

Het is mij nooit duidelijk geworden waarom een visite, die tweemaal zoveel tijd vraagt als een consult, ook niet dubbel gehonoreerd zou moeten worden en niet, zoals nu gebruikelijk, slechts een fractie duurder is dan een consult.

Veel huisartsen zullen opzien tegen de enorme administratie, die dit verrichtingstarief met zich mee zal brengen.

Indien ik de bladzijden die handelden over de werkzaamheden van de assistente, alsmede het eenvoudige systeem van het sturen van een rekening (zie blz. 64), nog even in herinnering breng, dan wordt het duidelijk, dat de overgang van het abonnementshonorarium naar het verrichtingstarief de huisarts zelf geen minuut per dag hoeft te kosten.

Hij heeft er administratief eenvoudigweg niets mee te maken.

Sommige huisartsen en ook anderen zijn beducht, dat door de invoering van het verrichtingstarief de volksgezondheid voor de lager gesalarieerden in het gedrang zal komen.

Bij een gunstige keuze van het percentage van het inkomen, dat de patiënt als eigen risico zou moeten dragen (en dit is een zaak van de overheid en niet van de huisartsen), behoeft dit zeker niet het geval te zijn.

Allerlei onderzoeken laten er ook niet de minste twijfel over bestaan, dat verhoging van de uitgaven op het gebied van de volksgezondheid, de consumptieve uitgaven van de bevolking in het geheel niet in gevaar brengen.

Nog een ander bezwaar tegen het verrichtingstarief – en dit bezwaar komt uit de hoogste regionen van het Nederlands Huisartsen Genootschap – is, dat de preventieve verrichtingen bij een verrichtingstarief volledig in het slop zullen geraken.

Hoewel dit vooralsnog een volkomen onbewezen zaak is, kan ik hier in grote lijnen wel in meevoelen.

In mijn inleiding stelde ik reeds, dat het *onder de gegeven omstandighe-*

den irreëel lijkt het pakket van de preventieve voorzieningen in het taakgebied van de huisarts uit te breiden. Het lijkt mij echter niet onmogelijk om datgene aan preventie, dat er momenteel verricht wordt, te honoreren via een abonnementsstelsel, aangezien het hier om handelingen gaat van een tevoren vast omschreven kwaliteit en kwantiteit.

Ten opzichte van de grote rest der huisartsenwerkzaamheden (volgens Bremer¹⁸ is het aandeel van de preventie in de werkzaamheden van de huisarts in de steden slechts 10,9 % en op het platteland 21,7 %), ben ik ervan overtuigd, dat met een vervanging van het abonnementshonorarium door het verrichtingsstarief:

- het verrichtingscijfer zal dalen,
- bij een redelijke keuze van de hoogte van het eigen risico de geneeskundige verzorging hier niet onder zal lijden,
- er een belangrijke psychologische stimulans voor de uitoefening van het huisartsenberoep van zal uitgaan,
- de patiënt zelf zijn particuliere status zal waarderen,
- allerlei disputen over de zogenaamde discriminatie van de ziekenfonds-patiënt t.o.v. de particuliere patiënt onmiddellijk zouden verdwijnen.

Dat nu en dan een patiënt eens wat later onder behandeling zal komen lijkt mij niet ondenkbaar, doch er vanuit gaande, dat de hoogte van het eigen risico redelijk is gekozen, lijkt mij dit een factor die we de patiënt en niet het verrichtingsstarief moeten aanrekenen. Het is verder niet ondenkbaar, dat een aantal artsen bij de invoering van het verrichtingsstarief het aantal verrichtingen sterk zal opvoeren. Ook bij de S.V.B.-verrichtingen komen dergelijke praktijken voor. Dit lijkt vrijwel onvermijdelijk.

Waarschijnlijk is de patiënt toch voldoende 'prijzbewust' zodat hij dit te hoge aantal verrichtingen zal weten te signaleren en dit aan zijn arts op één of andere wijze kenbaar maken; in het uiterste geval door het kiezen van een andere huisarts.

Het lijkt gewenst, dat de huisartsen als collectiviteit aan de problematiek van het verrichtingsstarief de hoognodige voorrang schenken.

IX. Efficiency-maatregelen door huisartsen als collectiviteit

Bij de maatregelen, te nemen door de huisartsen als collectiviteit, ter bevordering van een doelmatiger verloop in de praktijkvoering staat dus bovenaan mijn verlanglijst:

1. Het verrichtingsstarief

Er zijn echter voor de gezamenlijke huisartsen nog een aantal andere zaken, die de praktijkvoering ten zeerste zouden bevorderen. Ik denk dan aan:

2. Bevordering van het aantal consulten ten opzichte van het aantal visites

Ter toelichting het volgende:

Huisartsen met een praktijk van 3000 zielen maken per dag \pm 20 visites. Een gedeelte hiervan is nieuw, een gedeelte is een herhalingsvisite.

We gaan van het standpunt uit, dat de huisarts zelf kan bepalen, of hij bij een gewenste revisie de patiënt op het spreekuur terug wil verzoeken, of een herhalingsvisite wil afleggen. De nieuw aangevraagde visites heeft hij niet in de hand. Pas nadat de patiënt bezocht is, kan hij nagaan, of de visiteaanvraag terecht was, of dat de patiënt zeer wel *het afspraakspreekuur* had kunnen bezoeken.

Het afspraakspreekuur is nl. een zeer essentiële factor indien men visites door consulten wil vervangen.

Indien men het maken van een nieuwe visite probeert te waarderen op zijn medische of psycho-sociale wenselijkheid, dan blijkt er een groot aantal te zijn, dat dit criterium uit een oogpunt van medische of psycho-sociale wenselijkheid niet haalt.

Ik heb aan de hand van een *theoretische vraagstelling* gedurende een aantal werkdagen *honderd* in chronologische volgorde afgelegde *nieuwe visites* en *honderd* in chronologische volgorde afgelegde *herhalingsvisites* getoetst.

De *theoretische vraagstelling* luidde aldus:

Indien de nu bezochte patiënten voor het bezoek aan de huisarts zouden kunnen beschikken over geheel gratis vervoer per taxi, hoeveel van hen hadden dan, zonder medische of psycho-sociale schade van enige betekenis te ondervinden, het afspraak-spreekuur kunnen bezoeken?

In de nu volgende tabellen 2 en 3 ziet men de uitkomsten van dit onderzoek.

TABEL 2

*100 in chronologische volgorde aangevraagde eerste visites getoetst
aan de criteria geponeerd in de theoretische vraagstelling op blz. 173;
Is taxivervoer zonder medische of psycho-sociale schade mogelijk?*

nr.	m/v	leeft.	symptomen, onderzoek, diagnose	koorts?	te bed?	taxi- vervoer mogelijk?
1	v	37	hoofdpijn	—	neen	ja
2	v	18	gravida, hoofdpijn	—	neen	ja
3	m	25	hoesten, rhonchie	—	ja	ja
4	m	18	griepig	—	ja	ja
5	v	16	duizelig, ond. gb.	—	ja	ja
6	v	28	sociale problematiek	—	neen	ja
7	m	8	impetigo	—	neen	ja
8	m	1	huilerig, oorpijn	—	neen	ja
9	v	22	obstipatie, haemorrhoiden	—	ja	ja
10	v	60	lumbago	—	ja	neen
11	m	1	hangerig, forse tonsillen	—	neen	ja
12	m	66	invalide, emphyseem, obstipatie	—	neen	ja
13	v	75	galklachten	—	neen	ja
14	m	57	tensiecontrole i.v.m. duizeligheid	—	neen	ja
15	v	76	decompensatio cordis	—	ja	neen
16	v	6	virusinfectie	40,6	ja	neen
17	v	48	virusinfectie	39,8	ja	neen
18	v	6	stomatitis aphthosa	—	neen	ja
19	m	2	eczeem gelaat	—	neen	ja
20	v	63	cerumen, oren uitgespoten, loopt moeilijk	—	neen	ja
21	m	1	angina	39,6	ja	neen
22	m	31	angina	38,6	ja	neen
23	v	29	vloeit al dagen, wrsch. abortus gehad	—	neen	ja
24	m	60	waarschijnlijk long-ca, dyspnoe	—	ja	neen
25	v	42	weer thuis na curetage	—	neen	ja
26	v	18	nerveuze maagklachten	—	ja	ja
27	v	63	snijwond wijsvinger: spoedvisite! komt later op spreekuur voor 1 agrafe	—	neen	ja
28	v	9	lichte dyspnoe	—	ja	ja
29	m	5	pneumonie	39,8	ja	neen
30	m	7 mnd	zou 41,0 hebben ond. gb. temp. 37,2	—	ja	ja
31	m	2	diarrhee	—	ja	ja
32	v	36	bromfiets ongeval gehad, last van heup en knieën	—	ja	neen
33	v	3	hoesten ond. gb.	37,8	neen	ja
34	m	1	hoesten ond. gb.	38,1	neen	ja
35	v	2	hoesten, pieperig	—	neen	ja
36	m	5	hoesten, pieperig	—	neen	ja
37	v	64	flinke hydrops rechter knie	—	neen	ja

nr.	m/v	leeft.	symptomen, onderzoek, diagnose	koorts?	te bed?	taxi- vervoer mogelijk?
38	m	1	last van de tanden, hangerig	-	neen	ja
39	m	64	rugklachten, licht overspannen	-	ja	ja
40	v	74	brachialgie links	-	neen	ja
41	v	52	nerveus, exantheem	-	neen	ja
42	m	26	griepig, keelpijn	-	ja	ja
43	m	20	5e dg. pokkenvaccinatie, hoofdpijn	37,8	ja	ja
44	v	56	erg duizelig	-	ja	neen
45	m	1	cave meningitis, ziek kind	39,6	ja	neen
46	m	8 wk	van de tafel gevallen; ond. gb.	-	ja	ja
47	m	46	nerveuze hartklachten	-	neen	ja
48	v	18	erg nerveus	-	ja	ja
49	v	85	bejaarden controle; iter. medic.	-	neen	ja
50	v	32	rugklachten	-	neen	ja
51	v	7	otitis media rechts	-	neen	ja
52	v	20	angina	-	neen	ja
53	m	30	diarrhee	-	ja	ja
54	m	53	niersteenaanval	-	ja	neen
55	m	3	clavicula fractuur	-	neen	ja
56	m	30	diarrhee	-	neen	ja
57	v	3	stomatitis aphthosa	-	neen	ja
58	v	70	myalgieën in de borst	-	neen	ja
59	v	32	brachialgie rechts	-	neen	ja
60	v	30	moelijkheden met de borstvoeding	-	neen	ja
61	v	56	erg nerveus, depressief	-	neen	ja
62	v	42	griepig	-	neen	ja
63	m	3	benauwd op de borst	-	neen	ja
64	v	1	benauwd op de borst	-	neen	ja
65	m	66	door auto aangereden, haematoom dijbeen	-	neen	ja
66	v	2	zit wat vol	-	neen	ja
67	m	2	zou ernstig benauwd zijn. ond. zeer matig benauwd. Opstaan!	-	ja	ja
68	m	5	erg benauwd; vol rhonchie	-	ja	neen
69	m	1	erg benauwd; pneumonie	-	ja	neen
70	m	8	groot adenoid; neus verstopt	-	neen	ja
71	v	2	hangerig, forse tonsillen	-	neen	ja
72	m	67	auto-ongeval gehad, ribcontusie rechts	-	neen	ja
73	m	30	griepig, misselijk	38,1	ja	neen
74	v	54	last van de benen, hartkloppingen, ond. gb.	-	neen	ja
75	m	3	'asthmatische bronchitis', piepende rhonchi	-	ja	ja
76	m	1	zou benauwd en koortsig zijn; ond. volledig gb.	-	ja	ja
77	m	50	griepig, ond. gb.	-	ja	ja
78	m	49	griepig, rugklachten	-	ja	ja

nr.	m/v	leeft.	symptomen, onderzoek, diagnose	koorts?	te bed?	taxi- vervoer mogelijk?
79	m	4	'asthmatische bronchitis'; niet dyspnoïsch	38,2	ja	ja
80	m	37	griep	39,2	ja	neen
81	v	23	menorrhagie	-	ja	neen
82	v	79	resttoestand na apoplexie; loopt erg moeilijk	-	neen	neen
83	v	54	erg duizelig, tensie normaal, Menière?	-	ja	neen
84	v	34	hoofdpijn, nerveus	-	ja	ja
85	m	7	strophulus	-	ja	ja
86	m	30	griepig	-	ja	ja
87	m	27	angina	38,1	ja	ja
88	m	19	hoofdpijn, pijn in de nek	-	ja	ja
89	m	1	licht benauwd, hoesten	-	neen	ja
90	m	4	panaritium rechter wijsvinger	-	neen	ja
91	v	24	flauw gevallen, nerveuze problematiek i.v.m. kinderloos huwelijk	-	ja	ja
92	m	10	zou koortsig zijn; ond. gb.	-	ja	ja
93	v	18	kraamvrouw 10e dag, alles best, hechtingpijn	-	neen	ja
94	m	36	zou te hard hebben gewerkt? nerveus	-	neen	ja
95	v	27	enkeldistorsie	-	neen	ja
96	m	16	licht benauwd, hoesten	-	ja	ja
97	m	62	hartinfarct? (transaminases verhoogd)	-	neen	neen
98	v	21	griepig	-	ja	ja
99	v	30	zou borstontsteking hebben; ond. gb.	-	neen	ja
100	m	1	hangerig, forse tonsillen	38,7	ja	ja

Een aantal van de uit deze lijst verkregen gegevens werd iets nader uitgewerkt, uiteraard met handhaving van de criteria vastgesteld in de theoretische vraagstelling welke aan deze lijst vooraf ging.

Van de 100 patiënten hadden 20 patiënten *niet* en 80 *wel* zonder medische of psycho-sociale schade te ondervinden het *afpraak-spreekuur* kunnen bezoeken.

Van de 20 patiënten die niet hadden kunnen komen, hadden
10 patiënten geen koorts, doch lagen wel te bed
8 patiënten wel koorts en lagen wel te bed
2 patiënten geen koorts en lagen ook niet te bed.

Van de 80 patiënten die wel hadden kunnen komen lagen er
30 te bed, waarvan 26 zonder koorts en 4 patiënten met koorts.
50 patiënten lagen niet te bed, waarvan 48 geen koorts hadden en 2 wel.

Van de 100 patiënten die hun arts om een visite vroegen lagen er 48 niet te bed en 52 wel.

Van de 100 patiënten hadden 86 patiënten geen koorts en 14 patiënten wel koorts.

TABEL 3

Lijst van 100 in chronologische volgorde aangevraagde herhalingsvisites, getoetst aan de criteria geponeerd in de theoretische vraagstelling op blz. 173

nr.	m/v	leeft.	symptomen, onderzoek, diagnose	koorts?	te bed?	taxi- vervoer mogelijk?
1	m	90	maag ca	—	neen	neen
2	v	59	controle loopgips	—	neen	ja
3	v	23	kraamvrouw 4e dag	—	ja	neen
4	v	9 mnd	babycontrole	—	neen	ja
5	v	23	kraamvrouw 5e dag	—	ja	neen
6	v	65	invalidencontrole, atrophische beenspieren	—	ja	neen
7	v	23	kraamvrouw 6e dag	—	ja	neen
8	v	32	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
9	m	18	asthmatisch, matig benauwd	—	ja	ja
10	v	65	tensiecontrole	—	neen	ja
11	m	33	invalide, dwarslaesie	—	ja	neen
12	v	6	controle virusinfectie	37,9	ja	neen
13	v	61	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
14	m	60	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
15	v	85	bejaardencontrole	—	neen	ja
16	v	76	decompensatio cordis	—	ja	neen
17	v	31	dreigende eclampsie	—	ja	neen
18	v	70	maandelijkse tensiecontrole	—	neen	ja
19	v	29	onregelmatig vloeien	—	neen	ja
20	v	76	ulcus cruris, sterke arthrosis	—	neen	neen
21	m	28	maagdieet, rustkuur	—	ja	neen
22	v	64	arthrosis heupen, loopt moeilijk	—	neen	ja
23	m	70	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
24	v	60	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
25	v	73	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
26	v	44	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
27	v	54	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
28	m	79	bezocht in ziekenhuis	—	ja	neen
29	v	31	kraamvrouw	—	ja	neen
30	v	7	geen oorklachten meer	—	neen	ja
31	m	28	controle maagzweer	—	ja	neen
32	m	60	brief van specialist besproken	—	neen	ja
33	m	4 mnd	babycontrole	—	ja	ja

nr.	m/v	leeft.	symptomen, onderzoek, diagnose	koorts?	te bed?	taxi- vervoer mogelijk?
34	m	66	gaat stuk beter	-	neen	ja
35	v	31	kraamvrouw 7e dag	-	ja	neen
36	m	7 mnd	babycontrole	-	neen	ja
37	m	8 mnd	babycontrole	-	neen	ja
38	v	41	contusie linker knie	-	ja	neen
39	v	23	asthmatische bronchitis op allergische bodem niet thuis	-	neen	ja
40	v	59	zinklijm na enkelfractuur	-	neen	ja
41	v	4 mnd	babycontrole	-	neen	ja
42	v	6 mnd	babycontrole	-	neen	ja
43	m	3 mnd	babycontrole	-	neen	ja
44	v	7 mnd	babycontrole	-	neen	ja
45	v	31	kraamvrouw 10e dag	-	neen	neen
46	v	66	invalide, atrophisch beenstelsel	-	ja	neen
47	v	95	bejaardencontrole, loopt moeilijk	-	neen	neen
48	v	82	bejaardencontrole, dementeert	-	neen	neen
49	v	55	meniëre, bijna blind	-	neen	neen
50	v	54	terug uit ziekenhuis; nephrectomie	-	neen	ja
51	v	41	nog veel pijn aan knie	-	ja	neen
52	v	34	niet meer duizelig, koortsvrij, rustiger	-	ja	ja
53	v	76	oude hersenthrombose, loopt slecht	-	neen	neen
54	v	67	terug uit ziekenhuis na galblaas- operatie	-	neen	ja
55	v	33	chronische pancreatitis	-	neen	ja
56	v	79	bejaardencontrole	-	neen	ja
57	m	4	nog vochtige rhonchi	-	ja	ja
58	v	7	houdt otitis media links	-	neen	ja
59	v	36	kraamvrouw 4e dag	-	ja	neen
60	m	2 mnd	babycontrole	-	ja	ja
61	m	8 mnd	pokkencontrole	-	ja	ja
62	m	8 mnd	pokkencontrole	-	ja	ja
63	v	6 mnd	pokkencontrole	-	ja	ja
64	v	51	houdt pijn in de knie, loopt moeilijk	-	neen	neen
65	m	3	controle A + T, 2e dag	-	ja	neen
66	v	9 mnd	babycontrole	-	ja	ja
67	v	7 mnd	babycontrole	-	ja	ja
68	m	10	gaat best na commotio	-	ja	ja
69	v	76	bezoekt in ziekenhuis	-	ja	neen
70	v	85	bejaardencontrole	-	neen	ja
71	v	73	bezoekt in ziekenhuis	-	ja	neen
72	v	70	bejaardencontrole	-	ja	ja
73	m	62	bezoekt in ziekenhuis	-	ja	neen
74	m	9 mnd	babycontrole	-	neen	ja
75	v	2 mnd	babycontrole	-	ja	ja
76	m	6 mnd	babycontrole	-	neen	ja
77	m	7 mnd	babycontrole	-	neen	ja

nr.	m/v	leeft.	symptomen, onderzoek, diagnose	koorts?	te bed?	taxi- vervoer mogelijk?
78	m	6 mnd	babycontrole	-	neen	ja
79	v	6 mnd	babycontrole	-	neen	ja
80	m	4 mnd	babycontrole	-	ja	ja
81	m	6 mnd	babycontrole	-	neen	ja
82	v	6 mnd	babycontrole	-	neen	ja
83	v	27	weer thuis na bevalling in z.h.	-	neen	ja
84	m	8 mnd	babycontrole	-	neen	ja
85	v	1	babycontrole	-	neen	ja
86	v	41	contusie heup + knie, 3 week oud	-	neen	ja
87	v	40	galklachten, braakt nu en dan	-	neen	ja
88	v	8 mnd	babycontrole, pokkenvaccinatie	-	neen	ja
89	v	7 mnd	flink hoesten, geen rhonchi	-	neen	ja
90	m	8	controle na A + T	-	ja	neen
91	v	2	controle na A + T	-	ja	neen
92	v	76	bezocht in ziekenhuis	-	ja	neen
93	v	58	adipositas, coxarthrosis, functioneel	-	neen	ja
94	m	68	controle na hartinfarct half jaar geleden	-	neen	ja
95	v	66	atrophisch beenstelsel, invalide	-	ja	neen
96	v	32	moe en slap na observatie z.h., vage buikklachten	-	neen	ja
97	m	47	bezocht in ziekenhuis	-	ja	neen
98	v	22	bezocht in ziekenhuis	-	ja	neen
99	v	36	kraamvrouw 12e dag	-	neen	ja
100	m	56	thuis uit ziekenhuis na observatie rugklachten	-	neen	ja

Aan de hand van bovenstaande lijst kunnen we dus vaststellen, dat bij het in chronologische volgorde afleggen van 100 herhalingsvisites 1 patiënt met koorts te bed werd aangetroffen. Daarnaast lagen nog 48 patiënten te bed, waarvan 9 kinderen beneden de 1½ jaar (a.h.w. beroepshalve). 57 patiënten hadden volgens de criteria der theoretische vraagstelling wel per taxi het afspraakspreekuur kunnen bezoeken. 26 van de afgelegde bezoeken betroffen babycontroles. 15 patiënten werden in het ziekenhuis bezocht.

In mijn praktijk is de verhouding tussen het aantal eerste visites en het aantal herhalingsvisites ongeveer 2 : 3.

Van de 20 visites die we per dag rijden, bij een praktijkgrootte van 3000 zielen zijn er dus ± 8 als eerste en ± 12 als herhalingsvisites aan te merken.

De lijsten van de eerste en de herhalingsvisites overziende kunnen we vaststellen, dat van de normaal te maken 8 eerste visites per dag 80 % der pa-

tiënten (6,4) wél had kunnen komen en dat van de gemiddeld 12 per dag af te leggen herhalingsvisites 57 % der patiënten (6,8) eveneens wél had kunnen komen. Van de 20 patiënten, welke per dag gemiddeld worden bezocht bij een praktijkgrootte van 3000 patiënten hadden 13,2 (= 66 %) wél het afspraakspreekuur kunnen bezoeken mits ze zouden kunnen beschikken over gratis vervoer per taxi.

Dit scheelt per dag $13,2 \times 6$ minuten = 79,2 minuten autorijden, een tijd die gebruikt zou kunnen worden om iets van de doelstellingen van het Nederlands Huisartsen Instituut te verwezenlijken.

We moeten niet vergeten, dat het niet alleen voor de arts tijdwinst betekent, doch ook, dat het voor de patiënt een duidelijk voordeel is, dat hij in de spreekkamer c.q. behandelkamer van de huisarts ongetwijfeld beter, medisch meer verantwoord kan worden onderzocht dan dat dit thuis onder de gegeven omstandigheden mogelijk is.

Ik zou zover willen gaan om te stellen, dat indien inderdaad 66 % van de patiënten het afspraakspreekuur zou bezoeken, in plaats van zoals nu gebeurt hun huisarts thuis te verwachten voor aandoeningen waarmee ze zonder enige medische of psycho-sociale schade vervoerd hadden kunnen worden, dit de volksgezondheid ten goede zou komen. Er kwam meer tijd vrij waardoor een kwalitatief betere behandeling mogelijk werd gemaakt.

Indien we de criteria hadden verscherpt en waren uitgegaan van het aantal patiënten, dat per ambulance het afspraakspreekuur had kunnen bezoeken – in Amerika, Tsjecho-Slowakije en op het platteland van Zweden een volkomen normale situatie – dan hadden slechts dié patiënten, welke in het ziekenhuis lagen, alsmede de kraamvrouwen niet kunnen komen, terwijl de grote rest wel het afspraakspreekuur had kunnen bezoeken. Deze laatste criteria lijken mij voorhands in Nederland niet (nog niet?) te hanteren en het lijkt mij, dat wij daar niet treurig om behoeven te zijn. Gratis vervoer per taxi lijkt mij echter zeker zonder al te ingrijpende maatregelen te verwezenlijken.

De vraag, wie het ziekenvervoer zou moeten bekostigen, zal hier niet worden beantwoord. Ik zou willen opmerken, dat tot op heden de huisartsen – door het besteden van tijd, benzine en auto voor het maken van medisch niet noodzakelijke visites – voor een niet onbelangrijk gedeelte dit vervoer uit eigen zak hebben betaald.

Er lijkt mij beslist een redelijker financieringsmogelijkheid.

Indien wij de 100 *eerste* en de 100 *herhalingsvisites* als aselechte steekproeven beschouwen uit alle visites van beide categorieën van het gehele jaar en dus een mogelijke selectie (bv. de invloed van het jaargetijde) buiten beschouwing laten, dan zou men de volgende 95%-betrouwbaarheidsinter-

vallen kunnen opstellen van de percentages patiënten, die wèl het spreekuur hadden kunnen bezoeken:

Voor de eerste visites: 70,8%—87,3%.

Voor de herhalingsvisites: 46,7%—66,9%.

Voor het percentage 66, dat men uiteindelijk vindt, worden de grenzen van het interval dan 56,5 en 75.

Deze cijfers gelden uiteraard alleen voor deze praktijken voor praktijken, die hiermee vergelijkbaar zijn.

3. Uniformering van administratie en receptuur

Er zijn uiteraard voor de gezamenlijke huisartsen meer mogelijkheden om het huisartsenberoep doelmatiger te organiseren. Vele zaken die met de echte geneeskunst slechts zijdelings te maken hebben, zouden kunnen worden geüniformeerd. We denken hierbij aan een *uniformering van de medische administratie*, zoals een gelijk kaartsysteem, gelijke papiergrootte etc., en pogingen tot enige standaardisering van de receptuur etc.

4. Het doorgeven van wensen aan de industrie

Ik wil hier een paar voorbeelden geven:

a. De wegwerp-spuitampul

Een niet onbelangrijk gedeelte van de steriliteitsmisères bij de huisarts zou kunnen worden opgelost, indien de industrie ertoe zou overgaan in meerdere mate in plaats van de gewone ampullen spuitampullen in de handel te brengen. Indien, om iets te noemen, injecteerbare ijzerpreparaten, hydrocortison, pernaemon, hydrocobamine, vit. B., pantopon, morfine, ermetrine etc. in spuitampullen zouden worden geleverd, zou dit het werk ten zeerste vergemakkelijken en, ik durf het rustig zeggen, de kans op een hepatitis door niet of onvoldoende gesteriliseerde spuiten en naalden verminderen.

b. Injectievloeistoffen, die om wat voor technische redenen dan ook nog niet in wegwerp-spuitampullen kunnen worden geleverd, zouden althans in ampullen met *voorgevijde kop* op de markt gebracht kunnen worden.

c. Het moet eenvoudig zijn een *wegwerp-bezinkingsspuit* te construeren, welke reeds natrii citras in de juiste hoeveelheid bevat.

d. Indien het merendeel der huisartsen ertoe zou overgaan om *één uniform kaartsysteem* aan te schaffen, zou er aan de industrie de opdracht gegeven kunnen worden tot het maken van *kaartenbakken werkende volgens het*

rotorprincipe (vgl. een jakobs ladder). Door één druk op de knop roteren de bakken dusdanig, dat de lade met de juiste letter vóór komt.

Hoewel het kaartsysteem van de huisarts in verhouding tot de kaartsystemen van vele instellingen weinig frequent gebruikt wordt, zijn er toch bij een praktijk van 3000 zielen dagelijks zo'n 80–100 kaarten welke uit en later weer in de bak moeten worden gedaan. Slechts 25 % van dit aantal kaarten bevindt zich op werkhooft (althans bij het gebruik van 4-ladenkasten). In 75 % van de gevallen, d.w.z. 60–75 keer per dag moet de assistente meer of minder bukken of rekken, hetgeen haar arbeidsvreugde en de duurzaamheid van de door haar gebruikte kaarten niet ten goede komt.

Door grotere afname zou dit momenteel nog zeer kostbare systeem tot een voor de huisarts meer aanvaardbare prijs kunnen worden teruggebracht.

5. Public relations

Een belangrijk punt lijkt verder nog het collectief regelen van de *public relations*.

Er zijn vele zaken, waarvan de huisartsen gaarne zouden willen, dat ze in brede kring bekend zouden zijn. Ik wil een paar van deze zaken noemen:

- a. Hoe vaak worden we niet geroepen voor medisch gezien overbodige dingen, omdat de patiënt meent, dat het volgens de ziektewet verplicht is zijn huisarts te waarschuwen.
- b. Hoe vaak verspillen we niet kostbare tijd door aan een patiënt te moeten uitleggen, dat het afgeven van een medische verklaring aan eigen patiënten niet geoorloofd is.
- c. Hoe vaak wensen we niet, bv. bij een griep-epidemie, dat het publiek enige kennis zou hebben van het feit, dat de meeste griepjes zonder medische hulp vlot genezen en dat het althans de moeite waard is het verloop even aan te zien.
- d. Hoe vaak verzochten we niet, dat onze patiënten toch enig inzicht zouden mogen hebben in de gang van zaken in een huisartsenpraktijk. Als alle patiënten hun visites op tijd zouden aanvragen en niet voor administratieve kwesties op alle uren van de dag zouden bellen, dan zou de praktijk een stuk rustiger en efficiënter verlopen.

Hoewel men als individueel arts aan een aantal van de hiervoor genoemde punten zeker het nodige kan doen, sorteert collectieve voorlichting aan een veel grotere bevolkingsgroep uiteraard belangrijk meer succes.

De *televisie* lijkt ons voor dit stukje public relations het medium bij uitstek. Zij zou behalve het belichten van de zg. 'negatieve situaties' waarin de

patiënt geen hulp zou moeten inroepen, ook voorlichting kunnen geven over situaties waarbij wél hulp moet worden gevraagd.

Dit onderwerp is echter te uitgebreid en valt te ver buiten het kader van dit proefschrift dan dat het hier meer dan even aangetipt kan worden.

Laten we niet vergeten, dat niet alleen de patiënt, doch vooral ook de huisartsen zelf er mede verantwoordelijk voor zijn, dat hun vrije tijd zo weinig gerespecteerd wordt.

Het is al eerder gezegd en ik wil het nog eens herhalen:

de huisarts heeft zich de 'image' verworven op alle uren van de dag – óók die uren waarop onze patiënten vrij zijn – niet alleen paraat te zijn voor spoedgevallen, doch ook beschikbaar te zijn voor al het andere waarvoor zijn patiënt hem denkt te moeten consulteren.

Het is geen uitzondering maar regel dat men tijdens het eten of 's avonds wordt lastig gevallen over op zichzelf onnozele zaken, omdat de patiënt denkt te weten, dat hij zijn dokter dán tenminste thuis treft.

De blaam treft hier niet alleen de patiënt, die, volkomen vergroeid met dit beeld, niet eens het gevoel krijgt, dat hij onjuist handelt; neen, de blaam treft zeker evenzeer de huisarts, die niet alleen door een slechte praktijk-efficiency, doch door zijn hele wijze van doen het mopperend slachtoffer is geworden van zijn eigen falen op organisatorisch terrein.

Tot slot wil ik als mijn overtuiging uitspreken, dat reeds bij de opleiding van arts tot huisarts de praktijk-efficiency als een onderdeel gedoceerd dient te worden.

Zodoende kunnen we de artsen wegwijs maken in de praktische mogelijkheden om hun wetenschappelijke kennis zo goed en doelmatig mogelijk aan de patiënt ten nutte te doen komen. Daarbij zou grote aandacht geschonken moeten worden aan de voorwaarde, dat de praktijkvoering harmonieus in het gezinsleven van de huisarts wordt ingebouwd en dat te allen tijde moet worden voorkomen, dat het gezinsleven de sluitpost op de tijdsbegroting van de huisarts wordt.

Het lijkt mij, dat de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst via de medische faculteiten en door middel van allerlei andere wegen, in staat moet zijn richting te geven aan een aantal van deze collectieve maatregelen.

X. De toekomst van de huisarts

We willen dit proefschrift niet besluiten zonder enkele verwachtingen ten aanzien van de toekomst van de huisarts te hebben uitgesproken.

Allereerst dit: We kunnen de huisarts niet missen in de gezondheidszorg. Van elke 1000 Nederlanders zijn er dagelijks 35 in behandeling. 20 komen bij de huisarts, 6 à 7 bezoeken de specialist na verwijzingen door hun huisarts, 3 patiënten liggen in een ziekenhuis, de rest bezoekt of bevolkt andere medische instellingen.²⁹

Het aandeel van de huisarts in de gezondheidszorg is dus zeer aanzienlijk.

Een internationale studiec commissie van de wereldgezondheidsorganisatie, die hierover in 1964 rapport uitbracht, kwam tot de conclusie⁵, dat de huisarts een essentiële functie vervult en ook in de toekomst moet blijven vervullen in de medische diensten van alle gemeenschappen, aangezien de aard van zijn continue en integrale medische zorg tegemoet komt aan fundamentele behoeften van individu, gezin en gemeenschap.

Het aandeel van de huisartsen in het medische korps loopt echter in ons land relatief en in de laatste jaren zelfs absoluut terug.

Huygen⁵ ziet als voornaamste oorzaak een tekort aan toevoer van nieuwe artsen.

Deveer⁵ vond dat het aantal huisartsen, dat de praktijk verlaat in de jaren 1952–1962 nagenoeg hetzelfde is gebleven.

Wat de aanvoer betreft noemt Huygen als mogelijke oorzaken:

a. De werkomstandigheden van de huisarts zijn ongunstiger dan die van de specialist of de sociaal geneeskundige:

- 24-uurs service,
- zware druk op hemzelf en gezin,
- moet uitrusting en hulpkrachten uit abonnementshonorarium bekostigen,
- moet grote verantwoordelijkheid alleen dragen.

b. De opleiding:

- is niet gericht op het leren dragen van verantwoordelijkheid,
- accentueert het statusverschil specialist-huisarts,
- student maakt nauwelijks kennis met de huispraktijk en met een leermeester in deze,
- is gebaseerd op allerm minst aselechte sample van de geneeskunde buiten het opleidingsziekenhuis,
- geeft de student een scheef beeld van de geneeskunde,
- confronteert hem niet met de kwantitatief veel belangrijker extramurale

geneeskunde, doch vaak met een selectie van de fouten en mislukkingen, hoewel hij natuurlijk ook wel goed opgeloste zaken ziet,

- hanteert normen, die in de huisartsengeneeskunde niet kunnen worden toegepast,
- accentueert de techniek, die in de huisartsengeneeskunde een ondergeschikte rol speelt.

c. Maatschappelijke factoren:

- aanzienlijke financiële lasten,
- geen mogelijkheid tot het maken van carrière; men kan het in de huispraktijk alleen maar drukker krijgen en meer gaan verdienen,
- assistenten-salarissen zijn verbeterd. Het is mogelijk op deze basis te trouwen.

Tot zover een aantal notities over het teruglopen van het aantal huisartsen uit het betoog dat Huygen heeft gehouden op een op 6 maart 1964 gehouden symposium georganiseerd door de Medische faculteitsvereniging van Nijmegen onder de titel 'De huisarts en zijn toekomst'.

Wat is er nu aan dit alles te doen?

Indien de daling van het aantal huisartsen blijft doorzetten ben ik voor de nabije toekomst vrij somber. Hogere honoraria alleen maken de dagtaak wel opgewekter, doch niet korter. Hogere honoraria alleen stampen geen nieuwe huisartsen uit de grond, noch beïnvloeden zij de geestelijke instelling van de vele huisartsen, die het eenvoudige niet meer weten op te brengen hun praktijk op bevredigender wijze te volvoeren.

De maatschappelijke ontwikkeling daarentegen zal ongetwijfeld leiden tot een nog sterker verhoogde vraag naar medische hulp.

Ik verwacht, dat het aantal, gedeeltelijk noodgedwongen gemaakte, fouten door de huisarts zal toenemen, evenals het aanvaarden door de huisarts – ook weer grotendeels noodgedwongen – van grotere geneeskundige risico's voor zijn patiënten. Het aantal telefonische consulten zal toenemen. Het aantal weigeringen een patiënt te bezoeken, of zelfs te behandelen eveneens. Ook de dag van de huisarts telt immers maar 24 uur.

Vele taken die nu nog met veel moeite tot het dagelijks werk worden gerekend, zullen door tijdgebrek er uit moeten verdwijnen.

Indien de gemeenschap er echter in slaagt het thuisfront te versterken, door het op alle mogelijke manieren proberen te vergroten van het aantal huisartsen, d.w.z. door te trachten alle negatieve factoren, in de vorige

bladzijden opgesomd, te neutraliseren of in positieve zin te wijzigen, dus door:

Verbetering van

- a. de werkomstandigheden,
- b. de opleiding,
- c. de maatschappelijke factoren,

- te trachten het beschikbare huisartsenpotentieel zo doelmatig mogelijk te benutten,
- het in ruimere mate beschikbaar komen van hulpkrachten voor de huisarts, zoals de praktijk-assistente en andere medewerkers in de gezondheidszorg zoals de wijkverpleegster, de ziekenverzorgster, bejaardenverzorgster, gezinsverzorgster, de maatschappelijk werkster, de psychiatisch geschoolde maatschappelijk werkster etc.,

dan zal uiteindelijk de gezondheidszorg in Nederland niet in een chaos ontaarden (Huygen)⁵ en zal de huisarts zijn centrale plaats in de curatieve en preventieve geneeskunde (Muntendam)⁵ blijven innemen.

Samenvatting

Het doel van dit proefschrift is te trachten een duidelijk antwoord te geven op de in de inleiding geïntroduceerde probleemstelling:

Is het mogelijk om met het behoud van physio-psychologisch dagritme (arbeid-ontspanning-rust) een vorm van praktijkvoering te vinden waarbij op een voor de huisarts medisch en financieel bevredigende wijze 3000 patiënten tot hun tevredenheid worden verzorgd op een medisch verantwoorde wijze?

De werkzaamheden van de huisarts worden ingedeeld in:

- a. het verrichten van geneeskunde
- b. geneeskunst, en
- c. het uitvoeren van medisch-administratieve en praktijk-organisatorische werkzaamheden.

Vervolgens wordt getracht door het aangeven van een groot aantal maatregelen de wegen te wijzen die leiden tot een grotere efficiency op medisch-administratief en praktijk-organisatorisch terrein. Daarnaast wordt evenwel steeds de nadruk gelegd op de instelling van de huisarts ten opzichte van zichzelf, zijn gezin, zijn omgeving en zijn patiënt, een instelling die de praktijk in zijn dagelijks leven niet laat overheersen, doch deze harmonieus weet in te passen in het gezinsleven en in zijn vrijetijdsbesteding.

Uitgaande van een efficiënt ingericht praktijkhuis waarin met een praktijk-assistente wordt gewerkt, worden een groot aantal impulsen welke de huisarts van buitenaf door middel van zijn patiënten bereiken, en zijn reacties daarop, aan een nauwkeurige analyse onderworpen.

Een *patiëntenkaart* naar eigen ontwerp wordt uitvoerig besproken.

Allereerst passeert dan de *binnenkomende post* de revue.

Door middel van een postmap op het huiskamerbureau en een administratieset in de werkruimte van de assistente worden logische halteplaatsen voor de medische en financiële bescheiden gecreëerd. Halteplaatsen, vanwaar in chronologische volgorde een nieuw traject wordt gekozen op de lange weg die vele paperassen soms afleggen, vanaf het moment van binnenkomst tot aan het moment, dat ze administratief zijn afgehandeld.

De reeks van chronologische reacties, door huisarts en assistente te verrichten om de papieren hun noodzakelijke wegen te laten bewandelen, worden besproken.

Een nieuw tijdbesparend systeem voor het versturen van gespecificeerde rekeningen wordt geïntroduceerd.

Na de binnengekomen post wordt een tweede grote reeks van impulsen besproken, voortvloeiende uit de *binnenkomende telefoontjes*.

In dit hoofdstuk worden een aantal benodigdheden vermeld, die de praktijkvoering doelmatiger doen verlopen. We noemen hier:

- een telefoonbriefje,
- een kleine praktijkauto met automatische transmissie, waarin ingebouwd een volledig getransistoriseerd cassette-dicteerapparaat en een semafoon,
- een telefoon-antwoordapparaat,
- een tweede praktijktelefoon.

Als derde groep van binnenkomende impulsen worden de *binnenkomende patiënten* aan een beschouwing onderworpen.

De communicatie tussen huisarts en assistente met gebruikmaking van een *sprekkamerset*, een *administratieset* met behulp van een *dicteerapparaat* en een aantal andere administratieve hulpmiddelen wordt uitgebreid geanalyseerd.

Er volgt een korte beschouwing over de 'ideale' *praktijkruimte* met gedeeltelijk éénrichtingsverkeer voor de patiënten en gebruik van een *administratie-doorgeefwand*.

Na vaststelling van het feit, dat een dergelijke wijze van praktijkvoering bij 3000 patiënten gemiddeld acht uur per dag vraagt, volgt een *inventarisatie van alle gebruikte administratieve en praktijk-organisatorische hulpmiddelen*, alsmede een *financiële verantwoording*.

De methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de individuele huisarts worden hiermee afgesloten.

Er wordt nog eens nadrukkelijk uiteengezet dat niet de gevolgde methoden belangrijk zijn, doch de instelling om onder alle omstandigheden zelf te willen leven en niet te worden geleefd.

De praktijkvoering dient harmonieus in het totale bestaan te worden geïntegreerd.

De *groepspraktijk* wordt besproken. Geconcludeerd wordt, dat de groepspraktijk geen duidelijke voorkeur verdient boven een goed geleide efficiënt werkende éénmanspraktijk.

Er wordt een aantal maatregelen opgesomd, die de *gezamenlijke huisartsen* zouden kunnen nemen om de praktijk doelmatiger te laten verlopen en het aantal onnodig binnenkomende impulsen enigszins af te remmen.

Achtereenvolgens wordt aandacht geschonken aan:

- het verrichtingstarief,
- bevordering van het aantal consulten ten opzichte van het aantal visites,
- uniformering van administratie en receptuur,
- het doorgeven van wensen aan de industrie,
- public relations.

Met een blik in de nabije en de wat verder verwijderde toekomst en met het aangeven van een aantal bijzonder urgente maatregelen om de situatie van de volksgezondheid in Nederland, en de positie van de huisarts in het bijzonder, op een hoger niveau te brengen, wordt dit proefschrift besloten.

Summary

The purpose of this thesis is to try to give a clear reply to the problem, raised in the introduction:

Is there a possibility to practise in such a way – while conserving the psycho-psychological day-rhythm (work, relaxation, rest) – that 3000 patients are looked after to their satisfaction in a medically justified way, contenting the family-doctor medically and financially?

The family-doctor's work is divided into:

- a. practising medicine,
- b. medical science and
- c. executing the medical-administrative and practice-organizing work.

Then it is tried to show ways leading to greater efficiency in the medical-administrative and practice-organizing field, by indicating a large number of measures. Besides that however stress is always laid on the doctor's attitude towards himself, his family, his entourage and his patient; this attitude not allowing the practice to dominate his every-day life, but adapting the practice harmonically to his family-life and his way of spending his spare-time.

Starting from an efficiently fitted up practice-house in which there is worked with a female practice-assistant, a large number of impulses, reaching the family-doctor from the outside by means of his patients, and his reactions thereupon, are analysed thoroughly.

A *patient's card* after his own design is amply discussed.

In the first place the *incoming mail* passes in review.

By means of a mail-folder on the livingroom desk and an administration-set in the assistant's study, logical stopping-places are created for medical and financial papers. Stopping-places from where in chronological sequence a new section is chosen on the long way many papers sometimes must go from the moment of coming in until the moment they have been settled administratively.

The number of chronological reactions, to be executed by the family-doctor and his assistant to make the papers go their necessary ways, is discussed.

A new time-saving system for sending off specified bills is introduced.

After the incoming mail a second large number of impulses, resulting from the *incoming telephone-calls*, is discussed.

In this paragraph a number of materials, promoting more efficiently practising, is stated. We mention here:

- a telephone-note,
- a small practice-car with automatical transmission in which there is built in:
 - a fully transistorated casket-dictating apparatus and a semaphore
- a telephone reply apparatus
- a second practice-telephone.

As third group of incoming impulses the *incoming patients* are considered.

The communication between family-doctor and assistant, while making use of a *consultingroom set*, *administration set* with the aid of a *dictating-apparatus* and a number of other administrative aids is analysed extensively.

Then the 'ideal' *practice-room* with one way road system for the patients and use of an *administration passing-on wall* is briefly discussed.

After having ascertained the fact, that such a way of practising with 3000 patients requires 8 hours a day on an average, a *stocktaking of all administrative and practice-organizing aids* is given, as well as a *financial justification*.

The methods, promoting the efficiency in the individual family-doctor's practising, are concluded then.

It is emphasized again that not the methods followed are important, but the attitude to want to live under all circumstances and not being lived.

Practising should be integrated harmonically in the total existence.

The *group's practice* is discussed. It is concluded that the group's practice has no clear preference over a well-managed efficiently running one-man practice.

A number of measures is summed up that the *joint family doctors* could take in order to practise more efficiently and to eliminate somewhat the number of impulses coming in unnecessarily.

Successively attention is given to:

- the tariff of treatment,
- promoting the number of consults with regard to the number of visits,
- unifying administration and prescriptions,
- passing on wishes to industry,
- public relations.

This thesis is concluded by giving some outlooks concerning the near and more remote future and indicating a number of very urgent measures to bring the public health situation in the Netherlands and the position of the family doctor in particular, on a higher level.

Zusammenfassung

Zweck der vorliegenden Arbeit ist eine deutliche Antwort zu geben auf die in der Einleitung introduzierte Problemstellung:

Ist es möglich um mit Beibehaltung des physio-psychologischen Tagesrhythmus (Arbeit-Entspannung-Ruhe) eine Form der Praxisführung zu finden, bei der auf eine für den Hausarzt medizinisch und finanziell befriedigende Weise 3000 Patienten zu ihrer Zufriedenheit auf medizinisch verantwortete Art und Weise versorgt werden?

Die Tätigkeiten des Hausarztes werden eingeteilt in:

- a. das Ausüben der ärztlichen Heilkunde,
- b. die medizinische Wissenschaft und
- c. die Verrichtungen der medizinischen Verwaltung und der Organisation einer Hausarztpraxis.

Im Weiterem werden eine grosse Anzahl von Massnahmen genannt die dazu dienen sollen, Möglichkeiten anzuweisen für eine grössere Zweckmässigkeit auf medizinisch-administrativem und praxis-organisatorischem Gebiet. Daneben wird aber stets der Nachdruck gelegt auf die Einstellung des Hausarztes sich selbst, seiner Familie, seiner Umgebung und seiner Patienten gegenüber, eine Einstellung bei der die Ausübung der Praxis ihn nicht beherrscht, sondern wobei er diese auf harmonische Weise seinem Familienleben und seiner Freizeitgestaltung anzupassen weiss.

Unter der Voraussetzung einer effizient eingerichteten Praxishaushaltung, in der mit einer Praxis-Assistentin zusammen gearbeitet wird, werden eine grosse Zahl von Impulsen, wie diese den Hausarzt von aussen her mittels seiner Patienten erreichen, und seine Reaktionen auf diese Impulse einer eingehenden Untersuchung unterzogen.

Eine *Patienten-Karteikarte* nach eigenem Entwurf wird ausführlich behandelt.

Zunächst kommt die *eingekommene Post* an die Reihe.

Mittels eines Postordners auf dem Schreibtisch im Wohnzimmer und einer Administrationseinheit in dem Arbeitsraum der Assistentin werden logische Zentralisationspunkte für die ärztlichen und die finanziellen Unterlagen eingerichtet: Zentralisationspunkte von denen aus in chronologischer Folge ein neues Trajekt gewählt wird auf dem langen Weg, den die vielen Papiere und Formulare manchmal ablegen müssen vom Moment der Ankunft bis zu dem Zeitpunkt, dass sie administrativ erledigt sind.

Die Zahl der chronologischen Handlungen, die von dem Hausarzt und

seiner Assistentin verrichtet werden müssen um die verschiedenen Schriftstücke und Formulare zu bearbeiten und zu erledigen, werden erläutert.

Ein neues, zeitsparendes System um spezifizierte Rechnungen zu verschicken, wird eingeführt und dargelegt.

Nach der Behandlung der Post wird eine zweite Reihe von frequenten Impulsen besprochen, die sich aus den *einkommenden Telefongesprächen* ergeben.

Weiter wird eine Zahl von Erfordernissen genannt, die die Führung der Praxis zweckmässiger gestalten. Wir erwähnen hier:

- ein Telefonzettel,
- ein kleines Praxisauto mit automatischer Gangschaltung, in welches ein voll-transistorierter Kassetten-Diktierapparat und ein Semafon eingebaut sind,
- ein telefonischer Antwortapparat,
- ein zweites Praxistelefon.

Als dritte Gruppe von einkommenden Impulsen werden die *Patienten, die die Sprechstunde besuchen*, einer näheren Betrachtung unterworfen.

Die Kommunikation zwischen Hausarzt und Praxis-Assistentin wird eingehend analysiert. Bei dieser Kommunikation spielen der Gebrauch einer näher beschriebenen *Sprechzimmereinheit*, einer *Administrationseinheit* mit Hilfe eines *Diktierapparates* und anderer administrativer Hilfsmittel eine wichtige Rolle.

Es folgt eine kurze Ausführung über die 'ideale' Einrichtung des Sprechzimmers mit den dazugehörigen Räumen die es ermöglicht, dass die Patienten im 'Einbahnsystem' den Arzt passieren. Hierzu gehört die Anwendung einer Schalterwand zur Praxisassistentin.

Eine derartige Methode der Praxisführung erfordert bei 3000 Patienten etwa acht Arbeitsstunden täglich. Im Weiterem folgt die *Bestandaufnahme* aller angewendeten *administrativen und praxis-organisatorischen Hilfsmittel*, sowie eine *finanzielle Übersicht*.

Hiermit wird die Methode der Erreichung eines Nutzeffektes in der Praxisführung des individuell arbeitenden Hausarztes abgeschlossen.

Es wird nochmals nachdrücklich dargelegt, dass nicht die Einhaltung der beschriebenen Methoden das Wichtigste ist, sondern die Einstellung des Arztes um unter allen Umständen selbst leben zu wollen und nicht, um gelebt zu werden.

Es ist wichtig, dass die Art der Praxisführung auf harmonische Weise in das Dasein des Arztes integriert wird.

Die Gruppenpraxis wird besprochen. Es wird gefolgert, dass die Gruppenpraxis keinen deutlichen Vorzug hat im Vergleich mit einer gut geführten und effizient arbeitenden Einmannspraxis.

Es werden schliesslich eine Anzahl von Massnahmen genannt, die *alle Hausärzte zusammen* nehmen könnten um die Praxis mehr zweckgemäss zu führen, und die es ermöglichen die Anzahl unnötiger Impulse die den Arzt erreichen, einigermassen zu verringern.

Nacheinander folgend wird die Aufmerksamkeit gerichtet auf:

- den Tarif für die ärztliche Verrichtung,
- die Begünstigung der Anzahl von Konsultationen im Verhältnis zu der Anzahl der Hausbesuche,
- die Vereinheitlichung von Verwaltung und Rezeptur,
- das Übermitteln von Wünschen an die Industrie,
- die 'public-relations'.

Mit einem Blick auf die nähere und die etwas entferntere Zukunft und mit Nennung einer Anzahl besonders notwendiger Massnahmen, die die Situation der Volksgesundheit in den Niederlanden und ebenfalls die Position des Hausarztes auf ein höheres Niveau bringen könnten, wird die Arbeit beendet.

Résumé

La thèse qui précède a pour objectif de trouver une réponse claire au problème exposé dans l'introduction :

Est-il possible, tout en sauvegardant le rythme journalier physio-psychologique (travail-loisirs-repos), de trouver un mode d'exercice de la médecine de clientèle suivant lequel le médecin puisse prendre soin de 3000 personnes d'une façon satisfaisante au point de vue médical et pécuniaire et à la satisfaction des malades?

Les activités du praticien sont classées en :

- a. exercice de la médecine,
- b. l'art de guérir et
- c. l'exécution des travaux d'administration médicale et d'organisation du travail.

Ensuite, nous avons tenté, en décrivant un grand nombre de mesures à prendre, d'indiquer les moyens de parvenir à une plus grande efficacité dans le domaine de l'administration médicale et dans l'organisation de l'exercice de la profession. Parallèlement, cependant, nous avons sans cesse insisté sur l'attitude du médecin vis-à-vis de lui-même, de sa famille, de son entourage et de ses malades, attitude ne laissant pas prédominer sa profession dans sa vie quotidienne, mais assurant une bonne harmonie avec sa vie de famille et l'occupation de ses loisirs.

Supposant que le médecin travaille dans une maison appropriée, avec l'aide d'une assistante médicale, nous avons procédé à une analyse exacte d'un grand nombre d'impulsions extérieures qui atteignent le médecin par l'intermédiaire de ses malades, ainsi que de sa réponse à ces impulsions.

Une fiche individuelle suivant nos idées personnelles est discutée en détail.

Pour commencer, nous avons examiné *l'arrivée du courrier*. A l'aide d'un portefeuille à courrier placé sur le bureau dans la salle de séjour et d'un ensemble administratif dans le local de travail de l'assistante, l'on crée des points d'arrêt logiques pour les documents médicaux et financiers. A partir de ces arrêts et en ordre chronologique, un nouveau trajet est choisi pour continuer le long parcours que bien des papiers doivent parfois effectuer depuis leur arrivée jusqu'au moment où ils se trouvent incorporés dans l'administration.

La série chronologique des réactions nécessaires, de la part du médecin et de son assistante, pour que les documents suivent la voie appropriée, est discutée.

Un système nouveau permettant une économie de temps dans l'envoi de mémoires détaillés est présenté.

Après l'arrivée du courrier, nous avons étudié une seconde grande série d'impulsions amenée par les *communications reçues par téléphone*.

Ce chapitre mentionne certains accessoires contribuant à l'efficacité de l'exercice, parmi lesquels :

- une feuille de notes pour communications téléphoniques,
- une petite automobile de travail, à transmission automatique, dans laquelle sont installés :
 - un magnétophone de dictée entièrement transistorisé à cassettes, et
 - un sémaphone,
- un répondeur téléphonique automatique,
- un téléphone supplémentaire pour la réception des communications.

Comme troisième groupe d'impulsions reçues, les *malades se présentant à la consultation* sont considérés de plus près.

La communication entre le médecin et son assistante, avec emploi d'un *équipement de cabinet*, d'un *équipement d'administration* à l'aide d'un *magnétophone de dictée* et de quelques autres instruments administratifs, est analysée en détail.

Suit une brève considération d'un *aménagement de consultation* 'idéal', comportant une circulation à sens unique des malades et l'usage d'une cloison à *passer-documents*.

Après avoir établi qu'une telle organisation du travail aboutira en moyenne à une journée de huit heures pour une clientèle de 3000 personnes, nous avons procédé à *l'inventaire de tout l'équipement servant à l'administration et à l'exercice de la profession*, ainsi qu'à *justification financière*.

Ici se termine la description des méthodes d'augmentation de l'efficacité de l'exercice individuel par le médecin de famille.

Il est encore insisté sur le fait que le plus important n'est pas le choix des méthodes, mais l'attitude de celui qui veut vivre et non pas subir la vie.

Il faut que l'exercice soit incorporé de façon harmonieuse dans la totalité de l'existence.

Les cabinets de groupe sont étudiés, pour arriver à la conclusion qu'ils ne sont pas nettement préférables aux cabinets individuels bien menés et fonctionnant de façon efficace.

Nous avons énuméré différentes mesures que les praticiens pourraient prendre *collectivement* afin de pouvoir exercer la profession de façon plus efficace et de réduire quelque peu le nombre d'impulsions qui leur parviennent inutilement.

Nous avons considéré successivement :

- le tarif par consultation ou visite,
- le développement du nombre de consultations par rapport au nombre de visites à domicile,
- l'uniformisation de l'administration et des formules,
- la communication de désirs à l'industrie,
- les relations publiques.

La thèse se termine par un coup d'œil vers l'avenir prochain et un peu plus éloigné, en indiquant plusieurs mesures particulièrement urgentes pour élever le niveau de la santé publique aux Pays-Bas et, plus spécialement, la situation du médecin de famille.

In de tekst gememoreerde literatuur

1. F. J. A. HUYGEN: Huisarts en Universiteit. Huisarts en Wetenschap, 5 (1962) 353.
2. LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING: Schrijven d.d. 11-9-'65 aan de Organisaties van Algemene Ziekenfondsen.
3. MEDISCH CONTACT: 20 (1966) 585, rede: J. F. A. van Rijn, 24 juni 1966.
4. CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID: Juli 1965, verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid 7, 1262, tabel 3.
5. KATH. ARTSENBLAD: Huisarts en zijn toekomst, 44 (1965) 108.
6. E. C. M. FRIJLING-SCHREUDER: Preventie van neurotische gezinsrelaties.
7. KATH. ARTSENBLAD: Huisarts en zijn toekomst, 44 (1965) 119.
8. J. T. BUMA: Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandsche Gezondheidszorg. Ned. Inst. voor Preventieve Geneeskunde, Leiden, 1959.
9. R. S. TEN CATE: De praktijkhulp van de huisarts. Diss. Leiden, 1956.
10. K. J. VAN DEEN: Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. Diss. Groningen, 1952.
11. C. H. W. HOGERZIJL: Resultaten in een huisartsenpraktijk. Diss. Zwolle, 1954.
12. E. M. JANSEN-EMMER: Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. Diss. Zeist, 1958.
13. H. A. M. RUHE: Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Diss. Assen, 1957.
14. H. W. A. SANDERS: Medisch Contact 35 (1966) 784. Bepaling van de praktijkomvang van een gemiddelde Nederlandse huisarts.
15. PHILIPS HUISARTSENDEENST: jaarcijfers 1963, 1964, 1965.
16. Y. VAN DER WIELEN: De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Diss. Assen, 1960.
17. NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT: Jaarverslag 1965.
18. G. J. BREMER en E. VAN WESTREENEN: De werkzaamheden in de huisartsenpraktijk nu en in de toekomst. Huisarts en wetenschap, 7 (1964) 2.
19. R. SCOTT: Brit. Med. J. II (1960) 293.
20. E. V. W. VERCRUYSSSE: (1960) Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek.
21. E. M. BACKETT, CS: Lancet I, 37.
22. A. C. DROGENDIJK: Huisartsgeneeskunde in verleden, heden en toekomst.
23. C. M. J. VELZEBOER: De klinische blik. Inaugurale rede: Amsterdam, 1965.
24. MEDISCH CONTACT: (1966) 763.
25. B. SCHIPPERS en J. L. VAN HEDEL: Aftrekposten bij de inkomsten- en vermogensbelasting, 1965.
26. MEDISCH CONTACT: (1966) 273 en 423.
27. DR. I. A. VAN GOOR: Beschouwingen over de aspecten van de volksgezondheidsnota 1966. Medisch contact, (1966) 451.
28. H. NUNBERG: Allgemeine Neurosenlehre (1959).
29. J. B. STOLTE: Vraag naar en aanbod van Gezondheidszorg en Ziekenhuisdiensten. Inaugurale rede: Tilburg.

Geraadpleegde literatuur

- BALINT, M., M.D.: The doctor, his patient and the illness, 1957.
- BOS, DR. G. J.: Ervaringen met het N.H.G.-kaartsysteem. Huisarts en wetenschap, 4 (1961) 291.
- BRENKMAN, DR. C. F.: De huisarts en het gezin van zijn patiënt, 1963.
- BRITISH MEDICAL JOURNAL: General practice To-morrow (1965) 1240.
- BUIKHUISEN, DR. W.: Achtergronden van nozemgedrag, 1966.
- CATE, R. S. TEN: De praktijkvoering van de huisarts, 1964.
- DORP, G. S. VAN: Towards better general practice. Huisarts en wetenschap, 6 (1963) 238.
- ES, DR. J. C. VAN: Het huisarts zijn. Nederlands tijdschrift voor medische studenten, 7 (1963) 142.
- FESTEN, DR. H.: De toekomstige ontwikkeling van de huisartsenpraktijk in Nederland. Huisarts en wetenschap, 6 (1963) 385.
- GOOR, I. A. VAN: Huisarts en preventieve gezondheidszorg. Diss. Leiden, 1961.
- GROSS, G.: Beleid met de tijd.
- HUISARTS EN WETENSCHAP: Regering en huisarts, 7 (1964) 365.
- HUYGEN, DR. F. J. A.: Huisarts en opleiding (V), Huisarts en wetenschap, 6 (1963) 74.
- HUYGEN, DR. F. J. A.: De toekomst van de huisarts in Nederland. Huisarts en wetenschap, 6 (1963) 314.
- HUYGEN, DR. F. J. A.: Gezin en ziekte. Huisarts en wetenschap, 7 (1964) 429.
- KAUFMANN, A. en F. FAURE: Operationele research, 1963.
- KOOPMAN, J.: De maatschappelijke rol van de huisarts in de moderne samenleving. Huisarts en wetenschap, 5 (1962) 141.
- LAHR, DR. J. H. F.: Gedachten over een opleiding tot huisarts. Huisarts en wetenschap, 7 (1964) 368.
- LEEUW, J. I. VAN DER: De toekomst van de huisarts. Huisarts en wetenschap, 7 (1964) 249.
- MEDISCH CONTACT: Groepspraktijk, 12 (1958) 198.
- MEDISCH CONTACT: Interim rapport opleiding huisarts, 50 (1963) 923.
- MITSCHERLICH, A.: Die vaterlose Gesellschaft, 1965.
- QUERIDO, PROF. DR. A.: De huisarts en de maatschappelijke problematiek van zijn patiënten. Huisarts en wetenschap, 4 (1961) 283.
- ROGERS, C. R., PH.D.: On Becoming a Person, 216 e.v.
- STAMM'LER, IR. CH. J. J. en IR. J. R. G. DE VEER: Uitvindingen en octrooien, 1962.
- TAYLOR, S.: Good general practice. London, 1955.
- VRIES, A. E. N. DE: De methoden van de huisartsen geneeskunde. Huisarts en wetenschap, 9 (1966) 233.
- WAALS, H. G. VAN DER: Het neurotische gezin. Maandblad van de geestelijke volksgezondheid, 2 (1948) 47.
- WINKLER PRINS, DR. J.: Huisarts en patiënt, 1966.
- ZIEKENFONDS, HET: De toekomst van de huisarts, 11 (1964) 272.

Lijst van foto's

1. Een patiëntenkaart in ongevouwen toestand met maten	40
2. Een patiëntenkaart in gevouwen toestand met nummering	42
2a. Een snelhechter	42
3. Een patiëntenkaart met beschreven en afgeknipte kop van een man	44
4. Een patiëntenkaart met beschreven en afgeknipte kop van een vrouw	45
5. Een patiëntenkaart met beschreven en afgeknipte kop van een oudste kind (zoon)	45
6. Een patiëntenkaart met beschreven en afgeknipte kop van een vierde kind (dochter)	47
7. Een gezinsoverzicht van patiëntenkaarten	47
8. Een gekeerde dubbelgeknipte patiëntenkaart.	48
9. Een patiëntenkaart met beschreven kop en ingevulde medische gegevens	49
10. Een receptenbloc met daarnaast recept-carbon-doorslag	50
11. De weekbak	52
12. De kaartenbak	52
13. Een patiëntenkaart met een ruiters voor wetenschappelijk onderzoek	55
14. Een patiëntenkaart met een gekleurd etiket voor wetenschappelijk onderzoek	55
15. De postset	57
16. De postmap	58
16a. De postmap, voorzijde inhoud	58
17. De administratieset	59
18. Stapelordners	63
18a. Staande ordners	63
19. Een rekeningenset	65
20. Een moederblad	67
21. Een kwartaalrekening	68
22. Een ingevuld moederblad, waarvan het eerste kwartaal op 10-4-'66 per bank is betaald	71
23. Een monsterkast.	92
24. Een telefoonbriefje	95
25. Een auto-dicteerapparaat met cassette	101
26a. Een telefonische aanvraag voor een visite (telefoon + telefoonbriefje)	107
26b. Een telefonische aanvraag voor een spreekuur-afspraken (telefoon + afspraakboek)	107
26c. Een telefonische aanvraag voor een gemotiveerde naboodschap (telefoon + semafoon code 1 t/m 5)	107
26d. Een telefonische aanvraag voor een spoedvisite (telefoon + semafoon code 6)	107
26e. Een telefonische aanvraag buiten de werktijd	107
26f. Een telefoontje in het weekend (telefoon + telefoon-antwoordapparaat via waarnemer naar semafoon code 6)	107
27. Een semafoonzender	110
27a. Een semafoonontvanger	110
28. Een afspraakkaartje, voorzijde	124
28a. Een afspraakkaartje, achterzijde	124
29. Een 1/31-sorteermap	129
30. Een particulier verwijskaartje	132

Lijst van schema's

1. De weg van de praktijkpost	60
2. Vergelijking van het nieuwe en het gebruikelijke rekeningensysteem . . .	75
3. De crediteurenrekening; betaling per bank	79
4. De crediteurenrekening; betaling per giro	80
5. De crediteurenrekening; betaling per kas	81
6. De debet- en creditzijde van bank-, giro- en kasboek	83
7. Een per bank ontvangen particuliere verrichting	85
8. Een per giro ontvangen particuliere verrichting	86
9. Voorbeeld van rubricering van de monsterkast	91
10. De weg van het autodictaat	103
11. Een per kas ontvangen particuliere verrichting	120
12. Het sorteren van de kaarten der spreekuur-patiënten in de spreekkamerset .	125
13. De weg van de afgewerkte post en het afgewerkte dictaat	127
14. Het sorteren van de spreekkamerset vanuit de bak NAKIJKEN	130
15. Het volledige administratieschema	134
16. Postmap → praktijkpost	147
17. Praktijkpost → afgewerkte post	148
18. Nakijken doorgeefwand → spreekkamerset	149
19. Nakijken → dicteren	150
20. Dicteren spreekkamerset → gedictieerd doorgeefwand	151
21. Dictaat → afwerken → afgewerkt dictaat	152
22. Nakijken → nagekeken	153
23. Nagekeken spreekkamerset → nagekeken doorgeefwand → gecontroleerd	154

Lijst van tekeningen

1. Indeling van het op dit onderzoek betrekking hebbende praktijkhuis . . .	37
2. Een administratie-doorgeefwand gezien vanuit de administratieruimte . . .	I43
3. Een administratie-doorgeefwand gezien vanuit de spreekkamer . . .	I44
4. Een doorsnede van een administratie-doorgeefwand ter hoogte van de administratieset	I44

Lijst van tabellen

1. Ziekenfondspraktijken van huisartsen, verdeeld naar de grootte van de praktijk op 16 mei 1964 18
2. 100 in chronologische volgorde aangevraagde eerste visites getoetst aan de criteria geponeerd in de theoretische vraagstelling op blz. 173 174
3. 100 in chronologische volgorde aangevraagde herhalingsvisites getoetst aan de criteria geponeerd in de theoretische vraagstelling op blz. 173 177