

Methodisch werken en werken met standaarden

Gescheiden ontwikkeling of symbiose?

T. WIERSMA

Standaarden zijn van groot belang voor de emancipatie van de huisartsgeneeskunde. Anderzijds dreigen zij door hun overwegend medisch-technisch karakter de huisartsgeneeskunde te verzakelijken. De oplossing wordt vooral gezocht in begrenzing van de reikwijdte van standaarden van buitenaf, zoals door het opstellen van richtlijnen voor algemene consultvaardigheden. Standaarden zijn – vaak impliciet – uiting van de toegenomen aandacht voor de medische kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen ten koste van aandacht voor de hulpvraag van de patiënt. Standaarden zijn exponent van een huisartsgeneeskundige cultuur waarin de metafoor van het gesprek met de patiënt uit de jaren zeventig vervangen is door de metafoor van de markt. Door het vervaardigen van richtlijnen voor algemene consultvaardigheden naast standaarden zullen richtlijnen uit verschillende culturen grotendeels onverbonden naast elkaar blijven staan. Van deze strategie valt weinig heil te verwachten. Het verdient derhalve de voorkeur om op systematische wijze in de standaarden te expliciteren waar en hoe verlangens van de patiënt van invloed zijn op het te voeren beleid.

Wiersma T. Methodisch werken en werken met standaarden. Gescheiden ontwikkeling of symbiose? *Huisarts Wet* 1992; 35(9): 352-4, 364.

Drs. T. Wiersma, Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

Inleiding

De NHG-standaarden worden positief ontvangen.¹ Ze voorzien in een behoefte aan richtlijnen op het gebied van het handelen van de huisarts. Voortzetting van de ontwikkeling van standaarden kan worden toegejuicht.

Er is echter ook twijfel en kritiek. Bedenkingen richten zich vooral op het medisch-technische karakter van de standaarden, waardoor verworvenheden van methodisch werken dreigen te verdwijnen. Vastgesteld wordt dat het zaak is de reikwijdte van standaarden te begrenzen en deze in te passen in methodisch werken: 'Terwijl het NHG voortgaat met de ontwikkeling van haar standaarden lijkt het intussen een taak voor de universitaire huisartseninstituten om zich te bezinnen op de grenzen van standaardisering, opdat de standaard een plaats kan krijgen in de persoonsgerichte benadering van de huisarts en niet andersom'.² Ook het NHG erkent inmiddels het probleem.³ Er bestaan plannen om richtlijnen voor algemene consultvaardigheden te formuleren.⁴ Daarvoor is de term raamwerk bedacht.

Het is echter de vraag of van begrenzing van standaardisering door middel van richtlijnen voor algemene consultvaardigheden, waarbij de standaarden zelf buiten de discussie blijven, veel heil te verwachten valt. Met de bedoeling bovenstaande discussie verder te helpen, hier een pleidooi voor een andere variant.

Gesprek en markt

Het proefschrift 'Ziek is het woord niet' beschrijft hoe in de huisartsgeneeskunde van de jaren zeventig het probleem van de patiënt, de hulpvraag, centraal komt te staan.⁵ Een maatstaf in de patiënt wordt het criterium voor de bemoeienis van de huisarts. De metafoor van het gesprek kenmerkt de verhouding tussen hulpverlener en hulpvrager. Vragen worden serieus genomen en adequate antwoorden zijn vereist.

In de jaren tachtig domineert de metafoor van de markt. De vraag om antwoord wordt een vraag om aanbod. De huisarts gaat na welke behandeling zinvol is en

welke niet. De vraag wat te doen wordt dominant, waarbij er vooral veel niet moet gebeuren. Deze terughoudendheid in medisch handelen stoelt niet op verlangens van de patiënt.

Wat dokters wél doen, moet goed gebeuren. Huisartsen richten zich op kwaliteit. Er komen protocollen en later ook standaarden. Onderlinge toetsing prevaleert boven het oordeel van de patiënt. 'Ziek' viel in de jaren zeventig vrijwel samen met de individuele ervaring van de patiënt; tegenwoordig dient de diagnose ook die elementen te bevatten die de huisarts aandacht moet geven.

De afstemming van hulpvraag en aanbod

'Ziek is het woord niet' stelt dat de hulpvraag van de patiënt niet meer centraal staat. Maar is dit een bezwaar tegen de articulatie van het aanbod die standaarden willen geven? Voor zover de standaarden formuleren welke hulpverlening zinvol is, verminderen zij iatrogene schade en bevorderen zij de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen.

Een nadeel is echter dat het onduidelijk wordt waarop het medisch aanbod moet worden afgestemd. De vraag of er 'aanbod' is dat voldoet, wordt immers de vraag naar wat 'mogelijk' is, niet naar wat 'nodig' is. De huisartsgeneeskunde neemt zichzelf als uitgangspunt en ziet de problemen van patiënten te weinig als opdracht en uitdaging. De ene patiënt wordt behandeld, omdat er een effectieve behandeling is; de andere wordt naar huis gestuurd, omdat er niets te bieden is.

Deze nadelen komen sterk overeen met de argumenten die eertijds werden gebruikt voor methodisch werken: 'Door ongebreidelde toepassing van deskundigheid ontstaat het gevaar dat de mogelijkheden waarover deskundigen beschikken tevens de begrenzing van de hun aangeboden problemen uitmaken. Met andere woorden een omkering van de wenselijke situatie: niet de problemen bepalen welke en hoeveel deskundigheid geboden is, maar de deskundigheid bepaalt welke problemen worden aangepakt en hoe!'⁶

De suggestie dat methodisch werken en

daarmee de hier aangeduide problematiek inmiddels historie is, en de term hulpvraag inmiddels vervangen is door de term contactreden, moet met klem van de hand worden gewezen.⁷ Hulpvragen en contactredenen zijn allerminst identiek, niet in de laatste plaats door de operationalisering van de term contactreden met behulp van de ICPC.⁸ Tegen een tweesporenbeleid gelden dezelfde bezwaren als tegen het opstellen van richtlijnen voor algemene consultvaardigheden, zolang onduidelijk blijft waar en hoe de geneeskundige agenda en de agenda van de patiënt met elkaar moeten worden verbonden.⁹

Standaarden en richtlijnen methodisch werken

Ook voorstanders van standaardenontwikkeling menen dat methodisch werken waarde heeft voor de huisarts. Zo stelt NHG-directeur *Van der Voort* in 'Standaarden, naar te koele zakelijkheid?' dat het een misverstand is te denken dat werken met standaarden en methodisch werken elkaar uitsluiten.¹⁰ Standaarden vervangen methodisch werken niet, maar sluiten erop aan, ze beginnen daar waar de vraag van de patiënt eindigt.

Om tegemoet te komen aan de kritiek dat standaarden essentiële principes van goede consultvoering veronachtzamen, stelt *Van der Voort* voor om in de toekomst richtlijnen op te stellen voor onderdelen van het handelen van de huisarts als een goede intake, het betrekken van de patiënt bij het beleid, de prescriptie en het geven van voorlichting. Gezamenlijk zouden dit soort richtlijnen een handleiding methodisch werken kunnen vormen. Daarnaast dient het beginpunt van een standaard en het voortraject in het consult, de hulpvraagverheldering, expliciet vermeld te worden. De kadertjes in elke standaard over inbreng van de patiënt en afweging door de huisarts doen dat kennelijk onvoldoende.

Van der Voort geeft aan dat richtlijnen op het gebied van consultvaardigheden niet eenvoudig op te stellen zijn, maar de publicatie van dergelijke richtlijnen zal waarschijnlijk het 'verwijt' dat standaarden het huisartsgeneeskundig handelen verzakelijken, doen verstommen.

Grensc conflicten

In 'Ziek is het woord niet' worden standaarden geplaatst in een ontwikkeling waarin de relatie tussen de hulpvraag en het hulpaanbod opnieuw problematisch is geworden. *Van der Voort* stelt daarentegen dat methodisch werken en werken met standaarden passen bij verschillende fasen in het consult. De arts stelt vast of de standaard, gezien de hulpvraag, toepasbaar is. Grensc conflicten zullen in die visie uitblijven als de beginpunten van de standaarden maar goed worden aangegeven.

Daarbij wordt impliciet verondersteld dat standaarden neutraal staan ten opzichte van methodisch werken. Dat is, gezien de analyse in 'Ziek is het woord niet', niet vanzelfsprekend. Impliciet kunnen de standaarden een andere boodschap geven. De NHG-standaard (Dreigende) Miskraam stelt: 'Vertretpunt is de klacht van de patiënt; meestal gaat het daarbij om bloedverlies'.¹¹ De hulpvraag wordt beperkt tot de klacht 'bloedverlies'. In de praktijk is de hulpvraag eerder 'ik ben bang, leeft mijn kind nog?' De standaard beschrijft een serie diagnostische verrichtingen. Bij de diagnose 'dreigende miskraam', is nadere diagnostiek (echografie) en therapie (curettagage) medisch niet geïndiceerd. Argumenten voor echografie liggen, in de 'emotionele sfeer' en 'emotionele problematiek' vormt een indicatie voor curettage.

Deze emotionele problematiek vormt geen onderdeel meer van de hulpvraag, want die ontbreekt in de standaard. Ze wordt als een van de medische gegevens beschouwd die bij het beleid door de huisarts meegenomen worden. Hoe zwaar emotionele factoren moeten wegen, laat de standaard in het midden. Of de patiënt daarbij nog inbreng heeft, blijft eveneens onbesproken.

De NHG-standaard Urineweginfecties stelt dat de klacht 'acuut pijnlijke mictie' bepaalde diagnostische en therapeutische maatregelen vereist. De mogelijkheid dat de patiënt voor iets anders komt, wordt niet overwogen.¹² Ook in de NHG-standaard Enkeldistorsie heeft de hulpvraag geen plaats. Spontaan beloop van lichte distorsies en eventueel niet behandelen daarvan, zaken vanuit de patiënt de aandacht verdie-

nen, komen niet aan de orde.¹³ In preventiestandaarden als Hypertensie en Cholesterol, waarin ook de oriëntatie op de mate van hinder ontbreekt die de patiënt van de aanvoering ondervindt, ontbreekt elk nuanceverschil tussen het beleid dat de standaard voorschrijft en onwil van de patiënt.^{14 15}

Hoewel enkele standaarden aandacht geven aan de rol van de patiënt, verdwijnen patiënten en hun hulpvragen in standaarden vrijwel steeds naar de achtergrond. De verhouding tussen het beleid van de standaard en de wens van de patiënt is daardoor vaak onduidelijk. Standaarden hebben een 'dwingend' karakter voor de huisarts, omdat ze suggereren dat het weergegeven beleid medisch noodzakelijk is. Als de patiënt een ander beleid wenst, ontstaat een probleem dat niet te verhelpen is door aparte algemene richtlijnen over hulpvraagverheldering en het betrekken van de patiënt bij het beleid. Grensc conflicten door een verschillende benadering tussen standaarden en richtlijnen voor consultvaardigheden blijven dan onopgelost.

Ook de kadertjes over de inbreng van de patiënt en de afweging door de huisarts bieden hier onvoldoende soelaas. Deze legitimeren afwijkingen van de leidraad die de standaard biedt, geen afwijkingen in die fasen van een consult, waarop de standaard zelf niet van toepassing is. Bovendien geven deze kadertjes abstracte en negatieve omschrijvingen als 'factoren van de kant van de patiënt' en 'afwijkingen', maar geen positieve legitimatie om van de richtlijnen af te wijken. Zij kunnen ook om die reden geen tegenwicht bieden aan de vooral medische invalshoek van de standaarden. De huisarts moet het zelf bedenken. Situaties die niet beschreven zijn, worden al snel minder duidelijk of niet meer waargenomen.

De kwaliteit van het aanbod

De vraag is of consulten in de praktijk wel een cesuur kennen tussen hulpvraagverheldering en medisch handelen in engere zin, dat zich leent voor beschrijving in standaarden. Zijn de meeste hulpvragen niet pas te beantwoorden na het doorlopen van

een deel van een standaard en veronderstelt het beleid niet vaak een terugkoppeling naar de hulpvraag?

Beperking van de zeggingskracht en de toepasbaarheid van standaarden tot consulten met vooral medisch-technische inhoud en beslismomenten is onjuist. Hiermee wordt gesuggereerd dat het voorwerk slechts dient om te beslissen of het probleem voor standaardbehandeling in aanmerking komt. Het consult wordt zo een trechter, waardoor – afhankelijk van het oorspronkelijke probleem – uiteindelijk alles ofwel in hetzelfde nauwe gat terecht komt, ofwel naast de trechter gemorst wordt. Een consult heeft echter meer van een zandloper, waarbij de spreiding van de uitkomsten vergelijkbaar is met de spreiding van de ingebrachte problemen.

Het is niet verstandig standaarden alleen van toepassing te verklaren bij medisch-technische problemen. Dat maakt ze niet sterk, maar zwak. Juist omdat de standaarden niet aangeven hoe voorkeuren, angsten en achtergronden van de patiënt gewogen moeten worden, worden de richtlijnen vaak niet toegepast. Een voorbeeld vormt de NHG-standaard Keelpijn.¹⁶ Hoe nauwer het gat van de trechter, hoe meer gemorst wordt.

Het is daarom overigens niet a priori evident dat de medisch-technische standaarden leiden tot verzakelijke zorg. Als de dokter uit het huidige standaardpakket producten levert waarvoor de patiënt geen belangstelling heeft, dan zullen patiënten zich aan behandeling onttrekken en zullen sommige artsen de standaarden niet toepassen. De praktijk wijst dan uit dat standaarden beperkt worden toegepast en bovendien voor veel consulten geen richtlijnen bieden, omdat ze de situaties die daar aan de orde zijn, niet beschrijven.

Dit probleem wordt niet opgelost door de hulpvraag in een andere fase van het consult te lokaliseren en daarvoor een ander type richtlijnen te creëren. Het wordt alleen opgelost door bij het opstellen van standaarden uit te gaan van een ruimere opvatting over de kwaliteit van het aanbod. Zaken die de patiënt van waarde acht, kunnen zo in de richtlijnen worden meegenomen. Standaarden zijn dan in meer situaties toepasbaar.

Het uitgangspunt dat de patiënt, in tegenstelling tot de arts, niet competent is op wetenschappelijk verantwoorde wijze de kwaliteit van de zorg te beoordelen, leidt tot de visie dat meewegen van de voorkeuren van de patiënt de richtlijnen van standaarden verwaterd. Het is onjuist te menen dat de kwaliteit van medische zorg geheel objectief is vast te stellen en dat richtlijnen slechts 'harde' wetenschappelijke basis hebben. Kwaliteit is deels een normatief begrip, waarover patiënten kunnen mee-beslissen.¹⁷

De tegenwerping dat patiënten zulke heterogene voorkeuren hebben, dat daardoor de richtlijnen van de standaarden te complex worden, klinkt vooralsnog niet erg overtuigend. De legitimiteit van de beweegredenen van patiënten hoeft in de standaarden immers niet toegelicht te worden. Aannemelijk is dat de voorkeuren van patiënten los van hun beweegredenen leiden tot een beperkt aantal varianten in het diagnostisch en therapeutisch beleid. Het zal hierbij vaak gaan om uitstel van diagnostiek of een andere therapie. In hoeverre die beleidsvarianten medisch wenselijk of noodzakelijk zijn, zouden de standaarden systematischer moeten aangeven.

Naar standaarden met aandacht voor het probleem van de patiënt

Het voorstel is bij het opstellen van standaarden systematisch beleidsvarianten te noemen die waardevol zijn in de ogen van de patiënt. Dit maakt de standaarden beter toepasbaar, bruikbaar en acceptabeler, zowel voor de patiënt als voor de huisarts. Op de gezondheidsmarkt van de jaren negentig is kwaliteit mede de verkoopbaarheid van het product.

Het spreekt niet vanzelf dat het voorgestelde beleid van de huidige standaarden ook volgens de patiënt het beste beleid is en dat deze dit zonder bedenkingen zal opvolgen. De waarde die de patiënt aan een bepaald resultaat hecht, dient bij het opstellen van protocollen meegenomen te worden.¹⁸

De huidige standaarden geven geen richtlijnen voor problemen die bij methodisch werken kunnen opduiken. Niemand

zit echter te wachten op richtlijnen over consultvoering of onderdelen daarvan. Critici zitten te wachten op standaarden waarin het oordeel van de patiënt meeweegt bij het beleid en waarin expliciet aangegeven staat in welke mate dat het geval behoort te zijn.¹⁹ Misschien moeten patiënten bij het opstellen van standaarden betrokken worden.²⁰

Methodisch werken en werken met standaarden kunnen op deze wijze samengaan. Het is niet zo dat standaarden op een andere fase van het consult van toepassing is dan methodisch werken. Het zijn beide beschrijvingen van verschillende aspecten van hetzelfde. Methodisch werken heeft in de eerste plaats betrekking op de manier waarop een consult wordt gevoerd, standaarden geven richtlijnen voor het na te streven resultaat. Het eerste handelt vooral over de vorm van een consult, de laatste geven daar inhoud aan.

Alleen de incorporatie van inhoudelijke consequenties van methodisch werken in standaarden leidt tot een vruchtbare symbiose.

Literatuur

- ¹ Meijman FJ. De meningen van lezers over Huisarts en Wetenschap. Huisarts Wet 1991; 34: 252-6.
- ² Hertogh K. De standaardisering van de huisartsgeneeskunde, filosofische kanttekeningen. Basis, 1990; 6: 3-5.
- ³ Köhler W. Goede dokter is aardig en vaardig. NRC Handelsblad 9 januari 1992.
- ⁴ Tielens VCL. Vraagstellingen voor onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Waar het Nederlands Huisartsen Genootschap behoefte aan heeft. Med Contact 1992; 47: 267-9.
- ⁵ Mol A, Van Lieshout P. Ziek is het woord niet. Nijmegen: SUN, 1989.
- ⁶ Methodisch Werken, eindrapport tweede hoofdstuk 'Hoe helpt de dokter?'. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap, 1978.
- ⁷ Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten [Dissertatie]. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ⁸ Wiersma T. Consultvoering 2 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1992; 35(7): 288-9.
- ⁹ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.

Vervolg op pag. 364.

Richtlijnen, patiëntgerichte benadering

ken (ondanks de relatief eenvoudige hardware) vlot en foutloos. Het gebruik is snel te leren. Minpunten zijn het lastig achteraf koppelen van een consult aan een probleem en het ontbreken van een echte SQL-vraagtaal. Pluspunten zijn de automatische koppeling van ICPC-diagnosecodes aan KNMP contra-indicatiecodes en de geavanceerde mogelijkheden voor het ontsluiten van achtergrondinformatie.

De medische module van Elias voldoet aan de eisen gesteld aan de 'uitgebreide' medische module volgens het WCIA-HSI-referentiemodel 1990.

Vervolg

Vervolg literatuur pag. 354.

- ¹⁰ Van der Voort JPM. Standaarden, naar te koele zakelijkheid? *Huisarts Wet* 1989; 32: 547-8.
- ¹¹ Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. NHG-standaard (Dreigende) Miskraam. *Huisarts Wet* 1989; 32: 517-22.
- ¹² Van Balen FAM, Baselier PJAM, Van Pienbroek E, Winkens RAG. NHG-standaard Urineweginfecties. *Huisarts Wet* 1989; 32: 527-31.
- ¹³ Van den Bosch, WJHM, Coumans RHM, Verkerk S, et al. NHG-standaard Enkeldistorsie. *Huisarts Wet* 1989; 32: 523-6.
- ¹⁴ Van Binsbergen JJ, Grundmeijer HGLM, Van den Hoogen JPH, et al. NHG-standaard Hypertensie. *Huisarts Wet* 1991; 34: 389-95.
- ¹⁵ Van Binsbergen JJ, Brouwer A, Van Drenth BB, et al. NHG-standaard Cholesterol. *Huisarts Wet* 1991; 34: 551-7.
- ¹⁶ Boekhoorn HCM, Van Ree JW, Dubois V. Antibiotica bij acute keelpijn. Een inventariserend onderzoek naar de toepassing van een NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1992; 35: 70-1.
- ¹⁷ Harteloh PPM, Casparie AF, Touw PPJ. Het begrip 'kwaliteit van zorg'. Een analysekader. *Med Contact* 1991; 26: 18-20.
- ¹⁸ Van den Dool CWA. Naar een protocollaire huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1984; 27(suppl H&P8): 37-9.
- ¹⁹ Kastelein WR. Schriftelijke standaarden en de juridische positie van de arts. *Med Contact* 1990; 44: 521-3.
- ²⁰ Van Weel C. Protocollen en standaarden voor de huisartsgeneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 259-60. ■

Richtlijnen

De 'Call for abstracts' voor het WONCA/SIMG Congress 1993 (Den Haag, 13-17 juni) bevat onder meer de volgende richtlijnen voor het indienen van abstracts: 'Type the body of the abstract as one paragraph. (See the sample abstract on page 4.)' En: 'Use a typewriter with 12-pitch (elite) type'.

Op pagina 4 staat inderdaad een abstract, getiteld 'A good abstract is a joy forever' door JPM van der Voort. Het stuk is getypt met een 10-pitch letter en het bestaat uit vier (4) alinea's. De tekst wordt besloten met de mededeling dat 'submitters of incomplete or incorrect abstracts will not be admitted to the big Dutch Party on Tuesday'.

E.A. Hofmans

Naschrift

Het zal geen toeval zijn dat juist de eindredacteur de eerste is die de om educatieve redenen verwerkte fouten in het voorbeeld heeft opgemerkt. Jammer voor hem komen medewerkers aan H&W niet in aanmerking voor de uitgeloopte prijs, te weten: wél-gratis-toegang tot de Dutch Party! Intussen is bij deze het belang van goede richtlijnen en het ernaar handelen opnieuw onder de aandacht gebracht.

Hans van der Voort

Patiëntgerichte benadering

Met veel genoegen heb ik het artikel van *Hofmans-Okkes et al.* gelezen betreffende de paradox van de patiëntgerichte benadering.¹ Duidelijk is dat de methodisch opgezette consultvoering communicatie op bewust niveau is. De hulpvraag die op deze manier boven tafel is gebracht, kan dus uitsluitend binnen het bewuste kader van de patiënt verhelderd worden, met alle beperkingen van dien.

Alle artikelen zijn slechts woorden op papier en missen impliciet de nuances van de werkelijkheid. Zo zijn de intonatie in combinatie met de non-verbale uitingen onmisbare schakels bij de intermenselijke communicatie. En hoewel iedereen zijn feitelijke woorden kan kiezen, is het voor de meesten niet mogelijk zijn 'submodaliteiten' op bewust niveau te sturen. Het voorbeeld van mevrouw W illustreert dat: op het cruciale moment waarop zij antwoord gaf op de vraag van de dokter 'Gaat het allemaal?' moet zij non-verbaal en in toonzetting te kennen hebben gegeven dat zij hier nu niet over wilde praten.

Het onderkennen van deze signalen zou tot de bagage van iedere huisarts moeten behoren. Het verschil tussen de woorden en bedoelingen en de brug hiertussen zijn in mijn ogen onderbelichte kanten.

Daarom ben ik verheugd met het pleidooi voor flexibiliteit binnen de consultvoering. Ieder protocol voor een immens complex geheel als communiceren draagt het gevaar in zich dat het beperkend en invaliderend gaat werken.

J.W. Stuijzand

¹ Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. *Huisarts Wet* 1992; 35(7): 281-6.

Abstract

Van der Laan JR. A surgery for the homeless in Utrecht. An inventory of the reasons for encounter, diagnoses and interventions. *Huisarts Wet* 1992; 35(9): 342-4.

In August 1990 an open-door type medical service for the homeless was initiated in Utrecht under the auspices of the City Health Authority (GG&GD). A health visitor and a general practitioner each hold two surgeries per week. The people attending these consultations differ in a number of aspects from the people attending an average general practice surgery: females are markedly underrepresented, children and the very elderly are absent, and there is little continuity. In a ten-month period 115 patients made 247 consultations on 71 visits to the 'practice'. They presented with a relatively great number of psychiatric and social complaints, often in relation to addictions. Diagnostic and treatment possibilities were limited. The somatic problems presented could generally be treated effectively by the general practitioner; referral for psychic and social problems necessitates good contacts. **Key words** Family practice; Homeless.

Correspondence J.R. Van der Laan, 13 Predikherenkerkhof, 3512 TJ Utrecht, The Netherlands.