

gelijkheden worden besproken deze inzichten in de praktijk toe te passen. Hierin zullen tevens de literatuurverwijzingen worden vermeld.

Summary. *Crisistheory and crisis-*

*intervention are recent developments which have up till now attracted little attention in general practice. In this paper some of the theories are discussed, revealing the various premises of the different authors on the subject. In the development of an individual crisis it is*

*useful to consider the interaction between the hazardous event or situation and a person's special vulnerability. Different kinds of crises are mentioned. Finally it is shown in which way crisis-situations can be diagnosed in general practice.*

---

## Farmacotherapie-gesprekken in Culemborg. Onderlinge toetsing?

DOOR J. B. H. DEEN, HUISARTS TE CULEMBORG

Het is vleidend en tegelijkertijd ook benauwend in „huisarts en wetenschap” uit de beleidsnota van de voorzitter van het N.H.G. het bestaan te vernemen van „de studiegroep Culemborg”. Er wordt blijkbaar het een en ander van ons verwacht.

Zelf wetend hoe een en ander is ontstaan durven wij toch wel op de proppen te komen met een activiteit op het gebied van farmacotherapie en prescriptie, die ons nu ongeveer twee jaar bezighoudt en die onzes inziens past in het kader van onderlinge toetsing en kwaliteitsverbetering van het werk in de algemene praktijk. Wij realiseren ons dat men op vele plaatsen in den lande op een van de vele terreinen, die de algemene praktijk bestrijkt, werkzaam zal zijn aan „verbetering en toetsing” zonder dat men buiten die plaats zelf daarvan weet. Het is eveneens duidelijk dat het onderwerp van onderzoek en de wijze, waarop het wordt uitgevoerd, sterk afhankelijk zijn van de plaatselijke situatie en verhoudingen. Ook van ons onderzoek en gesprek zal slechts onder bepaalde voorwaarden herhaling elders mogelijk zijn.

Culemborg is een kleine stad met ongeveer 17.000 inwoners, zes huisartsen, twee apothekers, een ziekenhuis, één internist, één cardioloog, twee chirurgen, één anesthesiste en één zenuwarts. Overige specialisten werken hier vanuit Utrecht of Tiel. De onderlinge samenwerking is zeer goed te noemen; daarbij speelt de overzichtelijkheid van een kleine plaats duidelijk een grote rol. De groep huisartsen heeft onderling zeer

nauwe banden; onderlinge waarneming en diensten zijn optimaal geregeld. Er zijn diverse activiteiten gaande die de werkverbetering beogen, onder meer ten aanzien van ziekenhuis en specialisten, eerste echelon, diagnostiek, enzovoort. Ontmoetingen met specialisten, apothekers en andere gezondheids- en welzijnswerkers vinden regelmatig georganiseerd en ongeorganiseerd plaats. Onderling contact is gemakkelijk en vaak vanzelfsprekend. De huisartsen en ziekenhuisspecialisten nemen deel aan de opleiding van arts-assistenten.

De farmacotherapeutische gesprekken zijn ontstaan als vervolg op een paar andere pogingen om op dit terrein gezamenlijk tot een andere aanpak te komen. Er bestond al lange tijd, wel of niet uitgesproken, onvrede zowel van de kant van de artsen als van de kant van de apothekers omtrent de prescriptie. De artsen kregen steeds vaker in vakantie-, weekend- of nachtdienst met elkaars patiënten en prescriptie te maken; de apothekers signaleerden reeds vaker de grote diversiteit in de prescriptie, vaak onnodig bewerkelijk voor de apotheek. Reclame en frequent artsenbezoek van de kant van de farmaceutische industrie werd steeds meer als verwarrend en hinderlijk ondervonden; de prijsstijging van de geneesmiddelen was algemeen bekend en verwees naar onze eigen verantwoordelijkheid in deze. Onkunde van de kant van de artsen ten aanzien van de problemen in de „keuken” van de apotheek en omgekeerd te weinig inzicht van de apotheker in de problematiek van de

sprekkamer leidde al jaar en dag tot onnodig misverstand.

Uit gesprekken tussen een der apothekers en een van de huisartsen ontstond het initiatief tot gezamenlijke aanpak. Eerst werd besloten tot gezamenlijk ontvangen van artsenbezoekers. Dit bleek al spoedig weinig voordelen te bieden boven individuele ontvangst. Hoofdbezwaar blijft: géén objectiviteit van de kant van de artsenbezoeker maar overbelichting van één preparaat en het zich zakelijk afzetten tegen concurrerende equivalenten. Goede discussie, ook in deze gezamenlijke ontvangst, is niet mogelijk. Het kost zeer veel tijd alle firma's een kans te geven de groep te bezoeken; het nuttig rendement leek ons vrijwel nihil.

Hierna is even het accent verlegd: de farmaceutische industrie werd gevraagd een afgerond klinisch-farmaceutisch onderwerp te brengen, waaraan belichting van een eigen preparaat ondergeschikt moest blijven. Ook dit bleek toch niet meer te zijn dan een interessante nascholing zonder grote betrokkenheid onzerzijds.

Tenslotte kwam van dezelfde initiatiefnemers het idee om binnen de groep artsen en apothekers tot een systematisch gesprek over farmacotherapie te komen: de prescriptie van huisartsen te doorlichten en bespreekbaar te maken. Doelstellingen waren daarbij:

- a Vereenvoudigen, rationaliseren en uniformeren van de receptuur door een weloverwogen keuze van een

zo klein mogelijk aantal preparaten van eerste keuze.

- b Goedkoper maken van de receptuur door prijsbewust te kiezen uit gelijkwaardige preparaten; door maximaal gebruik te maken van magistrale receptuur (F.N.A.) in gestandaardiseerde vorm; door een zoveel mogelijk vervangen van specialité's door „loco”preparaten, hetgeen vertrouwd zijn met en gebruiken van generic names in de prescriptie noodzakelijk doet zijn.

Voortvloeiende uit deze doelstellingen werd ongeveer een jaar na het begin van deze besprekingen besloten het besprokene vast te leggen in de vorm van een formularium, dat klein, losbladig en beknopt moest zijn, en een overzicht moest geven van de eerste keuze receptuur in Culemborg bij de meest voorkomende indicaties; een en ander met het doel gemakkelijk „dagelijks” contact tot stand te brengen tussen artsen onderling en tussen artsen en apothekers over de farmacotherapie.

De praktische uitvoering van dergelijke besprekingen verloopt in een aantal fasen: 1. screening door de apotheek; 2. bespreking door de gehele groep; 3. samenvatting van de besproken preparaten; 4. verwerking tot formularium-blad.

Ad 1 Er wordt een groep geneesmiddelen gekozen, bijvoorbeeld analgetica. De apotheek screent gedurende een tot twee maanden alle recepten waarop een pijnstillert wordt voorgeschreven. Er ontstaat een lijst van alle voorgeschreven preparaten (voorschrijfsprofiel), waarop vervolgens in kolommen wordt gerubriceerd: soort preparaat, generic name, werking, aantal artsen dat het middel voorschrijft en speciale opmerkingen (prijs, bijwerkingen, enzovoort).

Ad 2 In de groepsbesprekingen zijn de apothekers, de huisartsen, eventueel arts-assistenten en een of meer specialisten, voorzover het hun terrein raakt, aanwezig. Onder leiding van een van de apothekers wordt de hele lijst doorgenomen; elk pre-

paraat wordt genoemd en zonodig besproken. Ieder kan zijn voorkeurspreparaat verdedigen c.q. erover worden aangesproken. De apothekers brengen hun deskundigheid in aangaande werkzaamheid, toxiciteit, houdbaarheid, bijwerkingen, combineerbaarheid, bereiding, prijs, enzovoort. Ook de specialisten stellen hun deskundigheid ter beschikking en ter discussie. Het blijkt steeds mogelijk van de oorspronkelijke lijst een groot of klein aantal preparaten te laten vallen en uit de resterende min of meer equivalenten wordt een bewuste keuze gemaakt.

Ad 3 Er wordt een samenvatting gemaakt, die op de volgende vergadering weer ter discussie wordt gesteld.

Ad 4 Tenslotte wordt een definitieve tekst en lay-out gemaakt voor een kaartje voor het formularium. Per indicatie of medicamentengroep worden een of meer kaarten gemaakt. Op deze kaart staat op de voorzijde de receptuur, zoveel mogelijk gebruik makend van generic names; dosering wordt vermeld. Prescriptie en dosering voor kinderen wordt afzonderlijk aangegeven. Op de achterzijde staan bijzonderheden vermeld zoals:

- de specialité-namen behorende bij de gebruikte generic name (vice-versa)
- volledig uitgeschreven receptuur; wanneer van afkortingen gebruik wordt gemaakt (bijvoorbeeld A.P.C., mixt. resolvens).
- samenstelling van combinatiepreparaten, waarvan de specialiténaam wordt aangegeven op de voorzijde (bijvoorbeeld librax, migril).
- waarschuwingen, contra-indicaties, bijwerkingen, enzovoort (*bijlage*).

Elke groep geneesmiddelen komt op deze manier ten minste drie soms vier keer ter discussie. Deze repeterende discussie blijkt het verwerken van het besprokene zeer ten goede te komen.

Opzet is dat het formularium voor iedereen leidraad zal zijn bij de

prescriptie en dat afwijkingen ervan uitzonderingen blijven. Het losbladig systeem maakt het gemakkelijk latere wijzigingen bij herdruk in te voegen.

Nieuwe preparaten worden op de besprekingen ter discussie gesteld zodra een van de deelnemers hiertoe aanleiding ziet. Ontvangst van artsenbezoekers op eigen spreekuur kan tot een- of tweemaal per jaar worden teruggebracht; sommigen hebben het afgeschaft.

De apothekers informeren alle deelnemers over allerlei farmacologisch nieuws: bijvoorbeeld achtergronden van „bijsluitoorlog”, vervallen van octrooien op bepaalde specialité's, waarschuwingen tegen op handen zijnde reclameacties, enzovoort. Er wordt regelmatig en dankbaar gebruik gemaakt van de Groningse klapper „Medicamenteuze therapie ten behoeve van de huisarts”; vooral de uit de inleiding blijkende instelling van de samenstellers spreekt ons zeer aan.

\* \* \*

#### ONDERLINGE TOETSING EN KWALITEITSVERBETERING?

Een zuivere onderlinge toetsing is dit niet. Toetsing geschiedt vooral door apothekers en specialisten, hetgeen in deze materie onontbeerlijk is.

— Ieders eigen receptuur komt via de screening door de apotheek in de groep ter sprake en wordt daar gekritiseerd en al of niet geaccepteerd.

— Door de grootte van de groep en de algemeenheid van het onderwerp is deze vorm van toetsing weinig persoonlijk gericht en weinig bedreigend.

— Bij de besprekingen komen automatisch ook ter sprake: diagnostiek, indicatiestelling, pathofysiologie, enzovoort, waardoor eigen praktijkuitoefening ter discussie komt.

— Ten aanzien van de arts-assistenten geldt dat deze groep zich via formularium en besprekingen sneller vertrouwd maakt met de prescriptie in Culemborg.

— Dat een en ander leidt tot kwaliteitsverbetering behoeft geen

betoog; dat de prescriptie nu ook prijsbewuster en dus goedkoper is, is nog niet voldoende aangetoond. Wel is er een eerste aanwijzing voor kostenbesparing in vergelijkende cijfers van de gemiddelde prijs per recept in vier achtereenvolgende maanden december (berekend door het ziekenfonds Rijnstreek):

december 1969 f 4.20  
 december 1970 f 4.54 (+0,34)  
 december 1971 f 5.42 (+0,88)  
 december 1972 f 5.25 (-0,17)

Een geleidelijke stijging van de kosten is te verwachten vanwege de algemene prijsstijging, geldontwaarding, het feit dat oude medicamenten door nieuwe worden vervangen, die steeds duurder zijn dan de eerste, enzovoort.

De gesprekken vingen halverwege 1971 aan; in december 1972 blijkt er niet een stijging maar een daling van de gemiddelde prijs te bestaan. Nota bene: in deze gemiddelde prijs per recept is ook de prescriptie door alle in Culemborg werkzame specialisten verwerkt.

De deelnemers worden zich steeds meer bewust dat het effect van de hier beschreven besprekingen veelzijdig is. Het gaat niet alleen om hetgeen er concreet tijdens deze besprekingen ter discussie komt, ook het Culemborgse formularium in ontwikkeling heeft een beperkte waarde en hangt af van zijn gebruikers. De hoofdzaak is al aangegeven in het reeds hiervoor omschreven doel: verbetering van het „dagelijks” contact tussen artsen en apothekers; tussen artsen onderling en apothekers onderling; het is een mentaliteitskwestie.

De verhouding tussen arts en apotheker is een afzonderlijke studie waard! Beide groepen worden geïsoleerd van elkaar opgeleid en blijken in de praktijk dit isolement zomaar niet te kunnen doorbreken. Terwijl deze twee beroepen al eeuwen aan het front van de geneeskunst naast elkaar bestaan, lopen zij bij het zoeken naar meer samenwerking duidelijk achteraan. Een beschrijving van hun verhouding zou kunnen zijn: De

*Bijlage. Voorbeeld formularium-kaartje, boven voorkant, onder achterkant.*

ANALGETICA/ANTIPYRETICA

I	R/ ascal 0,600 pulv. S 4 dd 1 in water	R/ paracetamol 0,500 tabl. S 4 dd 1
	R/ paracetamol comp. tabl. S 3 dd 1	R/ A.P.C.-tabl. S 4 dd 1
	R/ A.P.Codein tabl. S 3 dd 1	
II	R/ A.P.C.P.C. tabl./supp. S 3 dd 1 s.n.	R/ glafenine 200 mg tabl. S 3 dd 1 s.n.
III	R/ pentazocine 50 mg tabl./supp. S 3 dd 1 s.n.	injectie 30 mg/cc i.m.
	R/ dextromoramide 5 mg tabl./10 mg supp. S 3 dd 1 s.n.	opiumwet
	R/ pethidine 50 mg/ml injectie	opiumwet
	R/ morfine 10 mg injectie + atropine 1/4 mg	opiumwet
IV	R/ chloorpromazine 25 mg promethazine 25 mg pentazocine 50 mg m.f. supp.	

N.B.: I, II, III, IV: oplopend naar sterkte.

Kinderen

tot ongeveer 1 1/2 jaar  
 vanaf 1 1/2 jaar

R/ aphebarb supp.  
 R/ acetosal 80 mg of 100 mg tabl.  
 R/ A.P.C.P.C. supp. pro infant

BIJZONDERHEDEN

A.P.C.	acetosal 0,250 phenacetine 0,250 coffeine 0,050	
A.P.Codein	— acetosal 0,250 phenacetine 0,250 codeine 0,010	gelonida
A.P.C.P.C.	— acetosal 0,200*0,100** phenacetine 0,200 0,100 coffeine 0,050 0,0025 phenobarb 0,025 0,030 codeine 0,010 0,005	dolviran
*	volwassenen	
**	kinderen	
aphebarb	acetosal 0,040 phenacetine 0,040 phenobarb 0,020	
chloorpromazine		largactil
dextromoramide		palfium
paracetamol		panadol
paracetamol comp.	— paracetamol 0,500 coffeine 0,050	finalin
pentazocine		fortral
promethazine		phenergan

N.B.: de analgetica uit groep I en II werken ook antipyretisch, uitgezonderd glafenine.

apotheker aanvaardt een dienstbare en ondergeschikte rol ten opzichte van de arts, ook al ziet hij dagelijks

hoe onhandig en weinig rationeel deze arts met de farmacotherapie omspringt; dit moet hem een dage-

lijkse ergernis en frustratie geven maar de moed, nodig om daarover iets te zeggen, zal hem ontbreken, omdat hij weet dat de arts deze kritiek niet is gewend en dus niet zal accepteren. De arts beschouwt de apotheker als een (genees-)kruidenier, die over vaardigheden beschikt, die hij zich ook eens heeft moeten eigen maken in een paar weken. Dat een apotheker daarvoor een veel langere tijd nodig heeft dan hijzelf voor zijn artsenstudie is hem een raadsel. Het

is voor de arts gemakkelijk in de apotheker een trouwe, stipte dienaar te hebben, maar hij voelt zich te superieur om deze academicus te bekennen dat hij vol vragen en onzekerheden over de farmacotherapie zit.

Een bewuste houdingsverandering is nodig. Artsen en apothekers zullen daartoe uit hun heilig huis moeten komen en leren inzien dat zij niet buiten elkaars deskundigheid kunnen

en die slechts ten volle kunnen benutten in onderling overleg wil het therapeutisch effect optimaal zijn.

Het moet een vanzelfsprekende zaak worden dat er „dagelijks” overleg is, over prescriptie en farmacotherapie. Pas als dit contact bestaat en functioneert is er een blijvende toetsing mogelijk, die leidt tot dagelijks, kritisch handelen op dit gebied. Wij menen daarmee in Cumlemborg een stukje op weg te zijn.

## Contacten huisartsen - psychologen

### STAND VAN ZAKEN EIND 1973

De regionale contacten tussen huisartsen en psychologen konden vanaf januari 1973 worden gelegd, nadat er een landelijke bijeenkomst\* van huisartsen en psychologen was geweest, waarop was besloten de contacten regionaal op gang te brengen. De gevraagde ondersteunende informatie werd nagezonden. Met opzet werd zo min mogelijk structureel vastgelegd, opdat elke regio overeenkomstig de eigen motivatie de meest geschikte vorm zou kunnen vinden. De landelijke contact-commissie wilde slechts als „clearing-house” fungeren.

Toen de gemaakte afspraak: dat de regio's de verslagen van haar bijeenkomsten regelmatig naar de landelijke commissie zouden opsturen, niet meer dan incidentele „feed-back” bleek op te leveren, werd in december 1973 een enquête-formuliertje aan de regionale contactpersonen gestuurd, waarin werd gevraagd naar:

- het aantal bijeenkomsten tot dan;
- de opkomst, gespecificeerd naar discipline;
- de doelstelling, zoals men die voor de bijeenkomsten had geformuleerd;
- de ervaringen, die daarmee waren opgedaan;
- de moeilijkheden, waarop men was gestoten;
- de eventuele vorming van subgroepen;
- en tenslotte, of de groep het contact overwegend positief of negatief beoordeelde en of men plannen had door te gaan.

### KWANTITATIEVE GEGEVENS

Van de 27 regio's gaven acht geen respons. Men mag hieruit niet concluderen, dat deze geen van alle op gang

\* Zie onder meer S. D. Drijber (1972) huisarts en wetenschap 15, 119-120.

waren gekomen; uit toevallige informatie is gebleken, dat dit met tenminste enkele van hen wél het geval was.

Van de 19 responderende regio's waren er op dat moment vijf nog niet begonnen:

- Groningen en Den Haag door het ontbreken van een arts-contactman;
- Friesland, Utrecht en Zeeland/West-Brabant door privé-omstandigheden; uitdrukkelijk wordt meegedeeld nog wel te willen beginnen.

De overige 14 regio's kwamen van één tot vijf keer bijeen. De eerste bijeenkomst viel in maart 1973, de meeste echter in april of mei, maar ook nog in juni of augustus 1973. De opkomst voor de eerste bijeenkomst was gemiddeld 19 man (variërend tussen 12 en 40); dit is 60 procent van hen, die aanvankelijk in die regio's voor het contact hadden ingeschreven. Meestal zijn de huisartsen in de meerderheid, maar ook het omgekeerde komt voor.

De drie regio's, die niet vaker dan eenmaal bijeenkwamen, lijken te zijn vastgelopen:

- Drenthe, omdat de directe verwijzing tussen huisarts en psycholoog in de praktijk niet haalbaar is; men laat het verder aankomen op het initiatief van de huisarts met individuele psycholoog contact te zoeken.
- Het Gooi en Zuid-Limburg vormden geografische subgroepen, waarover de contactpersonen echter weinig of geen exacte follow-up kunnen geven.

Waar men frequenter bijeenkwam, zakte in de meeste gevallen de kwantitatieve belangstelling van de huisarts; dit kwam ook wel bij de psycholoog voor, maar in de helft van de gevallen ziet men bij hen ook een toename van de belangstelling. Overigens is dit een globaliserende opmerking voor beide disciplines: schommeling in de opkomst overwoog.

Alvorens een samenvattende „feed-

back” per regio te geven, zij opgemerkt, dat alle regio's het contact als positief waarden: van overwegend positief tot erg positief.

### DE AFZONDERLIJKE REGIO'S

*Twente.* Kwam vier keer bijeen. Men richtte zich op de theorie en praktijk-achtergronden van de psychologen; de psychologen verzorgden een soort post-academiale opleiding van de huisarts. Men zoekt te komen tot een vruchtbare samenwerking in het eerste echelon, maar dit wordt bemoeilijkt, doordat psychologen hierin niet kunnen werken. Psychotherapie wordt niet vergoed door de ziekenfondsen.

Men ging over tot het voeren van „sociale actie” om te komen tot vorming van een I.M.P. Angst voor het op te richten psychiatrisch ziekenhuis Twente bracht deze regio ertoe een brief te sturen met het verzoek hierin gesprekspartner te mogen worden.

*Achterhoek.* Kwam drie keer bijeen. Na kennismaking op de eerste bijeenkomst stelde men zich tot doel in enkele kleine groepjes met de samenwerking te experimenteren. De medisch adviseur van het ziekenfonds werd verzocht dit experiment te bekostigen uit een speciaal fonds. Drie of vier werkgroepjes functioneren, maar de honorering is nog niet rond. De samenwerkingsvormen bleven onduidelijk. De regionale bijeenkomsten werden bemoeilijkt doordat de samenstelling nogal sterk wisselde.

*West-Friesland.* Kwam twee keer bijeen. Het in de eerste vergadering gestelde doel: samenwerkingsgroepen van huisartsen en psychologen te formeren, bleek niet haalbaar door te weinig psychologen. De geneesheer-directeur van „St. Willibrord” kwam een uiteenzetting geven van de plannen voor een