

Kijken naar onderzoek

Een inventarisatie van lopend onderzoek naar het handelen van de huisarts

JOZIEN BENSING, JERÔME DE GROOT EN JOOST ZAAT*

De literatuur waarop het rapport *Toetsing in de huisartsgeneeskunde* is gebaseerd, loopt tot eind 1977 en intussen is met name op dit gebied veel onderzoek afgerond of juist gestart. De Werkgroep Toetsing heeft daarom de auteurs, allen medewerkers van het Nederlands Huisartsen Instituut, gevraagd om op basis van het Registratieproject Lopend Wetenschappelijk Onderzoek in en over de Eerstelijns Gezondheidszorg een inventarisatie te maken van recent onderzoek naar het handelen van de huisarts.

Toetsing en onderzoek

In het Toetsingsrapport wordt de relatie tussen toetsing en onderzoek nogal sterk benadrukt; beide begrippen worden vaak in één adem genoemd. Op zich is deze belangstelling voor onderzoek in het kader van de discussie over toetsing heel juist. Te vaak verschijnen er beleidsnota's waarin niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van al verzamelde wetenschappelijke kennis en waarin geen verdere plannen voor verder onderzoek wordt beschreven. Dat is in het Toetsingsrapport wel gebeurd. En terecht, want om te kunnen toetsen zal men moeten weten wat men gaat toetsen en aan de hand van welke criteria men moet toetsen.

Toch kan onderzoek niet alle vragen op het gebied van toetsing oplossen. Vandaar dat wij, voorafgaand aan onze inventarisatie, enige algemene kanttekeningen willen plaatsen over de relatie tussen toetsing en onderzoek. Wij doen dit aan de hand van het Miller-model (*schema*) dat in het Tweede interimrapport van het Orgaan Post Academisch Onderwijs als model voor nascholing wordt gepresenteerd, maar dat ook een waardevol model kan zijn bij toetsing. Essentieel in dit model is dat men:

- normen vaststelt betreffende „hoe de huisarts hoort te handelen”;
- vervolgens gaat kijken hoe hij in feite in de dagelijkse praktijk handelt;
- de discrepantie opspoort tussen norm en werkelijkheid;

* Respectievelijk psycholoog, huisarts en arts, medewerkers van het N.H.I.

- probeert na te gaan wat de oorzaken van deze discrepanties zijn: gebrek aan kennis of vaardigheden, een onjuiste attitude, belemmerende praktijkomstandigheden of andere structurele voorwaarden; of irreële normen, waar in de praktijk niemand aan kan voldoen,
- een nascholingsprogramma ontwikkelt, dat juist gericht is op die discrepanties dan wel - in het laatste geval - de normen bijstelt en opnieuw gaat kijken;
- en tenslotte kijkt of een dergelijk nascholingsprogramma inderdaad werkt.

De eerste vier fasen van dit model kunnen ook bij toetsing worden gebruikt. Overigens zijn deze fasen, zij het wat anders gecombineerd en soms ook anders geformuleerd, óók in het Toetsingsrapport terug te vinden.

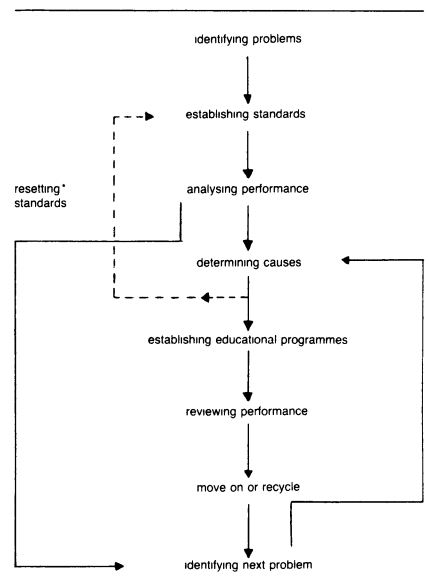
Bij welke stappen is onderzoek nuttig en waar zijn ook andere activiteiten nodig? Om bij het begin te beginnen. Normen kunnen niet alleen op basis van onderzoek worden vastgesteld. Onderzoek kan helpen bij het expliciteren van normen voor het handelen van de huisarts, maar alleen onderzoek is niet voldoende. Bij het vaststellen van normen voor het huisartsgeneeskundig handelen is allereerst een visie nodig over de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg. Pas dan kan men vaststellen welke taken een huisarts moet verrichten en hoe hij die moet verrichten. Geen enkel onderzoek kan het expliciteren van deze visie op de huisartsgeneeskunde vervangen. Hier ligt onder andere een taak voor de huisartsenorganisaties. Daarnaast zal het vereiste dan wel ge-

wenste niveau van handelen moeten worden bepaald. Dat kan op een aantal manieren gebeuren. Het Toetsingsrapport noemt panels van deskundigen en terugredeneren vanuit het werkelijk behaalde resultaat als mogelijkheden. Wij zouden hier aan toe willen voegen: meningen van patiënten en literatuur- en effectonderzoek. Maar ook hier is duidelijk dat onderzoek wel ondersteuning kan bieden, maar dat men met onderzoek alléén geen kwaliteitseisen kan formuleren.

Anders ligt dit bij het vaststellen van het handelen van de huisarts. Dit kan niet zonder onderzoek. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het meeste onderzoek dat hier is beschreven, gaat over het handelen van de huisarts. Men kan bij dit onderzoek onderscheid maken tussen verschillende typen die elk een eigen bijdrage kunnen leveren aan toetsing:

- Onderzoek naar het handelen van Huisarts Modaal: een statistisch portret van de huisarts anno 1980. Dit type levert een portret op van de modale Nederlandse huisarts. De gegevens kan men bijvoorbeeld gebruiken bij de normstelling.
- Onderzoek naar de oorzaken van verschillend handelen door verschillende huisartsen (inter-dokter variatie). Dit is een typische gedragswetenschappelijke vorm van onderzoek waarbij

Schema. Het Miller-model. Needs and priorities for continuing education of health personnel.



Bron: G. E. Miller. *Continuing education of health personnel*. WHO, Nijhoff, 's-Gravenhage, 1977.

* De terugkoppelfase „resetting standards” is niet door Miller geformuleerd, maar in de discussies in Nederland toegevoegd.

men, uitgaande van verschillen in het handelen van huisartsen, probeert hiervan oorzaken op te sporen en te verklaren, hetgeen een eerste indicatie kan geven voor de oorzaken van de gesignaleerde discrepantie tussen norm en werkelijkheid.

• Onderzoek naar het concrete handelen van één individuele huisarts. Hier ligt de relatie met toetsing uiteraard het duidelijkst: onderzoek naar en feedback op het eigen handelen is in feite toetsing. Maar ook worden hier de problemen duidelijk in het spanningsveld tussen toetsing en onderzoek; onderzoek is een tijdsintensieve bezigheid die – noodgedwongen – vaak door anderen dan de huisarts zelf zal worden uitgevoerd. Onderzoek in deze categorie zal daarom slechts incidenteel kunnen plaatsvinden en zal moeten leiden tot de ontwikkeling van modellen en instrumenten waarmee de huisarts zichzelf en zijn collega's kan toetsen.

Ook discrepanties tussen norm en werkelijkheid kunnen goed via onderzoek worden opgespoord, zij het dat wij bij onze inventarisatie hiervan weinig voorbeelden hebben gevonden. Sterker, in het door ons behandelde onderzoek werd over het algemeen nauwelijks uitgegaan van geëxpliciteerde normen. Wij komen hier later nog op terug. De oorzaken van eventueel opgespoorde discrepanties zijn eveneens heel goed onderzoeksmatig te benaderen. Ook van dit type onderzoek zijn weinig voorbeelden voorhanden.

Samengevat kan over de relatie tussen toetsing en onderzoek gezegd worden, dat onderzoek kan helpen bij:

- het vaststellen van het gemiddeld handelen van de huisarts;
- het vaststellen van verschillen in handelen tussen huisartsen, inclusief de oorzaken van deze verschillen;
- het vaststellen van verschillen tussen norm en werkelijkheid, inclusief de vermoedelijke oorzaken daarvan;
- het ontwikkelen van meetinstrumenten om het gedrag te bepalen en van modellen om het te toetsen.

Veel geringer is de bijdrage van onderzoek bij het bepalen van het takenpakket van de huisarts en de kwaliteitseisen waaraan hij moet voldoen.

De relatie tussen toetsing en onderzoek is hiermee duidelijk aangegeven. Het is een belangrijke relatie. Toch willen we aan het slot van deze paragraaf een relativerende opmerking plaatsen. Onderzoek is belangrijk, maar ook erg tijdrovend. Voordat alles op dit gebied voldoende is onderzocht, zijn we heel wat

jaartjes verder. Het is daarom goed de aandacht niet exclusief te richten op al het onderzoek dat nog verricht moet worden, maar ook op het ontwikkelen, organiseren en begeleiden van toetsingsprogramma's in de periferie, op de evaluatie van deze experimenten en op publikaties hierover in de vaktijdschriften om de zo vergaarde kennis zoveel mogelijk over te dragen.

Werkwijze bij de inventarisatie

Alle formulieren die vanaf 1977 (toen het verzamelen van literatuur voor het Toetsingsrapport werd stopgezet) door het N.H.I.-project RWO zijn verzameld, zijn door ons doorgenomen en daarbij is het onderzoek met betrekking tot het handelen van de huisarts geselecteerd. Deze onderzoeken zijn (in volgorde van specificiteit) ingedeeld in de volgende rubrieken:

- algemeen inventariserend onderzoek naar de taken van de huisarts;
- onderzoek naar beslissingen of het beslissingsproces van de huisarts;
- onderzoek naar de arts-patiëntrelatie (waaronder: methoden van hulpverlening, gespreksvoering);
- onderzoek naar het medisch-therapeutisch handelen (voorschrijven, verwijzen);
- onderzoek naar de handelwijze bij specifieke klachten.

Verder zijn er twee onderzoeken over toetsing opgenomen.

Na de schifting en indeling van de door ons geselecteerde onderzoeken zijn, waar nodig, telefonische interviews gehouden met de betrokken onderzoekers (september 1979). Met name werd daarbij nog eens doorgevraagd naar de gebruikte methoden en de gehanteerde normen. Vrijwel alle onderzoekers waren bereid uitvoerig inlichtingen over hun onderzoek te verstrekken. Nadat de gegevens in eerste instantie waren gerubriceerd en beschreven in een nota „Kijken naar onderzoek” ter gelegenheid van het N.H.G.-weekend over toetsing, zijn nogmaals (november 1979) alle universitaire huisartseninstituten benaderd met het verzoek de nota te controleren op juistheid en volledigheid. De informatie die op deze manier nog verkregen werd, is in dit artikel verwerkt. Toch wil dit helaas niet zeggen dat we ook werkelijk alle lopende onderzoeken op het spoor gekomen zijn. Met name zijn of waren waarschijnlijk meer individuele huisartsen bezig met onderzoek dan de vier van wie wij het zeker weten.

Resultaten

In totaal hebben wij drieënveertig onderzoeken bekeken. Drie projecten en een deelonderzoek bleken voortijdig beëindigd door respectievelijk problemen met de promotor, problemen met het te onderzoeken team, vertrek van de onderzoeker en validiteitsmoeilijkheden. Dertien onderzoekers bevonden zich in het stadium van het maken van precieze plannen en het wachten op subsidie. Veertien onderzoekers waren bezig met het verzamelen en verwerken van gegevens of met het schrijven van een rapport. Acht onderzoeken waren net afgesloten en van vijf is ons niet bekend in welk stadium ze verkeren.

We hebben de onderzoekers als volgt ingedeeld: individuele huisartsen, groepspraktijken - gezondheidscentra, Nederlands Huisartsen Instituut, universitaire huisartseninstituten (ook onderzoek door huisartsen met een parttime aanstelling), andere (universitaire) instellingen, specialisten.

Individuele huisartsen blijken weinig onderzoek te doen. Slechts vier huisartsen doen alles alleen, dat wil zeggen zonder dat zij bijvoorbeeld een parttime aanstelling bij een universitair huisartseninstituut hebben. Van deze vier heeft één onlangs de moed opgegeven en is gestopt. De anderen vinden dat onderzoek door een solist eigenlijk niet te doen is. Er zijn vijf onderzoeken van groepspraktijken of gezondheidscentra opgenomen. Van de universitaire huisartseninstituten hebben we tweeëntwintig onderzoeken (waarvan één coproductie met het N.H.I.) opgenomen. Opvallend is het relatief grote aantal sociale wetenschappers dat bij de huisartseninstituten onderzoek verricht. Het N.H.I. verricht zes onderzoeksprojecten, waarvan één samen met het N.U.H.I. Slechts een daarvan is uitgevoerd door een arts. In totaal zes andere (al dan niet universitaire) instellingen houden zich bezig met onderzoek naar het handelen van de huisarts; hierbij zijn alleen sociale wetenschappers betrokken. Tenslotte is er één groep specialisten bezig met onderzoek naar de werkwijze van de huisarts.

Algemeen inventariserend onderzoek naar de taken van de huisarts

Discussies over het takenpakket* heb-

* Zie onder meer: Hoe helpt de dokter? (Interimrapport samengesteld door de werkgroep Takenpakket, *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1975) en De taken van de huisarts (Rapport van de Commissie Takenpakket der L.H.V. (1977) *Medisch Contact* 32, 759).

ben *Boots* uit Maastricht geïnspireerd tot een grootscheeps opgezet onderzoek naar het handelen van de huisarts. Via schriftelijke enquêtes heeft hij negenhonderden huisartsen benaderd met vragen over de wijze waarop zij hun tijd besteden. Observaties in een honderdtal praktijken moeten het beeld van wat de huisarts doet in zijn spreekkamer – en voor een deel ook daarbuiten – completeren. *Boots* onderzoekt voornamelijk de formele kanten van het werk van de huisarts. Inhoudelijke aspecten komen in het onderzoek nauwelijks aan de orde.

Het tweede onderzoek dat we hier willen bespreken is een project van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (projectleider: *Van Eijk*). De rangschikking onder het thema „algemeen inventariserend onderzoek” is hier enigszins arbitrair, omdat niet alleen het takenpakket van de huisarts wordt onderzocht, maar ook – en vooral – de invloed van allerlei factoren op het handelen van de huisarts. Het omvangrijke karakter van het onderzoek heeft ons doen besluiten het toch hier op te nemen. In het onderzoek worden voorschrijf- en verwijzpatronen van huisartsen in de regio Nijmegen gerelateerd aan kenmerken van de praktijk (onder andere samenwerking), aan de taakopvatting van de arts en aan de mate waarin hij een aantal vaardigheden ter preventie van somatische fixatie bezit. Aan het onderzoek zitten zowel gedragswetenschappelijke als medisch-technische kanten. De normen die, vooral bij deze laatste categorie, worden gehanteerd, zijn afkomstig uit de literatuur en uit gespreksgroepen van huisartsen.

Beslismodellen

Besliskunde is in de mode; maar liefst tien onderzoekingen vallen zonder meer in deze categorie, terwijl in enkele andere onderzoekingen besliskundige processen zijdelings aan de orde komen.

Edens doet onderzoek naar beslissingsstrategieën bij anemie. Uitgaande van de veronderstelling dat het beslissingsproces in cycli verloopt, zoekt hij uit welke beslissingen men als huisarts moet nemen. De nadruk ligt daarbij voornamelijk op beslissingen bij laboratoriumonderzoek. Het is geen fundamenteel besliskundig onderzoek, maar een op de praktijk van het medisch handelen gerichte studie.

Schmidt van de Capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch uit Maastricht en *Smal* en *Gerritse* van de afdeling Onderwijsontwikke-

ling van de faculteit der Geneeskunde in Utrecht zijn bezig met probleem-oplossen in de medische setting. *Schmidt* stelt zich voor om (via experimenten in het Skill's-lab) met gebruik van simulatiepatiënten inzicht te krijgen in de wijze waarop problemen worden opgelost. Hierbij fungeren medische studenten als artsen. Hij realiseert zich dat de resultaten door deze onderzoeksofzet misschien moeilijk generaliseerbaar zijn, „maar uit eerder onderzoek is gebleken dat de manier van probleem-oplossen van een vierdejaars student niet wezenlijk verschilt met die van ervaren internisten”. *Smal* en *Gerritse* kijken naar het verschil in probleem-oplossen tussen huisartsen en internisten met behulp van papieren patiënten.

Vooral bij de universitaire huisartseninstituten is besliskunde een populair onderzoeksthema. Wij hebben zeven onderzoekingen bekeken; hiervan is er één na een tussentijdse rapportage (*Van Basten Batenburg*) inmiddels gestopt.

Van der Horst en *Vierhout* proberen in een pilot-study bij vier huisartsen via observaties (geluidsbanden) en gesprekken achteraf, met huisarts en patiënt afzonderlijk, inzicht te krijgen in de oordeelsvorming tijdens een consult. De artsen variëren wat betreft hun gerichtheid van puur somatisch tot psychologisch. De opzet was oorspronkelijk gericht op klachten over „pijn in de borst”, maar is nu verbreed naar klachten die zowel psychosociaal als somatisch kunnen zijn.

Van Geldorp is onlangs gestart met een nieuw project op dit terrein. Uit zijn eerdere onderzoek is gebleken „dat er nog nauwelijks kennis over probleem-oplossen door huisartsen bestaat”. Met dit onderzoek wil hij een theoretisch en praktisch model voor onderzoek en onderwijs ontwikkelen.

Van der Kooij is bijna klaar met een onderzoek over probleem-oplossen, dat bestaat uit twee deelonderzoeken: één onder twee groepen van honderd huisartsen, met behulp van papieren patiënten en één onder een groep van vijftien huisartsen die videobanden van consulten bekeken. Daarbij werd op vier punten gelet:

- is de vraag van de patiënt beantwoord?
- heeft de huisarts de gevaren herkend?
- heeft hij adequate maatregelen genomen?
- heeft hij risico's, mogelijke schade en kosten afgewogen?

Ridderikhof voert in samenwerking met de Centrale Interfaculteit een uiterst ingewikkeld onderzoek uit. Het onder-

zoeksmateriaal bestaat uit papieren patiënten. De kenmerken van de huisarts (onafhankelijke variabelen) worden gecorreleerd aan de kenmerken van het besluitvormingsproces (afhankelijke variabelen). Alle kenmerken zijn tot in de details uitgewerkt. Door het wiskundige karakter van het onderzoek, dat vooral gebaseerd is op begrippen uit de verzamelingenleer, zal het echter niet gemakkelijk toegankelijk zijn voor de gemiddelde huisarts.

Ook *Kuyvenhoven* e.a. doen met behulp van papieren patiënten onderzoek naar processen bij beslissingen. Ze hebben nu zeven papieren patiënten klaar, die ze testen bij tien solisten en tien samenwerkende huisartsen. Er blijkt erg veel tijd te gaan zitten in betrouwbaarheidsonderzoek. Zij willen uiteindelijk het hulpverleningsproces in een aantal samenhangende factoren proberen weer te geven.

Spreeuwenberg en *Van Es* doen een onderzoek naar beslismodellen bij coxartrose met behulp van papieren patiënten.

Onderzoek naar de arts-patiëntrelatie

In de categorie Onderzoek naar de arts-patiëntrelatie hebben wij onderzoek ingedeeld dat vooral gaat over het gedrag van artsen in de spreekkamer. In totaal gaat het om tien onderzoekingen.

De Jonge bekijkt de arts-patiëntrelatie met behulp van video-opnamen van veertig arts-assistenten. Zij noemt haar onderzoek actie-onderzoek; de resultaten worden in een training verwerkt. Een duidelijke algemene probleemstelling is er, voor zover wij weten, niet. De Jonge sluit zich aan bij de individuele situatie van de betreffende arts-assistent.

Elbers was van plan om bij een samenwerkingsverband van huisartsen en psychotherapeuten in Breda een onderzoek te doen naar „nieuwe vormen van hulpverlening”. Het project is echter nooit gestart.

Hageman-Smit bekijkt de invloed van nieuwe werkwijzen (onder andere methodisch werken) op het gedrag van patiënten. Zij bekijkt, net als in haar eerder onderzoek, of een arts ingaat op de problemen van de patiënt. De patiënten worden, voordat ze de spreekkamer ingaan, ondervraagd. Deze gegevens worden in verband gebracht met wat er tijdens het consult ter sprake komt.

Van Staveren probeert inzicht te krijgen in de samenhang tussen de taakopvatting van de huisarts en zijn gespreksvoering. Artsen kunnen veel of weinig gericht zijn op puur medische problema-

tiek (taakopvatting) en kunnen in een consult veel of weinig patiëntgericht zijn. Met behulp van vragenlijsten en geluidsbanden hoopt hij voorspellingen te kunnen doen over onder andere het „ruimte geven aan de patiënt.”

Bensing, Schut, Verhaak en *Kluver* hebben kort geleden een onderzoek naar effecten van consultatie afgerond. Nagegaan werd in hoeverre een consultatie-experiment, waarbij een team psychotherapeuten geconsulteerd kon worden door een groep huisartsen (Philips Medische Dienst), invloed heeft op het signaleren van psychosociale klachten, verwijzingen, het voorschrijven van medicijnen en het gespreksgedrag. Er werd gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden: vragenlijsten, interviews, video-opnamen, statistisch materiaal, literatuur en verslaglegging van consultatiebijeenkomsten. Het deelonderzoek „gespreksgedrag” is, evenals het hiervoor genoemde onderzoek gericht op het begrip „ruimte voor de patiënt”. Op de onderzoekingen naar „verwijzen” en „voorschrijven” komen we in de volgende paragraaf terug.

Sanavro gaat zich in Breda richten op een tot nu toe nog nauwelijks onderzocht verschijnsel in de huisartsgeneeskunde: de interdoktervariatie („artsenfactor”). Met name kijkt hij naar de invloed van allerlei subjectieve oordelen van de arts (over de klacht of de patiënt) op zijn beslissingen ten aanzien van de verdere medische consumptie van die patiënt (voorschrijven en verwijzen). Het onderzoek wordt verricht in het kader van een experiment waarin een psychosociaal team is toegevoegd aan de eerste lijn. Ook het verloop van dit experiment wordt in het onderzoek betrokken.

Het onderzoek van *Stevens* bestaat uit drie delen; het eerste deel was gericht op een vergelijking van de kwaliteit van de hulpverlening door respectievelijk solisten en samenwerkende huisartsen; dit deel is inmiddels wegens validiteitsproblemen gestaakt. In het tweede deel wordt gemeten in hoeverre de huisarts tijdens het consult prikkels tot zelfhulp geeft; hier blijkt niet veel uit te komen: huisartsen geven niet of slechts bij hoge uitzondering prikkels tot zelfhulp. In het derde deel – dat nog niet is gestart – zal worden onderzocht hoe de patiënt tegenover zelfhulp staat.

Schouwenburg en *Brouwer* scoren zeer minutieus videofragmenten van consulten op non-verbale communicatie. Het is een puur beschrijvend – etologisch – onderzoek, al moet het op den duur wel

een instrument opleveren waarmee men naar het handelen van een huisarts kan kijken.

Themans analyseert voornamelijk de interactie tussen huisarts en patiënt. Hij doet dit door gespreksfragmenten te bekijken; deze fragmenten bestaan uit een actie van de arts en de daaropvolgende actie van de patiënt, c.q. uit een actie van de patiënt en de daaropvolgende actie van de arts. Het consult wordt zo opgebouwd uit kleine stukjes interactie. *Themans* wil de informatie die uit zijn onderzoek vrijkomt gebruiken in de opleiding en nascholing van huisartsen.

Van Eijk tenslotte doet een onderzoek dat iets minder rechtstreeks met de arts-patiëntinteractie te maken heeft. In een longitudinaal onderzoek volgt hij bij zestig patiënten het verloop van een proces van somatische fixatie. Het is een beschrijvend onderzoek waarin gebruik gemaakt wordt van bandopnamen van spreekuurconsulten, analyse van patiëntenkaarten en speciaal door de arts ingevulde formulieren.

Onderzoek naar medisch-therapeutisch gedrag

In sommige van de genoemde onderzoekingen wordt ook aandacht besteed aan verwijs- en/of voorschrijfcijfers. Op deze plaats is alleen onderzoek opgenomen dat specifiek over voorschrijven en verwijzen gaat of waarbij over deze onderwerpen afzonderlijk is gerapporteerd. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval bij het al genoemde onderzoek van *Bensing e.a.*; in het rapport „Verwijspatronen” noemen zij als hun voornaamste conclusie, dat het verwijzen van de huisarts zeer stabiel gedrag is, dat niet veranderd kan worden door consultatie; dezelfde conclusie wordt getrokken ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen.

Calkhoven heeft geprobeerd te onderzoeken, in hoeverre zelfmedicatie het voorschrijfgedrag van de huisarts doorkruist. Hij is inmiddels gestopt met dit onderzoek (zonder rapportage).

Ommoord (F. J. Lancée) heeft een continu project. „Monitoring geneesmiddelengebruik” lopen, gebaseerd op registratie in de eigen apotheek. Verder hebben *Wolgast* en *Lamberts* in 1978 een artikel gepubliceerd over voorschrijven. Zij berekendengroepen voor een aantal geneesmiddelengroepen over een lange periode hoeveel (in centen) elke arts van het Gezondheidscentrum voorschreef aan zijn ziekenfondspatiënten. De uitkomsten werden weergegeven in de vorm van voortschrijdende gemiddelden. Het verloop van de curven

trachtten de auteurs onder meer te verklaren door te wijzen op emotionele gebeurtenissen in de groepspraktijk. *Rop, Lamberts* en *Van Weel* publiceerden recent een artikel over verwijzen. Ook daarin werden verwijspatronen gerelateerd aan gebeurtenissen en veranderingen in het „persoonlijk leven” van de betreffende huisarts.

Wijkel en *Dopheide* zijn onlangs begonnen met de evaluatie van de patiëntenstromen (verwijzingen) van het Diagnostisch Centrum Oudenrijn. Er wordt vooral gekeken naar de kwantiteit van de verwijzingen, maar ook naar de kwaliteit. Een belangrijke vraag bij dit onderzoek is of er een verandering optreedt van „verwijzingen ter diagnose” naar „gebruik van het diagnostisch centrum”. Zij kijken naar „harde” gegevens: verwijscijfers, laboratoriumverrichtingen en dergelijke. Ze gebruiken „tracers-cases” om de kwaliteit van de zorg te meten.

Dopheide inventariseert in Hoogeveen de knelpunten in de samenwerking tussen de verschillende gezondheidsvoorzieningen. Het is een vervolg op een eerder onderzoek in Hoogeveen naar het effect van de betere samenwerking tussen ziekenhuis en huisartsen.

De Melker, Van Nunen en *Jacobs* willen de essentie van het verwijzen achterhalen. Vooral de kwalitatieve aspecten van het verwijzingsproces staan centraal. Het onderzoek is nog in een beginfase. *Bergsma* probeert inzicht te verwerven in verwijspatronen en achterliggende mechanismen. In een eerste fase wordt een globaal inzicht in verwijspatronen verkregen, de tweede fase bevat een onderzoek naar de besluitvorming met betrekking tot het verwijzen. Of iemand al dan niet verwezen wordt, hangt ook af van de patiënt en diens sociale en psychosociale omstandigheden. *Bergsma* gebruikt vragenlijsten, tests, volgt patiënten met behulp van interviews en gebruikt „harde” gegevens.

Onderzoek naar de handelwijze bij specifieke klachten

In deze rubriek zijn elf onderzoekingen ingedeeld, waarvan vier over hypertensie.

Hougee is bezig met een onderzoek naar moeheid in de huisartspraktijk. Hij wil in de eigen praktijk en bij zeven collega's onderzoeken wat huisartsen aan deze klacht doen en of ze alleen somatisch te werk gaan of ook psychosociaal en in hoeverre ze de patiënt laten meebeslissen bij verder onderzoek en behandeling.

Dorrenboom doet een groot onderzoek naar het succes van vermageringsplanners en de toegepaste therapievorm. Verschillende groepen patiënten worden verschillend behandeld: door de huisarts, door een diëtiste, in een door een diëtiste geleide groep, in een door leken-helpsters geleide groep en in twee controlegroepen. Met behulp van de weegschaal en huidplooiemetingen worden de vermageringsresultaten gemeten. De oorspronkelijke bedoeling was om tevens met psychosociale tests te bekijken welke therapievorm het meest geschikt was voor een bepaalde soort patiënt. Dat is echter niet gelukt. Binnenkort vindt de rapportage aan TNO plaats.

Huygen e.a. publiceerden al enige tijd geleden een onderzoek over CARA in de huisartspraktijk. In dit kader is het vooral interessant te kijken naar het bekend zijn van de huisarts met zijn CARA-patiënten. Alle patiënten werden door het Consultatiebureau schriftelijk ondervraagd en eventueel opgeroepen (887). Vooral mensen met minder ernstige afwijkingen waren niet als CARA-patiënten bekend. Dat lag echter maar een heel enkele keer (vier van de 132 „onbekende CARA-patiënten”) aan de huisarts. De heel lichte afwijkingen waren voor het merendeel bij de huisarts onbekend. Bij nameting in de huisartspraktijk zelf bleken vele aan de huisarts onbekende patiënten geen CARA van klinische betekenis te hebben. *Huygen e.a.* vragen zich dan ook af of bevolkingsonderzoek wel zo zinvol is. *Huygen, Van Eijk en Voorn* publiceerden onlangs een onderzoek onder 503 huisartsen over de motieven om bevelingen zelf te verrichten. Veel, vooral jongere huisartsen zagen het toch nog als een taak zelf bevallingen te blijven doen. Het onderzoek valt vooral op, doordat de onderzoekers heel expliciet hebben gesteld dat bevallen een normale zaak is en zo dicht mogelijk bij huis, in de eerste lijn, moet gebeuren.

Nolet en Prick-Slothouwer kijken in een pilot-study naar criteria voor nader urologisch onderzoek en voor behandeling van acute urineweginfecties in de huisartspraktijk. Het onderzoek is nog in een zeer pril stadium.

Hoekstra verricht een retrospectief onderzoek in de eigen praktijk naar de wijze waarop de huisarts omgaat met patiënten met lage-rugpijn. Welke factoren blijken (achteraf) te verklaren dat sommige mensen patiënten worden met chronische klachten (klachten gedurende één jaar) en andere niet. Hij gebruikt een groot aantal variabelen, waaronder

röntgenfoto's. Zijn materiaal is erg uitgebreid (380 patiënten).

Van der Meer probeert tot een beleidslijn te komen bij kinderen met koorts. Het is voor een deel een epidemiologisch onderzoek en voor een deel een onderzoek naar het handelen van de arts. Ouders beschouwen hoge koorts als een ernstige klacht; huisartsen eveneens en zij schrijven (dan ook) veelvuldig medicijnen voor.

Van der Does, Bekker en Prins proberen in een groot onderzoek (13.000 patiënten van vijf huisartspraktijken) na te gaan welk deel van het totale effect op de bloeddruk kan worden toegeschreven aan de therapeutische interventie van de huisarts. De bloeddruk werd in een bevolkingsonderzoek gemeten. Na een jaar wordt de meting bij een groep patiënten met hypertensie en een groep normotensieven herhaald. De oorspronkelijke bedoeling was om ook de effecten van bèta-blokkers en diuretica te bekijken. Daar kwam echter weinig van terecht door grote verschillen tussen de patiënten in compliance én doordat huisartsen zich niet aan het protocol hielden. Er is een artikel aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Ten Berge e.a. hebben geprobeerd een model tot verbetering van het huidige niveau van hypertensiebehandeling door de huisarts te ontwerpen. Het project is kort geleden afgelopen.

Van de Lisdonk, Van den Bos en Gabeler onderzoeken in het HUAN-project op basis van het Miller-model hoe huisartsen in de dagelijkse praktijk hart- en vaatziekten behandelen. Ook zullen algemene richtlijnen voor de behandeling van hart- en vaatziekten worden opgesteld; op basis van een analyse van de kloof tussen deze normen en het dagelijkse handelen zal dan een nascholingsprogramma worden opgesteld.

Imants sloot in december 1979 een proefstudie voor het HUAN-project af. Bestaand videomateriaal (160 consulten van in totaal drieëntwintig artsen) waarin de bloeddruk werd gemeten, werd gebruikt voor de analyse van het handelen van de arts bij hypertensie. Er is een groot verschil tussen norm en werkelijkheid, zelfs bij toch een betrekkelijk eenvoudige handeling als bloeddruk meten.

Toetsingsonderzoek

Er zijn twee onderzoekingen specifiek met het oog op toetsing opgezet:

Lamberts onderzoekt de mogelijkheid om huisartsen in hun werkwijze te studeren door ze veel gerichte informatie te geven. Hij bekijkt met behulp van de

POR en geautomatiseerde gegevensverwerking de input (welke en hoeveel problemen), de hulpverlening (contactfrequentie, voorspellende waarde van de problemenlijst) en de relatie tussen eerste en tweede lijn (verwijzingen). Bij dat alles bekijkt hij in hoeverre de huisarts er invloed op kan uitoefenen.

Van Stockum onderzoekt samen met keuzevak-studenten in drie fasen een aantal aspecten van het werken van de huisarts. In de eerste fase observeerde hij gedurende een dag de praktijk van eenentwintig artsen, waarbij vooral op structuur-elementen werd gelet (grootte spreekkamer, welk instrumentarium, etcetera). Tijdens de tweede fase werd het gedrag van artsen gescoord (bloeddruk meten, borstsonderzoek, uitleg geven en dergelijke). In de derde fase wil *Van Stockum* deze gegevens koppelen aan verwijs- en voorschrijfcijfers.

Normen en onderzoek

We hebben al opgemerkt, dat normen niet door onderzoek kunnen worden opgesteld. Daarvoor is vooral een visie van de beroepsgroep zelf nodig. Die visie bepaalt het takenpakket én de normen waaraan het handelen van de huisarts getoetst kan worden. Onderzoek kan het handelen op een bepaald gebied relateren aan de geldende normen.

Als we nu naar het huidige onderzoek kijken, valt op dat onderzoek waarin een visie op de plaats van de huisarts in de eerstelijns gezondheidszorg expliciet is geformuleerd, schaars is. Alleen *Huygen, van Eijk en Voorn* stellen heel duidelijk dat verloskunde in de eerste lijn hoort en dat het dus een taak voor de huisarts is zelf bevallingen te blijven doen. Bij geen enkel ander onderzoek wordt expliciet aandacht geschonken aan de positie van de huisarts in Nederland.

Met normen met betrekking tot het vereiste niveau is het al niet veel beter. Alleen over hypertensie zijn blijkbaar bruikbare, algemeen geldende normen te formuleren: de Werkgroep Chronische Patiënten van het N.H.I. heeft normen opgesteld met betrekking tot de diagnostiek en de behandeling van hypertensie; *Imants* gebruikte deze bij zijn onderzoek; in het HUAN-project van *Van de Lisdonk, Gabeler en Van den Bos* worden enigszins aangepaste normen met betrekking tot de behandeling van hypertensie en andere hart- en vaatziekten gebruikt; *Van der Does, Bekker en Prins* gebruiken de WHO-normen. Het enige andere onderzoek uit onze inventarisatie waarin gebruik wordt ge-

maakt van expliciete normen (niet alleen gericht op de behandeling van hypertensie) is het reeds genoemde onderzoek van *Van Eijk c.s.*

Toch gebruiken veel onderzoekers wel impliciet normen over het niveau van het werken van de huisarts en zelfs is hier en daar een visie op de plaats van de huisartsgeneeskunde verstoppt. Bij het verwijs- en voorschrijfonderzoek gaan onderzoekers uit van de norm dat weinig voorschrijven en/of verwijzen goed is, waarschijnlijk met het idee, dat de huisarts patiënten zoveel mogelijk uit het medisch kanaal dient te houden. Er moet een verschuiving komen van de tweede naar de eerste lijn en de gehele medische consumptie moet dalen, zijn de gedachten die we tussen de regels door kunnen lezen.

Collega's worden ook als norm gebruikt. Voorschrijf- en verwijscijfers worden naast elkaar gezet en zodoende kan je snel zien of een huisarts in zijn gedrag aan de „groepsnorm" voldoet. Ook bij onderzoek naar de arts-patiëntrelatie en hulpverleningsgedrag worden collega's als norm gebruikt. Verschillen in cijfers tussen collega's roepen echter op hun beurt weer onderzoek op om deze interdoktervariatie te verklaren. De tevredenheid van patiënten over de huisarts kan eveneens als impliciete norm gehanteerd worden. Goede dokters zouden tevreden patiënten hebben. Maar elke ingewijde weet hoe moeilijk het is om tevredenheid te meten.

Deskundigen kunnen samen normen opstellen voor het handelen van de huisarts. De al genoemde Werkgroep Chronische Patiënten is daarvan een voorbeeld. Vaker echter worden normen aan de literatuur ontleend. Literatuur kan het nadeel hebben dat bijvoorbeeld een buitenlandse situatie geheel anders is dan de Nederlandse, of dat uitsluitend specialisten zeggen hoe huisartsen moeten handelen. Maar soms is er niets anders.

De belangrijkste normenbron is toch de onderzoeker zelf. Hij interpreteert zelf de normen, ontleend aan de bovengenoemde vier bronnen, en past die in een eigen begrippenkader. Het voert te ver om hier bij elk onderzoek te vermelden of er normen – en zo ja, welke – spelen. Bij vele, vooral beschrijvende, onderzoeken is dat ook nauwelijks mogelijk. Wanneer we kijken naar normen, valt ons vooral op dat ze over het algemeen alleen impliciet worden genoemd. Bij het ontbreken van duidelijker ideeën over de aard en de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg en mede

daaruit voortvloeiende normen met betrekking tot het niveau van handelen, is dat ook geen wonder. We zijn daarmee weer terug bij af.

Slotbeschouwing

In vogelvlucht zijn er heel wat onderzoeken de revue gepasseerd: zoveel dat het misschien wat duizelt, zo summier vaak ook dat misschien meer vragen zijn opgeroepen dan beantwoord. In de *bijlage* hebben we een lijst van onderzoeken opgenomen, waarin wat informatie bij elkaar is gezet (bijvoorbeeld waar de betreffende onderzoeker te vinden is en of er al een publicatie uit het onderzoek is voortgekomen). Hier kijken we nog eens terug naar deze inventarisatie.

Er zijn goed beschouwd toch heel wat onderzoekers bezig met het kijken naar het handelen van de huisarts. Vooral enkele universitaire huisartsen instituten en het N.H.I. beginnen een onderzoekstraditie op dit gebied op te bouwen. Individuele huisartsen doen, voor zover wij weten, weinig onderzoek. En zo men er al aan begint, dan nog is de kans op een mislukking betrekkelijk groot. Onderzoek is blijkbaar toch een vak apart en is moeilijk met een volledige praktijk te combineren.

Het gerapporteerde onderzoek is heel veelzijdig van aard. Het varieert van heel algemeen onderzoek naar het takenpakket van de huisarts tot zeer specifiek onderzoek naar het handelen van de arts bij heel specifieke klachten. Populair is op het ogenblik onderzoek naar het beslissingsproces bij de huisarts, al dan niet uitgevoerd met behulp van papieren patiënten. Eveneens populair zijn onderzoeken naar het voorschrijven van medicijnen door de huisarts of naar zijn verwijsgedrag. De arts-patiëntrelatie is ook een thema dat favoriet is. Bij de specifieke onderzoeken scoren de hypertensieprojecten het hoogst, zo duidelijk dat we bijna van een modeverschijnsel kunnen spreken. De resultaten van de diverse onderzoeken zijn meestal nog niet bekend. Dat komt voor een belangrijk deel door de aard van dit overzicht. Over een jaar of twee, drie zal uit de inmiddels gereedgekomen (of mislukte) onderzoeken blijken, welke aanpak vruchtbaar is en welke niet, welke onderwerpen goed zijn te onderzoeken, voor welke thema's nog veel gestudeerd moet worden en welke theoretische benaderingen in de praktijk uitvoerbaar zijn. Het is zaak om niet alleen te kijken naar alles wat momenteel aan onderzoek gebeurt,

maar ook de ontwikkelingen in de komende tijd met een kritische belangstelling te volgen.

Samenvatting. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van per 1 november 1979 lopende of kort daarvoor beëindigde onderzoeken betreffende het handelen van de huisarts. Na een inleiding over toetsing en onderzoek, die aansluit bij de discussies over het rapport Toetsing in de huisartsgeneeskunde, wordt een verantwoording gegeven van de gevolgde werkwijze. Daarna wordt een overzicht gegeven van de resultaten, waarbij het accent valt op drie vragen:

- waar gebeurt het onderzoek en wie doet het?
- over welke aspecten van het handelen van de huisarts gaat het?
- wat zijn de gehanteerde normen?

In afzonderlijke paragrafen is uitvoerig op deze drie onderwerpen ingegaan. Een overzicht van de gebruikte onderzoeken is als bijlage bij het artikel opgenomen.

Summary. A look at research. An inventory of current research into the general practitioner's activities. A survey is presented of studies of the general practitioner's activities still in progress on 1st November 1979 or completed shortly before. After an introduction on evaluation and research which fits in with the discussions about the report on Audit in general medicine, an accounting is given of the procedure used. The subsequent survey of results focuses on three questions: 1) where is the research done and by whom; 2) which aspects of the general practitioner's activities are considered; 3) which norms are applied? These three subjects are discussed in detail in separate sections. A survey of the studies considered is presented in an appendix.

Bijlage

De gebruikte onderzoeken

- Basten Batenburg, W. van. Beslissingsmodellen van de huisarts; gestopt. Interne rapportage. *Huisartsen Instituut Vrije Universiteit.*
- Bensing, J., R. Kluver, H. Schut en P. Verhaak. Consultatieproject Eindhoven; afgesloten. Onderzoeksvoorstel, interimrapport, eindrapport (binnenkort te verschijnen). *Nederlands Huisartsen Instituut.*
- Berge, B. ten e.a. Hypertensie behandelingsproject met inschakeling van paramedische krachten; 1976-1979. *Interne Kliniek, Academisch Ziekenhuis Groningen.*

- Bergsma, J. Besluitvorming en verwijzing in de eerste lijn; 1978-1982. *Werkgroep Klinische Psychologie, Tilburg*.
- Boots, J. Functie-analyse huisartsgeneeskunde; 1978-1981. *Capaciteitsgroep Medische Sociologie, Maastricht*.
- Calkhoven, J. E. Huisarts en zelfmedicatie; gestopt. *Oosterlaan 4, Nunspeet*.
- Does, E. van der, J. P. Bekker en A. Prins. Analyse van het therapeutisch effect van de behandeling van hypertensie in de huisartspraktijk; 1976-1980. Publikatie in *Ned. T. Geneesk. Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut*.
- Dopheide, J. P. Integratie van verschillende soorten gezondheidszorgvoorzieningen in Hoozeveen; 1980 (eerste deel). Onderzoeksplan oktober 1979. *Nederlands Huisartsen Instituut*.
- Dorrenboom, G. Vermageringsadviezen en therapieën; 1977-1979. Binnenkort rapport aan T.N.O. *Gezondheidscentrum Feyenoord, Rotterdam*.
- Eden, R. Beslissingsstrategieën in de huisartsgeneeskunde bij anemie; 1977-1982. *Hoornbloem 31, Leeuwarden*.
- Elbers, A. W. M. Op zoek naar meer geëigende vormen van psychosociale hulpverlening in de eerste lijn; nooit gestart. *Instituut voor Orthopedagogiek, Nijmegen*.
- Eijk, J. van e.a. Analyse van verwijs- en voorschrijfpatronen in de huisartspraktijk, gerelateerd aan praktijkkenmerken, taakopvatting en preventieve vaardigheden; 1979-1982. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut*.
- Eijk, J. van e.a. Longitudinaal onderzoek naar processen van somatische fixatie; 1979-1980. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut*.
- Geldorp, G. van. Medisch probleem-oplossen; 1979-1982. *Huisartsen Instituut Vrije Universiteit*.
- Hageman-Smit, J. De invloed van nieuwe werkwijzen van huisartsen op het gedrag van artsen; 1979-1980. *Huisartsen Instituut Vrije Universiteit*.
- Hoekstra, G. R. Huisarts en lage rugpijn; 1977-1981. *Afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen*.
- Horst, F. van der en W. Vierhout. Determinanten in het beslissingsproces van de huisarts; 1978-?. *Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht*.
- Hougee, C. L. Vóórkomen van moeheid in de huisartspraktijk; 1978-1982. *Haagwinde 10-12, Hellevoetsluis*.
- Huygen, F. J. A. e.a. Een praktijk doorge-licht op CARA; 1974-1977. Publikaties in (1977) *huisarts en wetenschap* **20**, 383-386 en 435-438. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut*.
- Huygen, F. J. A., J. Th. M. van Eijk en Th. Voorn. Huisarts en verloskunde in Nederland; 1977-1979. Publikaties in (1979) *Medisch Contact* **34**, 925-928 en 953-958.
- Imants, J. De behandeling van hypertensie in de huisartspraktijk 1978-1979. Rapportage, *Nederlands Huisartsen Instituut*.
- Jonge, M. J. A. de. Observatie arts-patiëntrelatie; 1977-?. Verslag van een training gespreksvaardigheid in groep 76-IV, *Leids Huisartsen Instituut*.
- Kooij, S. van der. Probleemoplossen in de huisartspraktijk; 1976-1980. *Leids Huisartsen Instituut*.
- Kuyvenhoven, M. e.a. Hulpverleningsgedrag bij huisartsen; 1978-1980. *Utrechts Universitair Huisartsen Instituut*.
- Lamberts, H. Stuurbaar maken van het functioneren van huisartsen met behulp van de probleemgeoriënteerde gezinskaart en geautomatiseerde gegevensverwerking; 1978-1981. Publikatie: Probleemgeoriënteerde registratie. Mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. (1979) *huisarts en wetenschap* **22**, 44-46. *Groepspraktijk Ommoord, Rotterdam*
- Lancée, F. J. Monitoring geneesmiddelengebruik; continu project. *Groepspraktijk Ommoord, Rotterdam*.
- Lisdonk, E. van de, W. van den Bos en J. Gabeler. HUAN-project. Huisartsen nascholingsproject inzake optimale zorgverlening bij hart- en vaatziekten; 1979-1980 (eerste fase). *Nederlands Huisartsen Instituut - Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut*.
- Meer, K. van der. Kinderen met koorts in de huisartspraktijk; 1973-?. *Afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen*.
- Melker, R. A., M. van Nunen en M. Jacobs. Onderzoek naar het verwijzingsproces in het kader van optimale zorgverlening; 1979-1981. *Utrechts Universitair Huisartsen Instituut*.
- Nolet, H. A. en M. Prick-Slothouwer. Pilot-study acute urineweginfecties; 1979-1980. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut*.
- Ridderikhof, J. Besluitvorming in de medische praktijk; 1978-1982. *Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut*.
- Rop, H. J., H. Lamberts en C. van Weel. Huisarts en verwijzingsgedrag; 1978-1979. Publikatie in (1979) *huisarts en wetenschap* **22**, 306-312. *Groepspraktijk Ommoord, Rotterdam*.
- Schmidt, H. e.a. Probleem-oplossen in een medisch domein; 1979-1982. *Capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch, Maastricht*.
- Smal, C. en J. Gerritsma. Verschil werkwijze huisarts-internist; ?-?. *Afdeling Onderwijsontwikkeling, Medische Faculteit, Utrecht*.
- Sanavro, F. Psychosociale hulpverlening Breda; 1979-1982. *Nederlands Huisartsen Instituut*.
- Schouwenburg, H. C. en H. Brouwer. Een instrument voor het vastleggen van de huisarts-patiënt-interactie; 1976-?. *Huisartsen Instituut Universiteit van Amsterdam*.
- Spreeuwenberg, C. en J. C. van Es. Het beslissingsproces van de huisarts bij coxarthrosis; 1979-1980. *Utrechts Universitair Huisartsen Instituut*.
- Staveren, G. van. Taakopvatting van huisartsen; 1977-1981. *Huisartsen Instituut Vrije Universiteit*.
- Stevens, G. W. M. Adequatie van eerste-lijnszorg, zelfzorg en mantelzorg; 1977-1980. *Sociale Faculteit, Erasmus Universiteit, Rotterdam*.
- Stockum, Th. J. van. Toetsing in de huisartsgeneeskunde; 1976-1981. *Corn. de Witlaan 25, Den Haag*.
- Themans, B. Observatie van arts-patiënt-interactie; doorlopend project sinds 1975. Publikatie: Het gesprek tussen huisarts en patiënt. Een analysemodel. (1979) *huisarts en wetenschap* **22**, 122-128. *Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut*.
- Wolgast, N. L. en H. Lamberts. Huisarts en voorschrijfgedrag; 1972-1976. Publikatie: Huisarts en voorschrijfgedrag. Een mogelijkheid tot toetsing. (1978) *Medisch Contact* **33**, 1167-1175. *Groepspraktijk Ommoord, Rotterdam*.
- Wijkkel, D. en J. P. Dopheide. Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn; 1979-1982. *Nederlands Huisartsen Instituut*.