

Terugbestellen in de huisartspraktijk

Een onderzoek naar het terugbestelgedrag van negen huisartsen bij de behandeling van patiënten met diabetes mellitus en hypertensie

D. N. BAALBERGEN, F. W. DEKKER, DR. A. A. KAPTEIN
EN PROF. DR. J. D. MULDER DZN*

Dit onderzoek heeft betrekking op het terugbestelgedrag van negen huisartsen bij 84 patiënten met diabetes en 74 patiënten met hypertensie. Bij ruim de helft van de patiënten werd de (volgens de huisarts) gebruikelijke termijn aangehouden; de overige patiënten werden om verschillende (klacht- of patiënt-gebonden) redenen eerder of juist later terugbesteld. Tussen situatie-gebonden factoren en de terugbesteltermijn bestond nauwelijks verband; hetzelfde geldt ten aanzien van het medicamenteuze beleid van de huisarts. Gezien het weinige dat over het terugbestelbeleid van de huisarts bekend is, bepleiten de auteurs nader onderzoek op dit gebied.

Inleiding

In zijn proefschrift maakt Van der Zee een berekening van het aantal malen per dag dat een huisarts patiënten verwijst, in vergelijking met het aantal malen dat een huisarts patiënten terugbestelt.² De auteur vindt dat de huisarts tot niet meer dan gemiddeld twee verwijzingen per dag besluit, en dat de andere contacten (30 tot 50) zelfstandig worden afgehandeld. Van der Zee concludeert dat verwijzen minder frequent voorkomt dan veelal wordt aangenomen, en dat „we ons eerder op ‘terugbestellen’ moeten concentreren en op hetgeen de huisarts zelf voor zijn rekening neemt, dan op het verklaren van het verwijscijfer”.

Van der Zee's conclusie wordt ondersteund door de uitkomsten van een onderzoek van Wilensky & Rossiter naar de terugbesteltermijnen die gehanteerd worden door een aantal Amerikaanse „primary care” artsen (general practice, general internal medicine, pediatrics, obstetrics/gynaecology). Meer dan een derde van de arts-patiënt contacten bleek door de arts te worden geïnitieerd. Factoren die van invloed waren

op een kortere terugbesteltermijn, waren een slechtere gezondheidstoestand van de patiënt, een gering aandeel van de patiënt in de kosten verbonden aan het doktersbezoek en een lagere leeftijd van de arts.³

Andere literatuur waarin het terugbestellen door de huisarts en de factoren die daarop van invloed zijn systematisch worden besproken, hebben wij niet gevonden. Wel zijn in het kader van de protocollaire geneeskunde door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut protocollen ontwikkeld waarin een terugbesteltermijn wordt genoemd. Deze termijnen zijn echter niet op onderzoek gebaseerd, maar op consensus van een aantal huisartsen.⁴ Daarnaast heeft het Nederlands Huisartsen Instituut schema's uitgebracht voor de behandeling van een aantal ziekten, waarin eveneens een terugbesteltermijn wordt genoemd.

De ontwikkeling van een protocollaire geneeskunde staat nog aan het begin. Het feit dat in sommige protocollen een bepaalde terugbesteltermijn wordt gesuggereerd, betekent nog niet dat deze suggesties ook door vele huisartsen worden gevolgd. Desondanks spreekt iedere huisarts bij bepaalde klachten een

min of meer vaste terugbesteltermijn af. (de gebruikelijke terugbesteltermijn).

In dit onderzoek beperken we ons tot het bestuderen van de terugbesteltermijn bij twee ziekten: diabetes mellitus type II en hypertensie. Deze twee ziekten hebben een relatief hoge prevalentie en hun chronische aard maakt regelmatig terugbestellen noodzakelijk (bijlage).

De vraagstelling van het onderzoek luidt:

- welke termijnen spreken huisartsen af bij het terugbestellen van patiënten met diabetes mellitus type II en patiënten met hypertensie;
- welke motieven geven zij op voor deze termijnen;
- welke factoren zijn verantwoordelijk voor afwijkingen van de gebruikelijke terugbesteltermijn?

De terugbesteltermijn en de motivering daarvoor zijn bij de consulten voor hypertensie prospectief onderzocht. Bij de consulten wegens diabetes is de terugbesteltermijn ook prospectief onderzocht, terwijl de motivering voor de afgesproken termijn retrospectief is bestudeerd.

Methode

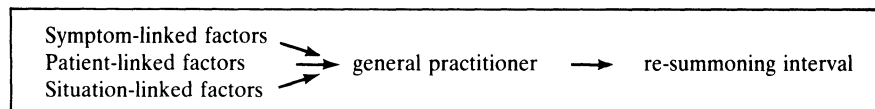
Onderzoeksmodel

De terugbesteltermijn wordt bepaald door een drietal factoren (figuur 1):

- Onder klacht-gebonden factoren verstaan wij de factoren die zijn gerelateerd aan de somatische kenmerken van de klacht die door de patiënt tijdens het consult wordt gepresenteerd. Bij hypertensie vallen hier onder hoogte en stabiliteit van de bloeddruk. Een equivalent hiervoor met betrekking tot diabetes is de ernst van de diabetes c.q. een dreigende ontregeling. Tevens worden factoren die te maken hebben met de therapie en met het optreden van complicaties onder de klacht-gebonden factoren gerangschikt.
- Patiënt-gebonden factoren worden omschreven als de factoren met betrekking tot de klachtpresentatie en het ziektegedrag van de patiënt. Ook leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm worden hieronder gerangschikt.
- Onder situatie-gebonden factoren verstaan wij incidentele factoren die de huisarts belemmeren de geplande terug-

Het onderzoek werd uitgevoerd door de eerste twee auteurs – beiden student geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden – in het kader van het derdejaars keuzeparticipium.¹ Het onderzoek vond plaats onder supervisie van Dr. A. A. Kaptein en Prof. Dr. J. D. Mulder Dzn, respectievelijk als wetenschappelijk medewerker en hoogleraar verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden.

Figuur 1 – Figure 1. Het onderzoeksmodel – The research model.



besteltermijn af te spreken. Hieronder vallen onder meer afspraken met derden aangaande de behandeling van een patiënt, de duur van een laboratoriumbepaling en vakantie van arts of patiënt.

Aan de huisarts zijn persoonsgebonden kenmerken (leeftijd, de duur van de uitoefening van zijn beroep en taakopvatting) en structurele kenmerken (praktijkvorm en -grootte, plaats van vestiging) te onderscheiden.

Deze kenmerken beïnvloeden, net als de klacht-, patiënt- en situatie-gebonden factoren, de keuze van de terugbesteltermijn door de huisarts. Om echter deze huisarts-gebonden kenmerken te kunnen onderzoeken, zou een groot aantal huisartsen nodig zijn; dit bleek in dit onderzoek niet realiseerbaar. Wij besloten ons daarom te beperken tot het bestuderen van de verbanden tussen klacht-, patiënt- en situatie-gebonden factoren en de terugbesteltermijn, en om de invloed van de huisarts op de terugbesteltermijn buiten beschouwing te laten.

Selectiecriteria

De criteria bij de selectie van de huisartsen waren: de huisartsen dienen in dezelfde streek, in plaatsen met een vergelijkbare urbanisatiegraad en op min of meer gelijke afstand van het ziekenhuis hun praktijk te voeren. Negen huisartsen uit plattelands- en verstedelijkte plattelandsgemeenten werkten aan het onderzoek mee.

De selectiecriteria voor de patiënten met diabetes waren: de patiënt dient in de therapeutische fase van een type II diabetes te verkeren, hij moet op het spreekuur kunnen komen en moet min of meer regelmatig door de huisarts worden gecontroleerd. Voor hypertensie waren de criteria: de patiënt dient in de therapeutische fase te verkeren en moet tijdens de observatieperiode voor hypertensiecontrole op het spreekuur verschijnen.

Voor zowel diabetes als hypertensie gold dat iedere patiënt die door de huisarts als patiënt met diabetes c.q. hypertensie werd beschouwd, na toetsing aan de selectiecriteria in de onderzoekspopulatie werd opgenomen.

Uit het monitoring-project werd afgeleid dat huisartsen per week gemiddeld twee tot drie patiënten met diabetes en tien tot vijftien patiënten met hypertensie op het spreekuur zien.¹² Dit betekende dat 16 tot 24 patiënten met diabetes en 80 tot 120 patiënten met hypertensie in het onderzoek zouden kunnen wor-

den betrokken. Gezien het geringe aantal diabetespatiënten dat op deze wijze zou kunnen worden bestudeerd, besloten wij de praktijkkaarten van alle bij de huisartsen bekende patiënten met diabetes die aan de selectiecriteria voldeden, als bron van informatie te gebruiken.

Dataverzameling

Bij zeven huisartsen werd een week lang het spreekuur geobserveerd; de overige twee huisartsen waren ieder slechts een halve week beschikbaar.

Voorafgaand aan de observatieperiode werd de huisartsen een interview afgenomen. Doel hiervan was het in kaart brengen van enkele structurele kenmerken van de huisartspraktijken; tevens werd geïnformeerd naar de gebruikelijke terugbesteltermijnen van de huisartsen.

Met het oog op de statistische verwerking werd een zo gestructureerd mogelijk antwoordformulier ontworpen, met behulp waarvan de met de terugbesteltermijn samenhangende factoren konden worden geregistreerd. Op basis van literatuurstudie en intuïtie waren hierop mogelijke redenen die de huisarts voor de termijnkeuze zou kunnen noemen, uitgewerkt.

Voor het verzamelen van gegevens over de patiënten met diabetes werd van de patiëntenkaart de datum van het laatste consult overgenomen. Vervolgens werd geïnformeerd naar de terugbesteltermijn die op dat consult was afgesproken. Tevens werd de huisarts gevraagd twee redenen te noemen waarom juist die termijn was afgesproken. Op het formulier werden voorts patiëntgegevens als leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm aangetekend.

Bij de dataverzameling over de patiënten met hypertensie werden dezelfde vragen gesteld, maar dan na afloop van elk hypertensieconsult dat daarvoor in aanmerking kwam.

De gegevens werden verzameld door vier observatoren (derdejaars medische studenten) die ieder gedurende een week het spreekuur van een huisarts bijwoonden. Zo konden in twee weken tijds gegevens in de verschillende huisartspraktijken worden verzameld. Teneinde de zogenaamde inter-observer variatie zoveel mogelijk te beperken, is door de vier observatoren uitgebreid geoefend in het gebruik van het scoringssysteem, totdat de variatie tussen de waarnemers en de variatie binnen één waarnemer zoveel mogelijk beperkt waren.

Resultaten

Diabetes

Gevraagd naar de gebruikelijke terugbesteltermijn voor patiënten met diabetes, verklaarden zes huisartsen dat zij een patiënt met diabetes zonder verdere problemen na een periode van drie maanden wilden terugzien; twee artsen noemden een termijn van twee maanden en één arts een termijn van zes maanden.

Van de in totaal 23.000 patiënten die in de negen praktijken stonden ingeschreven, voldeden 84 patiënten aan onze selectiecriteria. Dit relatief lage aantal kan worden verklaard door de aard van die criteria: patiënten die overwegend thuis (of in het bejaardenhuis) voor hun diabetes werden gecontroleerd, vielen buiten het onderzoek.

De populatie bestond uit 40 mannen en 44 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 69,1 jaar. De terugbesteltermijnen die op het laatste consult wegens diabetes waren afgesproken, varieerden van één maand tot één jaar. Het gemiddelde van deze termijnen was 106 dagen (*figuur 2*).

Bij 53 patiënten bleek de terugbesteltermijn gelijk aan de gebruikelijke terugbesteltermijn. „Routine” vormde de belangrijkste verklaring voor deze termijn.

Vroeger terugkomen dan gebruikelijk werd aan 16 patiënten geadviseerd. Dit gebeurde volgens de huisartsen hoofdzakelijk wegens klacht-gebonden redenen: een verhoogde suikerwaarde in bloed of urine, andere klachten, verhoogd gewicht en verhoogde tensie.

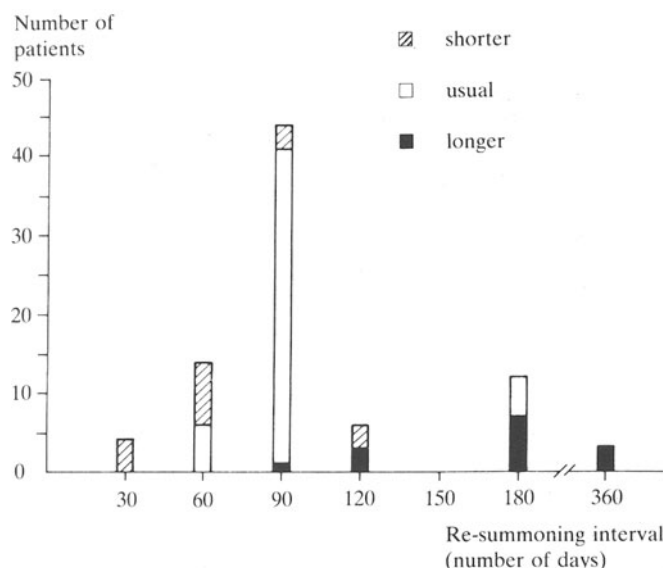
In totaal werden 15 patiënten met diabetes later dan gebruikelijk terugbesteld (*tabel 1*). Wanneer de uitslagen van laboratoriumbepalingen op stabiliteit van de diabetes wezen, was dat voor de huisartsen aanleiding de patiënt later dan gebruikelijk terug te bestellen. Patiënt-gebonden factoren (zoals therapie-trouw) waren eveneens aanleiding tot een langere terugbesteltermijn.

Hypertensie

In het interview zeiden alle negen huisartsen dat zij bij hypertensie dezelfde terugbesteltermijn aanhielden als bij diabetes.

In de observatieperiode konden 74 consulten wegens hypertensie in het onderzoek worden betrokken. Het ging om 22 mannen en 52 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 59,7 jaar. De op de consulten afgesproken termijnen lagen tussen één week en een half jaar. Het gemiddelde was 70 dagen (*figuur 3*).

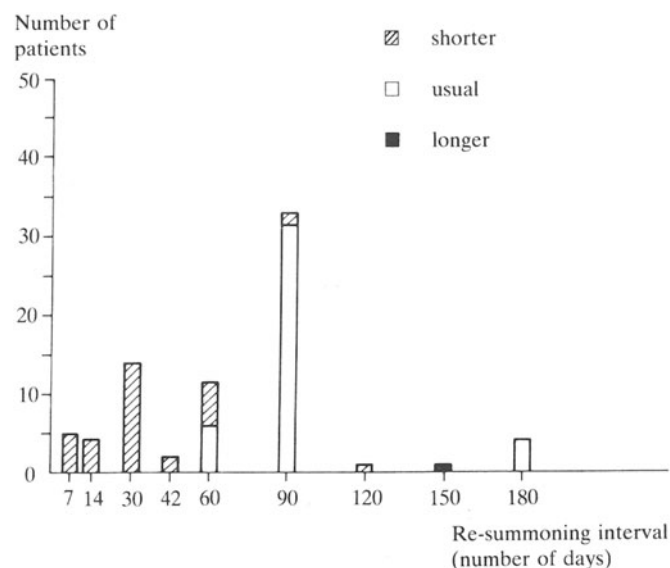
Figuur 2 – Figure 2. Frequentieverdeling van de terugbesteltermijnen bij de 84 diabetespatiënten – Frequency distribution of re-summoning intervals for the 84 diabetic patients.



Tabel 1 – Table 1. Motivering van de gehanteerde terugbesteltermijnen bij 84 diabetespatiënten (maximaal twee motieven per huisarts) – Motivation of re-summoning intervals for 84 diabetic patients (maximally two motives per physician).

Motivation	Interval		
	shorter	usual	longer
„Routine”	1	50	4
Symptom-linked motives	16	6	7
Patient-linked motives	3	1	8
Situation-linked motives	1	–	–
No motive	–	1	–
Total	21	58	19

Figuur 3 – Figure 3. Frequentieverdeling van de terugbesteltermijnen bij de 74 hypertensiepatiënten – Frequency distribution of re-summoning intervals for the 74 hypertensive patients.



Tabel 2 – Table 2. Motivering van de gehanteerde terugbesteltermijnen bij 74 hypertensiepatiënten (maximaal twee motieven per huisarts) – Motivation of re-summoning intervals for 74 hypertensive patients (maximally two motives per physician).

Motivation	Interval		
	shorter	usual	longer
„Routine”	2	31	–
Symptom-linked motives	44	14	1
Patient-linked motives	6	3	–
Situation-linked motives	4	2	1
Other motives	1	–	–
Total	57	50	2

Volgens de gebruikelijke termijn werden 41 patiënten terugbesteld. In 31 gevallen werd als reden hiervoor „routine” genoemd.

Een kortere termijn werd met 32 patiënten afgesproken. De verklaring voor deze termijnen bestond meestal uit klacht-gebonden redenen (verhoogde bloeddruk, bijkomende klachten en veranderingen in de aard en/of dosering van de medicatie). Bij de patiënten met wie een terugbesteltermijn van een maand of korter werd afgesproken, gaven de huisartsen de volgende redenen voor deze termijn: verandering van therapie (11 maal), bijkomende klachten, complicaties en bijwerkingen van medicatie (11 maal), en hoge bloeddruk (8 maal). Overige redenen werden negen maal genoemd.

Slechts bij één consult werd een langere termijn dan de gebruikelijke afgesproken.

Voor zowel diabetes als hypertensie kan het volgende worden opgemerkt:

Tussen de patiëntgegevens (leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm) en de terugbesteltermijn was geen verband aan te tonen. De drie huisartsen met de langste ervaring (langer dan tien jaar) bleken in dit onderzoek iets langere termijnen af te spreken dan de andere huisartsen. Deze drie huisartsen hadden tevens de grootste praktijken (meer dan 3000 patiënten). Over de mogelijke invloed van het medicamenteuze beleid op de terugbesteltermijn zijn geen uitspraken mogelijk: de huisartsen noemden slechts zelden de aard van de medicatie als motief voor de gekozen terugbesteltermijn.

Beschouwing

Uit ons onderzoek bleek dat bij ruim de helft van de patiënten de gebruikelijke

terugbesteltermijn werd aangehouden. De overige patiënten werden om verschillende redenen eerder of later terugbesteld. Bij diabetes waren het vooral klacht-gebonden redenen die een vroegend effect hadden op de terugbesteltermijn. Een vertragend effect hadden klacht- en patiënt-gebonden redenen. Bij hypertensie waren het eveneens klacht-gebonden redenen die de huisarts er toe brachten de patiënt eerder dan gebruikelijk terug te bestellen. Slechts één patiënt met hypertensie werd later dan gebruikelijk terugbesteld.

Tussen situatie-gebonden redenen en de afgesproken terugbesteltermijn bestond nauwelijks verband; dit zelfde gold voor het medicamenteuze beleid van de huisarts.

Noch in de literatuur, noch bij de huisartsen bleek overeenstemming te bestaan over de optimale terugbesteltermijn.

Synopsis

Baalbergen DN, Dekker FW, Kaptein AA, Mulder Dzn JD. The timing of repeat encounters in general practice. A study of the re-summoning behaviour of nine general practitioners in the treatment of patients with diabetes mellitus and hypertensive patients. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 275-9.

Introduction. Virtually nothing is known about the re-summoning behaviour of general practitioners, and the same applies to the optimal intervals between repeat encounters in various diseases. Certain intervals are mentioned by various authors and in protocols, but these never prove to be based on research. The problem statement of this study was: – at what intervals do general practitioners re-summon patients with type II diabetes mellitus and hypertensive patients; – how do they motivate these intervals; – which factors are responsible for deviations from the intervals routinely set between repeat encounters?

Method. The study covered nine general practices in which surgery hours were observed during one week ($n = 7$) or during half a week ($n = 2$). The nine physicians were interviewed about routine intervals between repeat encounters. In addition, many symptom-linked, patients-linked and situation-linked factors were registered (figure 1), and

patient records were used to obtain adequate information on the diabetic patients.

Results. Six physicians re-summoned diabetic patients without problems at three-month intervals; two re-summoned at two-month intervals, and one considered six-month intervals to be sufficient.

All physicians mentioned the same intervals for hypertensive patients.

• *Diabetes (table 1, figure 2).* The population involved comprised 40 men and 44 women with an average age of 69.1 years. The most recently set re-summoning intervals ranged from one month to one year, with an average of 106 days.

For 53 patients the re-summoning intervals equalled the usual intervals between repeat encounters („routine” was the principal motivation reported). Sixteen patients were advised to return earlier, the motivation being largely symptom-linked: increased glucose levels in blood or urine, other symptoms, increased body weight and increased blood pressure. Fifteen patients were resummoned later than usual, the principal motivation being stability of the diabetes and patient compliance.

• *Hypertension (table 2, figure 3).* The population involved comprised 22 men and 52 women with an average age of 59.7 years. The re-summoning intervals ranged from a week to six months, with an average of 70 days. For 41 patients the re-summoning intervals were the usual,

„routine” being the motive given in 31 cases. The re-summoning intervals were shorter than usual for 32 patients, the motives given being mostly symptom-linked: increased blood pressure, additional symptoms, changes in the type and/or dosage of medication. In only one case was the re-summoning interval longer than usual.

No correlation was found between patient data (age, sex, type of insurance) and re-summoning interval. It was found, however, that the three physicians with the longest experience (more than ten years) and the largest practices (more than 3000 registered patients) used the longest re-summoning intervals. No evidence was found of a correlation between the medication prescribed and the re-summoning intervals.

Discussion. The timing of repeat encounters exerts a marked influence on the workload of the general practitioner. On the other hand, possible late complications of chronic diseases such as diabetes and hypertension can be partly prevented by regular check-ups. For these two reasons it seems desirable to institute further investigations into the correlation between the prognosis of such diseases and the re-summoning intervals chosen.

Keywords: Diabetes mellitus; Family practice; Hypertension; Repeat encounter.

Address of authors: Vakgroep Huisarts-geneeskunde, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, The Netherlands.

mijn bij patiënten met diabetes en hypertensie. De gebruikelijke terugbesteltermijnen varieerden van twee tot zes maanden.

Voor het onderzoek gelden verschillende beperkingen. In de eerste plaats was de motivering van de afgesproken terugbesteltermijn bij diabetes alleen retrospectief vast te stellen. Wij kunnen slechts speculeren over de mogelijke vertekeningen (door geheugenfouten, sociaal wenselijke antwoorden, etc.). De observatoren rapporteerden echter allen dat de huisartsen bij het herlezen van de patiëntenkaart onmiddellijk een beeld hadden van de patiënt en van de destijds afgesproken terugbesteltermijn. Daarnaast constateerden zij dat de huisartsen zich onmiddellijk wisten te herinneren welke motieven destijds bepalend waren geweest voor de gekozen terugbesteltermijn. Volgens ons kan daarom worden geconcludeerd dat de verschillen in werkwijze de validiteit van de gegevens niet hebben beïnvloed. In de tweede plaats moet worden opgemerkt dat het onderzoeksmateriaal geen uitspraken toelaat over verbanden

tussen de terugbesteltermijn en kenmerken van de huisarts en diens praktijk. Verder werden in het onderzoek alleen twee chronische aandoeningen bestudeerd; wellicht is het terugbestelgedrag van huisartsen bij patiënten met acute ziektebeelden anders. Tenslotte komen de verzamelde gegevens uit slechts enkele huisartspraktijken.

Het terugbestellen van patiënten heeft een aanzienlijk effect op de werkbelasting van de huisarts. Bovendien kunnen late complicaties bij chronische aandoeningen als diabetes en hypertensie althans voor een deel worden voorkomen, als de patiënt regelmatig door de huisarts wordt gecontroleerd. Om deze twee redenen lijkt het ons gewenst dat nader onderzoek wordt verricht naar het verband tussen het verloop van dergelijke aandoeningen en de gehanteerde terugbesteltermijnen.

¹ Baalbergen DN, Dekker FW. Terugbestelgedrag van de huisarts, een onderzoek. Leiden: Vakgroep Huisarts-geneeskunde, 1983.

² Zee J van der. De vraag naar diensten van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

³ Wilensky GR, Rossiter LF. The magnitude and determinants of physician-initiated visits in the United States. In: Gaag J van der, Perlman R, eds. Health, economics, and health economics. Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1981.

⁴ Anoniem. Prevara: de medisch-technische protocollen. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

⁵ Anoniem. Schema Diabetes Mellitus. Huisarts en Wetenschap 1979; 22 (suppl Huisarts & Praktijk 3): 5-7 (ook losbladig verkrijgbaar bij het NHI).

⁶ Horst F van der, Meulders W. Een beetje suiker: een onderzoek onder oudere diabetespatiënten. 2e dr. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

⁷ Leeuw PW de, Brummelen P van. Hypertensie in de huisartsenpraktijk. Enkele theoretische en praktische beschouwingen. Vraag en Antwoord Journaal 1982; 2(10A).

⁸ Veen WA van. Schema verhoogde bloeddruk. Huisarts en Wetenschap 1977; 20 (suppl Huisarts & Praktijk 1): 8-10 (ook losbladig verkrijgbaar bij het NHI).

⁹ Bekker JP. Opmattingen van huisartsen

over hypertensiebeleid. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 88-92, 5.

¹⁰ Weel C van. De voor hypertensie behandelde populatie in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 4-8.

¹¹ Fulton M, Kellett RJ, MacLean DW, et al. The management of hypertension. A survey of opinions among general practitioners. J Roy Coll Gen Pract 1979; 29: 583-7.

¹² Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.

Bijlage

Terugbesteltermijnen bij diabetes mellitus en hypertensie

Diabetes mellitus

Door het Nederlands Huisartsen Instituut is een *Schema Diabetes Mellitus* opgesteld, waarin wordt geadviseerd om een goed gereguleerde, niet-insuline afhankelijke patiënt met diabetes vier maal per jaar te zien; de terugbesteltermijn zou dus drie maanden zijn.⁵

In het NUHI-protocollenboek wordt geadviseerd de patiënt eenmaal per 3 à 6 maanden op het spreekuur te laten komen.⁴

Van der Horst & Meulders beschrijven een onderzoek naar de behandeling van patiënten met diabetes waarbij de huisarts een terugbesteltermijn aanhoudt van drie maanden.⁶ De auteurs schrijven dat „de controle-termijn van drie maanden op geen enkele wetenschappelijke basis stoelt, maar werd 'ingefluisterd' door de werkwijze van de meeste specialisten. Hiermee is blijkbaar in het algemeen een goede greep te houden (ook door de huisarts) op het verloop van de diabetes”.

Hypertensie

De Leeuw en Van Brummelen stellen dat de terugbesteltermijn afhankelijk is van de hoogte en de stabiliteit van de bloeddruk en van de therapietrouw van de patiënt.⁷

Het NHI geeft als richtlijn: bij ingestelde therapie eenmaal in de 6 à 8 weken.⁸ Recent publiceerde Bekker in dit tijdschrift over onderzoek naar de opvattingen van huisartsen over hypertensie. Van de onderzochte huisartsen zei slechts 38 procent dat hij de patiënt binnen twee maanden zou willen terugzien. De auteur suggereert dat de in de NHI-richtlijn genoemde terugbesteltermijn van 6 à 8 weken, te hoog is.⁹

Van Weel vindt, op grond van resultaten van het monitoringproject, een gemiddelde controlefrequentie van vier maal per jaar; voor vrouwen en voor patiënten ouder dan 65 jaar, blijkt de

controlefrequentie wat hoger dan voor mannen en jongere patiënten.¹⁰

Fulton et al. onderzochten het door Schotse huisartsen gevolgd beleid bij patiënten met hypertensie, „once a stable blood pressure had been achieved”. Zij vonden dat er een grote variatie bestond in de terugbesteltermijn: 38 procent van de huisartsen noemde een termijn van 2 tot 3 maanden, 24 procent noemde een termijn van 3 tot 6 maanden, „but replies ranged from under one month to a year”.¹¹

Literatuur bij:

Grol R, Mesker P. Bewustwording en verandering door onderlinge toetsing (pp. 270-4)

¹ Grol R, Mesker P. Een programma voor onderlinge toetsing voor huisartsen. Ervaringen met zes experimentele toetsingsgroepen. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 198-204.

² Waters W, Kelly J, Lunn J. Attitudes for audit. J R Coll Gen Pract 1983; 33: 263-6.

³ Markus A. Medical audit: what can we learn from American experience. Update 1980; 22: 1066-72.

⁴ Grol R, Mesker P, red. Huisarts en toetsing. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984.

⁵ Grol R. Een nieuwe taak voor de huisartsopleider; resultaten van een enquête. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 384-9.

⁶ Festinger L. Conflict, decision and dissonance. Palo Alto: Stanford University Press, 1964.

⁷ Voort H van der. De invoering van toetsing. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 150-7.

⁸ Rijn K van. Omgaan met weerstanden in training. T Agologie 1983; 3: 202-18.

⁹ Stein L. The effectiveness of continuing medical education: eight research reports. J Med Educ 1981; 56: 103-10.

¹⁰ Sibley J, et al. A randomized trial of continuing medical education. N Engl J Med 1982; 306: 511-5.

¹¹ Geertsema R, Parker R, Kraus Whitbourne S. How physicians view the process of change in their behavior. J Med Educ 1982; 57: 752-8.

Tijdschriften van wetenschappelijke huisartsenorganisaties

Allgemeinmedizin General Practice, Societas Internationalis Medicinae Generalis, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk.

Australian Family Physician, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria, 3002, Australië.

Le Medicin de Famille/de Huisarts, Rue du Tabellion 76, 1050, Brussel, België.

Huisarts Nu, Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, Grote Hondstraat 18, 2000 Antwerpen, België.

Canadian Family Physician, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada.

The Family Physician, PO Box 16250, Tel Aviv, Israël.

Hong Kong College of General Practitioners, PO Box 10651, GPO, Hong Kong.

The Family Practitioner, Room 1, NMA House, 5th Floor, 124 Jalan Pahang, Kuala Lumpur 02-14, Maleisië.

The Finnish Association of General Practitioners, Ruoholahdenkatu 4, 00180 Helsinki, Finland.

Transactions of College of General Practitioners of Sri Lanka, 147 Galle Road, Dehiwela, Sri Lanka.

New Zealand Family Physician, PO Box 1, Owaka, South Otago, Nieuw-Zeeland.

Journal of the Royal College of General Practitioners, Alford House, 9 Marlborough Road, Exeter, EX2 4TJ, United Kingdom.

Journal of Pakistan Medical Association, PMA House, 39 Garden Road, Karachi-3, Pakistan.

Philippino Family Physician, R-508 Dua Mercedes Building, Quiapo, Manila, Filippijnen.

Le Médecin du Québec, 1440 St. Catherine St. West, Suite 1100, Montreal, Québec. H3G 1R8 Canada.

Newsletter, PO Box 2270, Bulawayo, Rhodesië.

Singapore Family Physician, The Alumni Medical Centre, 4A College Road, Singapore 3.

Elan, PO Box 27399, Sunnyside, Pretoria, Zuid-Afrika.

American Family Physician, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, USA.