

Conclusie

Het is voor mij een conditio sine qua non dat de hoogleraren huisartsgeneeskunde daadwerkelijk als huisarts functioneren. Dit dient zo te geschieden, dat ze voor een aantal patiënten de continuïteit kunnen waarborgen. Wat dit betreft, is mijn eigen situatie – waarin ik op drie dagen een dagdeel in de praktijk ben – het minimum dat acceptabel is. De medische faculteiten dienen deze noodzaak te erkennen en de facultaire formatieruimte voor de patiëntenzorg onder de klinische vakgroepen en de vakgroepen huisartsgeneeskunde (en wellicht ook sociale geneeskunde) te verdelen.

Wat betreft de suggestie om, gezien de veelheid van taken prioriteit te geven aan management en wetenschappelijk onderzoek, ben ik het er volkomen mee eens dat het onmogelijk is al deze taken door een persoon te laten verrichten. Daarom is het ook nodig dat er meer hoogleraren komen en dat zij de taken verdelen. Mits het behoud van de indentiteit van de gehele vakgroep bewaakt blijft, behoeft wellicht ook niet elke taak door een huisarts vervuld te worden.

Nota bene

Het is van belang voor hulpverleners in de gezondheidszorg enige kennis te hebben van de traditionele geneeswijzen van Turken en Marokkanen en met name de termen fqih en hodja te kennen (respectievelijk Marokkaanse en Turkse magisch-religieuze genezer). In sommige gevallen zou men een patiënt zelfs naar een dergelijke genezer kunnen verwijzen.

Een hulpverlener doet er verstandig aan in het eerste gesprek niet te vragen naar de toekomstplannen van de cliënt.

Ontleend aan: Van der Most van Spijk M. Gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1985.

WERKGROEP REGISTRATIE VAN DE CPV

Een nieuwe groene kaart

In 1958 introduceerde het NHG haar groene werkkaart. Dit door velen gebruikte registratiemodel raakte langzamerhand op verschillende punten achterhaald: een deel der rubrieken wordt weinig of niet gebruikt en de voorcodering sluit niet overal meer aan op de huidige registratiegewoonten. De Commissie Praktijkvoering ontwikkelde een eigentijds model en het NHG heeft besloten dit nieuwe registratie-document uit te geven.

Probleemgeoriënteerd

Uitgangspunt van de nieuwe kaart is de probleemgeoriënteerde registratiewijze: de kaart is aangepast aan die elementen die voor de huisarts praktisch zijn. Op deze wijze kan een overzichtelijke ziektegeschiedenis worden genoteerd. Hiervoor is de kaart tot aan de vouwrand gereserveerd.

De linker helft is in tweeën gedeeld. De linker kolom begint met een ruimte voor bloedgroep, Rhesus-factor en anti D, met name van belang bij graviditeit. De voorcodering voor Lues- en TBC-reacties is vervallen; de primaire infectie behoort immers bij de medische voorgeschiedenis te worden genoteerd. Omdat de voorcodering voor preventieve injecties niet meer op de praktijk aansluit, is deze vervallen. Onder het hoofdje vaccinaties is er ruimte die men verder zelf kan indelen en waar ook plaats is voor vaccinaties op latere leeftijd. Verder is er ruimte voor intoleranties/allergieën en voor de familie-anamnese.

De rechter kolom is voor psychosociale aantekeningen en chronische medicatie.

De rechter helft beslaat de rubriek 'medische voorgeschiedenis/probleemlijst'. De diagnosegewijze notering geschiedt in principe met vermelding van de eventueel medebehandelende eerste- of tweedelijns werkers.

Het NHG hoopt dat op deze wijze een overzichtelijke notatie wordt verkregen, zodat vooral ook waarnemers of associés snel een compact overzicht van de patiëntsituatie kunnen krijgen.

SOEP-notatie

Op de onder- en achterzijde van de kaart kunnen klachten, bevindingen, diagnose, plannen en therapie volgens de SOEP-notatie worden genoteerd. Als optische scheiding tussen consultgegevens en plan/therapie is een verticale stippellijn aangebracht; bij goed gebruik hiervan kan het terugvinden van informatie aanzienlijk vergemakkelijkt worden.

Omdat de kaart binnen het oorspronkelijke archief moet passen, is het formaat gelijk gebleven. De kaart is echter dubbelgevouwen, zodat het werkvlak bijna twee keer zo groot is geworden. De kaart is voorzien van een dubbele rill, waardoor uitscheuren bij het tussenschuiven van oude registratiekaarten, specialistenbrieven of lab-formulieren, wordt voorkomen.

De codeerrand en het sociografisch deel zijn onveranderd overgenomen, zodat het oude model naast het nieuwe gebruikt kan worden. De onderkant van de kaart is korter dan het bovendeel, zodat de sociografische gegevens ook bij de dichtgevouwen kaart zichtbaar blijven.

Naast de hoofdkaart levert het NHG een inlegbare enkelvoudige vervolgkaart, met een codeerrand en een sociografisch deel direct daarna ruimte voor de consultgegevens. Een zinnige suggestie is om de notaties uit specialistenbrieven vanaf het begin op een aparte vervolgkaart te plaatsen, zodat de hoofdkaart gereserveerd blijft voor aantekeningen over de patiëntcontacten.

Voor het opbergen blijft het plastic mapje leverbaar.

De Commissie Praktijkvoering hoopt dat deze nieuwe groene kaart uitnodigt tot een overzichtelijke registratiewijze. Bij de uitnodiging van het komende NHG-congres over preventie zal een demonstratiemodel worden gevoegd. Via posters zal op het congres geïnformeerd worden over alle door het NHG uitgegeven registratieformulieren.

De Commissie Praktijkvoering ontvangt graag eventuele opmerkingen en suggesties voor verbeteringen.

Cursus onderzoek

De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van het NHG heeft het afgelopen jaar een uit vier delen bestaande cursus 'Wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk' georganiseerd. Op 11 en 12 april j.l. vond te Zeddam de afsluiting plaats, die was gewijd aan multivariate analysetechnieken. Het weekend werd bijgewoond door dertien CWO-leden en elf andere geïnteresseerden, voor het grootste deel huisartsen, verbonden aan de diverse universitaire huisartseninstituten.

Als voorbereiding op het weekend ontvingen de deelnemers de nodige literatuur over factoranalyse en variantieanalyse; met behulp van oefeningen in beide analysetechnieken kon men zich vooraf alvast in het onderwerp verdiepen. De cursus zelf bestond uit drie dagdelen, waarin wisselende groepjes zich over de volgende onderwerpen bogon:

- Oefenen in het rangschikken naar dimensies en het bepalen van het aantal factoren in een bestaande vragenlijst over de *functional health status* (Nottingham Health Profile).
- Oefenen met factoranalyses, gerooteerde factoranalyses en factorscores op grond van met de computer gegenereerde gegevens.
- Oefenen in variantieanalyses (bivariaat en multivariaat), eveneens met behulp van met de computer bewerkte gegevens.

Voor de cursus werden (fictieve) gegevens gebruikt uit het Lage rugpijn-onderzoek, dat de CWO zal gaan uitvoeren. De onderdelen werden ge-coached door de adviseurs van de CWO, J. van Eijk (methodoloog) en J. Gubbels (statisticus). Als intermezzo toverde W. Meyboom ons nog de historie van het NHG voor.

Tijdens de evaluatie bleek dat deze cursus, onder voorzitterschap van W. van Loenen, door de aanwezigen als zeer vruchtbaar werd ervaren. Tevens kreeg men hierdoor de mogelijkheid de onderlinge contacten uit te breiden en te verstevigen.

Jos van den Hoogen
Jack van Son,
huisarts-onderzoekers NUHI

J. J. M. AVEZAAT EN M. J. Th. LUTJENHUIS*

Ulcus pepticum bij allochtone Nederlanders

In een Haagse huisartspraktijk met 88 procent migranten werd in één jaar 25 maal de diagnose ulcus pepticum gesteld. Dit aantal is veel groter dan op grond van de literatuur verwacht zou worden. Turkse en Marokkaanse mannen, vooral tussen 20 en 25 jaar, blijken een opvallend groter risico dan Nederlanders te hebben om een ulcus pepticum te krijgen. Ter illustratie worden drie casus beschreven.

Inleiding

In onze huisartspraktijk in de Haagse Schilderswijk is 88 procent van de 3228 patiënten van allochtone afkomst (tabel 1). In twee maanden tijds zagen wij een – röntgenologisch aangetoond – ulcus pepticum bij zes jonge migranten. Statistisch gezien zou een huisarts met een gemiddelde praktijk over een heel jaar slechts circa 10 nieuwe patiënten met een ulcus pepticum moeten zien.¹⁻³ Het gevonden aantal is derhalve opvallend hoog, te meer omdat het voorkomen van ulcus pepticum de laatste jaren zou afnemen.⁴⁻⁵ Ook vergeleken met andere lokale morbiditeitsregistraties in de huisartspraktijk zijn de gevonden indicaties opvallend hoog.⁶⁻⁷

Deze observatie was aanleiding tot een nader onderzoek.

Epidemiologische verkenning

Over de periode juni 1983 t/m mei 1984 werd, aan de hand van alle patiëntenkaarten, een aantal gegevens genoteerd van patiënten met de diagnoses ulcus duodeni en ulcus ventriculi. Genoteerd werden leeftijd, geslacht, nationaliteit, burgerlijke staat en de verblijfsduur in Nederland. De diagnose werd alleen gesteld als de afwijking aan de hand van röntgenfoto's of bij gastroscopie werd gezien, waarbij vermeld dient te worden dat wij nogal terughoudend zijn met het laten maken van maagfoto's.

In totaal werd 25 maal de diagnose ulcus pepticum gesteld. Het ging 24

maal om een ulcus duodeni en eenmaal om een ulcus ventriculi. Alle patiënten waren van niet-Nederlandse afkomst: twaalf uit Turkije, acht uit Marokko, twee uit Suriname en in totaal drie uit respectievelijk Italië, Tunesië en België.

Zoals te verwachten, kwam het ulcus pepticum veel vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, respectievelijk 21 en 4 maal. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 29,2 jaar; de jongste was 14, de oudste 51 jaar, terwijl bijna de helft tussen de 15 en 24 jaar oud bleek. Dertien patiënten waren gehuwd. De gemiddelde verblijfsduur in Nederland bedroeg 8,7 jaar.

Vervolgens is berekend hoeveel gevallen van ulcus pepticum bij Turkse en Marokkaanse mannen verwacht zouden mogen worden op grond van de leeftijdsspecifieke incidenties van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations.³ Uit tabel 2 blijkt dat het risico om een ulcus pepticum te krijgen voor Turkse en Marokkaanse mannen aanzienlijk groter is dan voor de 'gemiddel-

Tabel 1. *Praktijkbevolking naar land van herkomst. Percentages (n=3228).*

Turkije	45
Marokko	25
Suriname	13
Nederland	12
Elders	5

Tabel 2. *Aantal bij Turkse en Marokkaanse mannen waargenomen gevallen van ulcus pepticum, juni 1983-mei 1984, en het verwachte aantal.^a*

Leeftijd in jaren	Waargenomen	Verwacht
15-19 (n=165)	3	0,1
20-24 (n=163)	9	0,7
25-34 (n=151)	2	0,6
35-44 (n=177)	2	1,2
45-54 (n= 82)	3	0,5
Totaal (n=738)	19	3,1

^a Op basis van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1975.

* Beide auteurs zijn huisarts te 's-Gravenhage.