

Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Mokkink HGA. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986; 177 bladzijden. ISBN 90-9001405-5. Geen handelsuitgave.

In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem vervult de huisarts een selecterende zeef-functie. Het is bekend dat deze zeef door verschillende oorzaken 'zo lek is als een mandje' (Huygen). Zeker in een tijd waarin doelmatigheid tot een sleutelbegrip is geworden, verdient het verwijsgedrag van de huisarts alle aandacht. Naast het verwijsgedrag heeft ook het voorschrijfgedrag van huisartsen veel belangstelling.

Het onderzoek van Mokkink is een exploratieve studie naar patronen in het handelen van huisartsen. In deze studie worden drie soorten onderzoeksgegevens met elkaar vergeleken: ziekenfondsgegevens, observatiegegevens en vragenlijstgegevens. De eerste stap in de analyse betreft het verwijsgedrag door middel van factoranalyses. De onderzoekspopulatie omvat 57 huisartsen, 19 huisartsopleiders, 18 huisarts-gastheren en 20 perifere huisartsen die geen band hebben met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Wat betreft het voorschrijven van geneesmiddelen blijken er grote verschillen te bestaan in het aantal afleveringen per verzekerde. De auteur onderscheidt 'specifiek' en 'gericht' voorschrijfgedrag. Specifiek voorschrijfgedrag is het - met een grote beslissingsvrijheid - voorschrijven van geneesmiddelen die een breed indicatiegebied bestrijken, op minder ernstige ziekten betrekking hebben en vaak bij onduidelijke diagnoses worden voorgeschreven. Gericht voorschrijfgedrag heeft juist betrekking op geneesmiddelen die geïndiceerd zijn bij duidelijk omschreven diagnoses, bij ernstige organische ziekten en veelal bij ouderen.

Specifiek voorschrijven blijkt niet met leeftijdopbouw en urbanisatiegraad van de praktijk samen te hangen. Gericht voorschrijven blijkt wél met de leeftijdopbouw van de praktijk samen te hangen. Het specifieke voorschrijfgedrag kan dus beschouwd worden als een kenmerk van de huisarts.

Ongeveer een kwart van alle verwijkskaarten is bedoeld voor een herhaal- of verleningsverwijzing. Vooral bij cardiologie en longziekten blijkt dit percentage zeer hoog (ongeveer 50 procent). Evenals bij andere onderzoeken blijken tussen de huisartsen aanzienlijke verschillen te bestaan ten aanzien van zowel het aantal primaire verwijkskaarten als het aantal herhaalverwijkskaarten. De 25 procent huisartsen met het hoogste verwijkscijfer verwijzen gemiddeld anderhalf à tweemaal zo vaak als de 25 procent huisartsen met het laagste verwijkscijfer. Over een aantal jaren bezien, blijken de verschillen tussen de huisartsen, behoudens enkele schommelingen, constant of zelfs iets

toe te nemen. In tegenstelling tot de gangbare opvatting kan de huisarts wel degelijk invloed uitoefenen op het aantal herhaal-kaarten: sommige huisartsen houden meer dan andere de vinger aan de pols.

Een interessante vraag is, of veel verwijzen ook mag worden opgevat als te veel verwijzen. Uit analyse op basis van CMR-gegevens blijkt dat de 'meer verwijzingen' van veel verwijzende huisartsen vooral betrekking hebben op de minder ernstige, 'self-limiting' ziekten, waarbij de kans op onnodige afhankelijkheid van medische hulp duidelijk aanwezig is. Ook blijkt de gewoonte om veel te verwijzen, samen te hangen met de gewoonte om veel specifieke geneesmiddelen voor te schrijven. Ook dit aspect duidt op een vorm van afhankelijkheidsbevorderend hulpverleningsgedrag van de huisarts.

Op basis van gegevens van het project 'Preventie van somatische fixatie' onderscheidt de onderzoeker vier werkstijlen, die eerder in dit tijdschrift zijn besproken (Huisarts Wet 1986; 29: 72-6, 85). Ongeveer driekwart van de huisartsen kan in een van deze vier werkstijlen worden ingedeeld. De werkstijl van de huisarts blijkt samen te gaan met zijn attitude.

Tenslotte blijkt er een duidelijke samenhang tussen het verwijsgedrag van de huisarts en de omvang van de specialistische hulp na de verwijzing. Deze samenhang is niet gelijk voor alle specialismen. Bij chirurgie bestaat een negatieve samenhang tussen het percentage primaire verwijzingen en het aantal poliklinische verrichtingen en ziekenhuisopnamen. Ten aanzien van interne specialismen bestaat er een positieve samenhang tussen het primaire verwijzingspercentage en de omvang van specialistische hulp.

Uitgaande van een 'standaardpraktijk' met 1600 ziekenfondsverzekerden concludeert de auteur tenslotte dat de werkstijl van de 'doeners' en de 'minimum-werkstijlen' bij benadering f 300.000 - f 400.000 meer aan de kosten van specialistische hulp met zich meebrengen dan de 'geïntegreerde werkstijl'. Deze berekening is echter niet goed onderbouwd. Wel mag worden aangenomen dat door een geïntegreerde werkstijl aanzienlijke kostenbesparing mogelijk is.

Bij de beoordeling van dit onderzoek is een zekere terughoudendheid geboden. Analyse van ziekenfondscijfers is moeilijk door de vele storende variabelen. De onderzoekspopulatie is beperkt en geselecteerd. Wél kan worden gesteld dat ziekenfondsgegevens stabiele indicatoren zijn voor het handelen van de huisarts. De kans is groot dat een huisarts met hoge voorschrijf- en verwijkscijfers bij een aanzienlijk aantal patiënten onnodig ingrijpende beslissingen neemt.

Dit onderzoek kan worden beschouwd als een steun voor het pleidooi voor een driejarige beroepsopleiding. De huisartsgeneeskunde beschikt over onderwijs- en toetsingsme-

thoden om de jonge generatie huisartsen vertrouwd te maken met de geïntegreerde werkstijl. Tegenover de relatief geringe kosten van een derde opleidingsjaar staat het feit dat op den duur aanzienlijke besparingen mogelijk zijn.

Het ware te hopen dat staatssecretaris Dees dit proefschrift uitvoerig bestudeert. Nog altijd gaan de kosten voor de baat uit.

Warm ter lezing aanbevolen.

R.A. de Melker

Mental health practices in primary care settings. An annotated bibliography 1977-1985. Wilkinson G. London, New York: Tavistock, 1986; 388 bladzijden, prijs f 115,35. ISBN 422-60180-2.

In de inleiding wordt kort uiteengezet, welke vragen opgeworpen werden bij het verzamelen van deze referaten. Wat doet men in de eerste lijn met psychiatrische problemen, kan men er wat mee, is men er voor opgeleid, in hoeverre zijn de resultaten van wat huisartsen doen vergelijkbaar met de resultaten van psychiaters, wanneer verwijst men, en waarom, en hoe zou dit alles verbeterd kunnen worden?

Er worden op 388 bladzijden 415 publicaties gerefereerd die zijn geselecteerd uit een bestand van meer dan 3000 artikelen. Daarnaast wordt nog een lijst met overheidspublicaties uit de Verenigde Staten gegeven en een lijst met 45 boeken. Apart vermeld worden nog 75 artikelen in andere talen dan het Engels. Het gaat om een Brits boek, dat kennelijk ten behoeve van de Amerikaanse markt is gemaakt; Britse overheidspublicaties ontbreken. Voor iedereen die zich voor het onderwerp interesseert, en weleens wat verder wil kijken dan wat er in *Huisarts en Wetenschap* en het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* wordt geboden, is hier erg veel interessant materiaal te vinden.

Een vergelijking dringt zich op met de vergelijkbare NIVEL-bibliografie van Peters. Deze refereert op 52 bladzijden 182 publicaties, waarvan 22 Engelse. Peters refereert zeer beknopt, zodat je, wil je echt weten wat er geschreven is, het origineel moet opzoeken. Hij geeft een leeswijzer. Zijn boekje is naar onderwerp gerangschikt en maakt daarmee veel literatuur toegankelijk. Wilkinson refereert de meeste publicaties zeer uitgebreid, vaak met een kritische bespreking, maar hij heeft alleen maar een rangschikking op alfabetische volgorde van auteursnamen en het onderwerpenregister maakt het zoeken op onderwerp nauwelijks gemakkelijker. Maar als je wat interessants vindt, heb je direct veel meer. De morbiditeit en omvang van de hulpvraag is bij Peters mager vertegenwoordigd met acht publicaties, terwijl die onderwerpen door Wilkinson met veel meer materiaal zijn vertegenwoordigd.

Van vrijwel alle Engelstalige artikelen bij Peters vind ik bij Wilkinson meer en beter. Maar omgekeerd is er iets merkwaardigs aan de hand: Nederlandse literatuur blijkt bij Wilkinson, ondanks zijn dankwoord aan Lamberts, nauwelijks bekend. Slechts twee artikelen uit Ommoord hebben een plaats gevonden in de selectie, en de namen Van Ormel, Giel, Verhaak, Bensing, Huygen, Smits en Peters zul je vergeefs zoeken. Er wordt wel uit Noorse, Deense, Poolse, Colombiaanse, Zuidafrikaanse, Luxemburgse en Belgische tijdschriften gerefereerd, maar het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* en *Huisarts en Wetenschap* ontbreken. Mij lijkt het geen bekrompen provincialisme, dat als een tekort te benoemen.

In Nederlandse publikaties worden taak, plaats en functie van de huisarts meestal als vanzelfsprekend verondersteld en geclaimd, terwijl men zich veel minder afvraagt, of en in hoeverre de huisarts in staat is die taak te vervullen. Dat laatste blijkt in de Engelse artikelen juist een steeds weer terugkerend onderwerp. De conclusie is daar dan ook meestal, dat er in de eerste lijn veel nageschoold moet worden om een taak in de geestelijke gezondheidszorg naar behoren te kunnen vervullen. Die nascholing wordt in Nederland vooralsnog nauwelijks genoemd. De huisarts krijgt de taak toebedeeld en aanvaardt haar, althans officieel, dankbaar.

Overigens lijkt mij het boek van Wilkinson, gezien de prijzige uitvoering, vooral een 'bibliotheekboek', dat echter in huisartseninstituten niet mag ontbreken.

Douwe de Vries

Nederlands leerboek voor de jeugdgezondheidszorg. *Schuil PB, Bolscher DJA, Brouwers-de Jong EA, e.a., red. 8e dr. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1987; 574 bladzijden, prijs f 75,-. ISBN 90-232-2265-2.*

Dit boek zet de traditie voort van het 'Leerboek voor moederschapszorg en kinderrhygiëne' van Koppius uit 1957. Het gaat om een van begin tot eind nieuw boek: een nieuwe redactie, 28 auteurs, die vrijwel allen voor het eerst aan dit leerboek meewerken, en een geheel nieuwe, nu in hoofdzaak op leeftijdfasen gebaseerde indeling.

Na een korte historische schets worden een aantal basale begrippen beknopt besproken: vleugies medische statistiek, epidemiologie, screening en preventie, onderwerpen die een gedegener bespreking verdienen.

Na twee hoofdstukken over verloskunde komen achtereenvolgens aan de orde: zuigelingen, peuterperiode, schoolgezondheidszorg en adolescentenperiode. Het hoofdstuk over de peuterperiode van de hand van mevrouw Struijff maakte mij enthousiast: fraai van opbouw en taal, met veel gevoel en genuanceerd, uitgaande van kind en ouder(s). Er is evenwichtige aan-

dacht voor somatische, psychosociale en relationele aspecten en voor bijvoorbeeld alternatieve samenlevingsvormen en de onveilige kanten van het gezin. Als ik dit vergelijk met het hieraan voorafgaande hoofdstuk, dan valt pas op hoe obligaat de eerste levensperiode wordt besproken. Bij die periode lijken hulpverleners van grote afstand te observeren en een telefoonboekachtige kennis te (moeten) hebben.

Een dergelijk verschil doet zich ook voor bij de volgende twee hoofdstukken. Ik vond de bespreking van de zorg voor adolescenten evenwichtiger en leerzamer dan die van de periode van 4-12 jaar. Voor bespreking van de psychosociale ontwikkeling van 12-18 jaar is aansluiting gezocht bij bestaande theorieën, voor de periode van 4-12 jaar gebeurt dit niet. Bovendien staan daar zelfs regelrecht ongelukkige opmerkingen, zoals op pagina 301, waar over het kind wordt gezegd: 'Van de ouders leert het morele waarden en van de andere kinderen leert het de minder fraaie zaken die het echter in de latere maatschappij hard nodig heeft om zich te handhaven'.

Het boek vervolgt met enkele capita selecta. De aardigste vond ik die over het allochtone kind en het adoptiekind, over stervensbegeleiding en over autisme. Een literatuurlijst en register completeren het boek.

Ik heb dit boek overwegend met plezier gelezen. De geïnteresseerde huisarts, al of niet CB-arts, kan met dit boek kennis vernieuwen en oprispen. Helaas laat het boek door het grote aantal auteurs van zo verschillende pluimage en penvoering een onevenwichtige indruk achter. Dit lijkt mede een gevolg van het feit dat men niets heeft willen laten liggen, geen prioriteiten heeft gesteld en geen duidelijke doelgroep voor ogen had. Niettemin een nuttig leerboek dat prima als uitgangspunt voor verdere studie kan dienen.

E.H. van de Lisdonk

Jaarboek fysiotherapie 1987. *Van Cranenburgh B, Den Dekker JB, Van Meerwijk GM, Wessel HFM, De Wijer A, red. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987; 350 bladzijden, prijs f 75,-. ISBN 90-313-0787-4.*

Naar analogie van *Het medisch jaar*, dat dit jaar voor de dertiende keer is verschenen, is nu het eerste *Jaarboek fysiotherapie* uitgekomen. Met deze uitgave wordt beoogd jaarlijks een overzicht te geven van een aantal gebieden die van belang zijn voor de praktiserende fysiotherapeut. De vijftien artikelen bieden echter ook aan huisartsen de kans hun kennis op dit gebied te vergroten. A.N. de Wolf, arts en docent aan de Nederlandse Akademie voor Orthopedische Geneeskunde, behandelt diverse aspecten van de samenwerking tussen fysiotherapeut en huisarts en doet suggesties om deze samenwer-

king te bevorderen. De hoofdstukken over revalidatie na een myocardinfarct, pijn en pijnbehandeling, CARA, fysiotherapie bij chronische gewrichtsaandoeningen en kinderfysiotherapie bevatten actuele informatie, die de moeite van het lezen waard is voor (aanstaande) huisartsen.

F.H.C. Schreuder

Aankondigingen

Het aandeel van de eerstelijns (gezondheids)zorg in de nazorg voor een cohort ontslagen psychiatrische patiënten. *Van Ommen R, Ten Horn GHMM, Frankenberg W. Groningen: Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, 1987.*

De periode kort na het ontslag uit een klinische psychiatrische voorziening is voor veel patiënten moeilijk. In dit onderzoek, uitgevoerd in het psychiatrisch case-registergebied Assen, werd vastgesteld dat ruim 40 procent van de patiënten geen contact met een GGZ-instelling had in de eerste drie maanden na het ontslag. Van deze groep had echter tweederde wél contact met de eerstelijns gezondheidszorg. In vrijwel alle gevallen was dat de huisarts; de andere kerndisciplines (waaronder ook het algemeen maatschappelijk werk) hadden nauwelijks een aandeel in deze zorg. Het contact kwam veelal tamelijk snel tot stand: bij meer dan de helft binnen een week na het ontslag.

Nederlands leerboek der hematologie. 2e herz. *dr. Halie MR, Von dem Borne AEGK, red. Utrecht: Bunge, 1987; 325 bladzijden, prijs f 100,-. ISBN 90-6348-144-6.*

Urologie. 2e herz. *dr. Boer PW, Vereecken RL, De Voogt HJ. Utrecht: Bunge, 1987; 455 bladzijden, prijs f 120,-. ISBN 90-6348-164-0.*

Voeding en geneesmiddelen. Een informatie map voor diëtisten in het kruiswerk. 2e herz. *dr. Van den Brink G. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986; 47 bladzijden. Bestelnummer Nk 51.60.02. Te bestellen bij de Nationale Kruisvereniging, Postbus 100, 3980 CC Bunnik; telefoon 03405-64 844.*

Door een fout ter zetterij is in de 'Toelichting bij het stroomdiagram' in het artikel *Een consensusprocedure over de pilcontrole* door A.J.B.I. Sips en H.F.J.M. Crebolder – Huisarts Wet 1987; 30: 174-8 – het een en ander misgegaan. Onder punt 8 leze men het volgende:

8. Pilrecept voor drie maanden. Op grond van epidemiologisch onderzoek naar de bijwerkingen van de pil hebben laag-gedoseerde preparaten de voorkeur. Er is een gering verlies aan betrouwbaarheid ten aanzien van de zwaarder gedoseerde preparaten; de sub-50 pil veroorzaakt echter aanzienlijk minder bijwerkingen dan de zwaardere preparaten, die gebruikt werden ten tijde van de introductie van de pil. Bij onregelmatig innemen kan de betrouwbaarheid van de pil snel dalen; het voorschrijven van een 50-preparaat kan dan worden overwogen.

Bij vrouwen in de premenopauze-periode en de jaren daarna heeft de pil, naast de werking van anticonceptie en cycluscontrole, het voordeel van oestrogeensubstitutie; dat betekent bestrijding van menopauzale deringsklachten en op langere termijn preventie van postmenopauzale osteoporose.

Er bestaat geen indicatie voor de *step-up* en de twee-fasen pilpreparaten die 50 mg ethinylestradiol bevatten. Er zijn geen vaste regels te geven op grond waarvan een bepaald pilpreparaat (gestageen of oestrogeengeaccentueerd) voor een bepaalde vrouw de juiste keuze zou zijn. Het voorschrijven van een andere pil op grond van ongewenste neveneffecten blijkt niet vaak nodig te zijn. Het voortduren van spotting, ook na drie maanden gebruik van een bepaald preparaat, is de meest voorkomende reden om te veranderen van preparaat. Ook hierbij geldt dat er geen vaste regels zijn voor de keuze van een ander preparaat. Herhaalde verzoeken om een ander preparaat voor te schrijven, berusten dikwijls meer op emotionele factoren dan op objectiveerbare bijwerkingen.

Lichaamsgewicht > 75 kg is geen reden om 50-pilpreparaten voor te schrijven.

Nota bene

Uit oogpunt van gezondheidszorg moeten sociaal-geneeskundigen de mogelijkheid hebben cliënten rechtstreeks naar de specialist te verwijzen.

Stelling bij: Hirasig RA. Dysmenorroe. Een pijnlijk moment voor menig adolescent [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.

Extra ledencongres NHG

Op 15 oktober 1987 wordt een extra NHG-ledencongres gehouden in het Jaarbeurs Congrescentrum in Utrecht; de aanvang is 19.00 uur.

Hoofdbestanddelen van het programma zijn:

- bestuurswisseling;
- aanbidding eerste afleveringen uit de nieuwe reeks 'NHG-publikaties';
- bespreking van het standaardenbeleid.

Aan dit laatste onderwerp zal ruime aandacht worden geschonken door onder meer:

- nadere introductie;
- wegnemen bedreiging;
- bespreken inspraakmogelijkheden;
- nuancering en aanvulling;
- motiveren tot participatie.

In het volgende nummer van *Huisarts en Wetenschap* volgt de definitieve agenda.

Houd deze avond vrij!

Gezondheids Zorg Onderzoek (GZO) dag

De Erasmus Universiteit Rotterdam organiseert op 15 december 1987 een 'Gezondheids Zorg Onderzoek (GZO) dag'. Onderzoekers worden uitgenodigd op deze dag eigen onderzoek te presenteren. Dat kan op drie manieren:

- door een voordracht van maximaal 15 minuten, gevolgd door 7 minuten discussie;
- door een posterpresentatie tijdens de pauzes;
- onderzoekers kunnen ook samen een colloquium organiseren met onderling samenhangende voordrachten.

Inlichtingen en aanmelding: J.W.W. Coebergh, telefoon 010 - 463 5158/4467, of J.P. Mackenbach, telefoon 010 - 463 4099/4092, of het secretariaat van de Studierichting Algemene Gezondheidszorg, telefoon 010 - 463 5151.

Gezondheidswerkers en AIDS

De Permanente Commissie AIDS van de Gezondheidsraad heeft antwoord gegeven op twee vragen:

- mag een gezondheidswerker die AIDS heeft of drager is van het AIDS-virus, doorgaan patiënten te behandelen;
- moet een gezondheidswerker die AIDS heeft of drager is van het AIDS-virus, zijn patiënten daarover informeren?

Als een gezondheidswerker AIDS heeft, zal dat blijken in een episode van ziekte, dus tijdens ziekteverlof. Of de betrokkene zijn werk kan hervatten, moet door de bedrijfsgeneeskundige worden beoordeeld. Het verdient aanbeveling om personen bij wie AIDS in een 'rustfase' verkeert, niet te laten werken op ziekenhuisafdelingen waar patiënten

met een gestoorde immunologische afweer verblijven, aldus de commissie.

Onduidelijk is nog, of seropositieve gezondheidswerkers bij patiënten invasieve technieken mogen toepassen. De commissie meent dat deze werkers in ieder geval normaal hun werk kunnen verrichten als invasieve technieken niet aan de orde zijn.

In de VS is in discussie of seropositieve of zieke gezondheidswerkers dit feit moeten melden aan hun patiënten. De commissie stelt dat dit van de betrokkene niet verlangd mag worden.

Bron: Graadmeter 1987; 3(5).

Symposium Huisarts en Preventie

Op 21 mei 1987 organiseerde het NHG-centrum Tilburg e.o. een symposium over het thema 'Huisarts en preventie'. De Tilburgse huisarts J.A. Achterbergh schreef het volgende verslag.

Een symposium met bovenstaande titel bezoek ik met enige scepsis, al is het alleen maar omdat ik me realiseer hoe moeilijk de mensen soms te beïnvloeden zijn en wat voor een kleine schakel jezelf vormt in het hele maatschappelijk bestel.

Voor dit symposium waren uitdrukkelijk huisartsen en echtgenotes én assistentes uitgenodigd. Alle sprekers hadden een eigen invalshoek wat het begrip preventie betreft.

Boerema en Verhaak, psychologen van het NIVEL, gaven aan dat de meeste huisartsen denken dat voor preventie meer tijd, geld, assistentie en registratie nodig is, terwijl de werksituatie van huisartsen die daadwerkelijk meer aan preventie doen, niet verschilt van degenen die hier geen werk van maken. Met andere woorden: men laat zich meer leiden door morele overwegingen – mag het en moet het – dan door praktische randvoorwaarden.

Dr. J. de Haan, huisarts te Wolvega, heeft een tamelijk revolutionaire praktijkvoering wat de taak van de assistente in de huisartspraktijk betreft. In zijn praktijk krijgt de assistente onder supervisie een ruime taak toebedeeld, waarbij zij onder andere kleine wonden hecht, open benen zwachtelt en uitstrijkjes maakt. Dit alles gebeurt in een eigen spreekuurtje, naar tevredenheid van haarzelf, de huisarts en de patiënt. Deze manier van werken geeft hen meer mogelijkheden tot preventief handelen.

Uit de mini-enquête, tijdens dit symposium gehouden, bleek dat de assistentes over het algemeen best meer willen doen dan dat ze op het ogenblik mogen doen, en dat huisartsen er soms huiverig voor zijn extra taken uit te besteden.

Uit de voordracht van Dr. J.A. Knottnerus, wetenschappelijk medewerker huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg, kwam naar voren dat de weten-