

tratie functioneert, en daarbij uit hij zijn twijfels over het percentage uitvallers, zoals gegeven in het project van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland.<sup>2</sup> Hij stelt een aantal vragen over het Peilstationproject die merendeels al eerder in *Huisarts en Wetenschap* zijn behandeld. Zo bleek dat bij 33 van in totaal 223 aan kanker overleden patiënten (15 procent) geen pathologisch-anatomisch onderzoek was verricht. Van deze 33 patiënten waren er 22 wel gezien door de specialist, terwijl de andere 11 uitsluitend bij de huisarts bekend waren. Deze percentages zijn niet evenredig verdeeld over de verschillende groepen van maligne aandoeningen.

Het belang van de vraag welk percentage wordt gemist en hoe zwaar aan 'harde' diagnoses moet worden getild, is afhankelijk van de doelstellingen van de kankerregistratie. Zolang deze nog in bovenstaande algemene termen zijn omschreven, dient de discussie niet op het scherp van de snede te worden gevoerd. Voor eventuele *pilot studies* naar het aandeel van de huisarts bij de kankerregistratie lijken mij scherp omschreven doelen van essentieel belang. Deze miste ik node in de bijdrage van *Berkel*.

Als het bij de kankerregistratie alleen om het registreren gaat, dan is het percentage van de uitsluitend door de huisarts gestelde diagnoses periodiek te verrekken door middel van *pilot studies*. Gaat het echter om meer specifieke doelstellingen -nauwkeuriger inzicht in incidentie en prevalentie, ook op regionaal niveau en over de tijd gemeten; inventarisatie van de belasting voor de verschillende zorgsystemen; gebruik voor analytisch-epidemiologisch onderzoek - dan kan een op zichzelf klein percentage tot een onverantwoorde vertekening leiden. Het zal overigens moeite genoeg kosten de 95 procent van wel PA-bevestigde diagnoses beschikbaar te krijgen voor de registratie.

De peilstationgegevens signaleren in ieder geval een mogelijk hiaat in de kankerregistratie. De absolute gegevens zijn daarbij ondergeschikt aan het signaleren van het feit dat uitsluitend de eis van pathologisch-anatomische diagnostiek, al dan niet aangevuld met de ontslagdiagnose, kan leiden tot een vertekening.

In de kankerregistratie is plaats gereserveerd voor de huisarts als directe

informatieverschaffer, zoals door *Berkel* zelf is uitgelegd.<sup>4</sup> De huisarts en zeker ook de verpleeghuisarts kunnen bijdragen aan de volledigheid van de registratie. Voor we ons nu verder in een vermoeiende discussie storten over de grootte van de bijdrage, lijkt het mij van belang om de doelstellingen van de registratie scherper te formuleren en daarop de eisen van volledigheid c.q. representativiteit te baseren. Vervolgens kunnen afspraken worden gemaakt over de wijze waarop en de condities waaronder huisartsen gaan deelnemen aan de kankerregistratie.

Het lijkt geen twijfel dat er hoe dan ook altijd patiënten zullen zijn bij wie de diagnose kanker uitsluitend door de huisarts wordt gesteld. Dat is geen harde diagnose die pathologisch-anatomisch, cytologisch of hematologisch is bevestigd, maar een werkhypothese. Die werkhypothese is bepalend voor de handelwijze van de huisarts en weerspiegelt zich in het verloop van het ziektebeeld en de prognose bij deze hoofdzakelijk oudere patiënten: zowel de patiënt en de familie als de huisarts/verpleeghuisarts is duidelijk dat de prognose op korte termijn infaust is. Onder deze groep valt ook een (waarschijnlijk zeer klein) aantal patiënten dat absoluut verdere specialistische bemoeienissen weigert.

Inzicht in frequentie en aard van het ziekteproces is niet alleen van belang voor de representativiteit van de registratie; ook de zwaarte van het lijden en de inspanningen van de zorgverleners kunnen langs deze weg geschat worden. Het gaat veel eerder om vragen van kwaliteit dan om de kwantiteit. Alleen al om deze redenen verdient dit aspect ook in de registratie zichtbaar te worden.

E. Schadé

P. C. SCHRADER

## Ulcus pepticum

**In 1986 werd in deze rubriek tweemaal aandacht besteed aan het vóórkomen van ulcus pepticum, in het bijzonder onder allochtone bevolkingsgroepen in Nederland. Dat gebeurde aan de hand van Haagse cijfers. Uit deze bijdrage blijkt dat de situatie in Amsterdam in hoge mate overeenstemt met die in Den Haag.**

### Inleiding

De diagnose ulcus pepticum wordt in de praktijk gesteld op basis van een typisch klachtenpatroon, eventueel geobjectiveerd door middel van röntgen- of gastroscopisch onderzoek.

De incidentiecijfers van de verschillende huisartsregistratiesystemen lopen vrij sterk uiteen; zo werd in de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie een incidentie van 16 gevallen per jaar gemeld, gerekend over een totale praktijkpopulatie van 10.000 personen.<sup>1</sup> *Nijhuis* kwam in Den Haag tot een incidentie van 44 gevallen.<sup>2</sup> Deze verschillen kunnen deels berusten op verschillen in de gehanteerde definities ('vermoede' versus 'geobjectiveerde' diagnose). Daarnaast speelt de samenstelling van de populatie *at risk* een belangrijke rol. *Avezaat* heeft gewezen op het verhoogde risico van peptische ulcera bij mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst.<sup>3</sup> Zijn bevindingen zijn bevestigd door *Nijhuis*, die een bijna 4 maal zo groot risico voor de groep allochtone mannen in de leeftijdsgroep van 20 tot 39 jaar becijferde.<sup>2</sup>

### Resultaten

In totaal zagen de peilstationartsen 542 patiënten bij wie de diagnose ulcus pepticum werd vermoed. Dat komt neer op een incidentie van 65 'vermoede' gevallen per 10.000 van de populatie *at risk*. *Tabel 1* laat zien dat de incidentie onder Turken en Marokkanen vele malen hoger wordt geschat; bijna de helft van het

<sup>1</sup> Anoniem. Kankerregistratie in Nederland. Het bestek. Leiden: Stichting Landelijk Overlegorgaan Kankercentra, 1984.

<sup>2</sup> Berkel J. Huisarts en kankerregistratie. *Huisarts Wet* 1987; 30: 394-6.

<sup>3</sup> Schadé E, IJzermans CJ. Over de volledigheid van de voorgestelde kankerregistratie. *Huisarts Wet* 1985; 28: 171-3.

<sup>4</sup> Berkel J. Volledigheid kankerregistratie. *Huisarts Wet* 1985; 28: 308-9.

Ontleend aan: Jaarverslag 1986 van het Amsterdams Peilstation Project, GG en GD Amsterdam, Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam.

**Tabel 1** Aantal gemelde patiënten met ulcus pepticum, geschatte incidenties (aantallen per 10.000 per etnische groep) en percentages waarin aanvullend onderzoek werd verricht.

Etnische groep	Aantal	Incidentie	Aanvullend onderzoek
Nederlanders	296	43	71
Turken	94	260	59
Marokkanen	94	377	44
Surinamers/Antillianen	32	79	66
Overige buitenlanders	26	61	69
Totaal	542	65	64

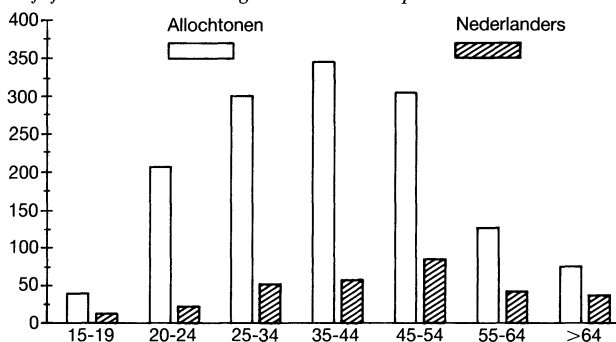
**Tabel 2** Positieve uitkomsten van röntgenologisch/gastroscopisch onderzoek en geschatte incidentie (aantallen per 10.000 per etnische groep) op basis van de geobjectiveerde klacht.

Etnische groep	Aantal	Incidentie
Nederlanders	135	20
Turken	31	86
Marokkanen	29	116
Surinamers/Antillianen	16	40
Overige buitenlanders	10	24
Totaal	221	26

**Tabel 3** Incidentie van de 'vermoede' diagnose ulcus pepticum/duodeni (aantallen per 10.000 mannen c.q. vrouwen per etnische groep).

Etnische groep	Mannen	Vrouwen
Nederlanders	57,6	29,3
Turken	332,5	138,9
Marokkanen	511,0	218,1
Surinamers/Antillianen	93,6	56,9
Overige buitenlanders	56,9	61,1

**Figuur** Incidentie van de 'vermoede' diagnose ulcus pepticum naar leeftijd en etnische achtergrond. Aantallen per 10.000.



totale aantal patiënten met ulcus pepticum behoort tot een allochtone bevolkingsgroep.

Bij 64 procent van de patiënten is door de huisarts aanvullend onderzoek aangevraagd. Patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst werden relatief minder vaak verwezen voor aanvullend onderzoek dan Nederlandse patiënten.

Bij 64 procent van de verwezen patiënten werd de diagnose bevestigd met aanvullend onderzoek (tabel 2). De incidentie van 'geobjectiveerd' ulcus pepticum bedroeg 26 per 10.000. Het percentage positieve bevindingen bij aanvullend onderzoek was bij de Nederlandse patiënten exact even hoog als bij de allochtonen.

De incidentie van ulcus pepticum is bij Nederlandse, Turkse en Marokkaanse mannen ongeveer tweemaal zo hoog als bij de vrouwen uit deze etnische groepen (tabel 3). Onder de Surinamers en Antillianen zijn deze geslachtsverschillen minder duidelijk en ze ontbreken zelfs bij de overige buitenlanders.

In de figuur tenslotte zijn de gegevens van de vier allochtone groepen samengevat. In alle leeftijdsgroepen zijn de incidenties aanzienlijk hoger bij de allochtonen; de incidentieverschillen zijn het hoogst in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar.

## Bespreking

De Amsterdamse cijfers komen in hoge mate overeen met de uitkomsten die door Nijhuis voor Den Haag zijn gerapporteerd: een belangrijk verhoogde incidentie van ulcus pepticum onder de allochtone bevolkingsgroepen, met name onder de Turken en Marokkanen.<sup>2</sup>

Gezien de sociaal-culturele situatie waarin vele migranten zich in Nederland bevinden, is het voorstelbaar dat een accumulatie van stressvolle factoren kan leiden tot het ontstaan van psychosomatische aandoeningen, waaronder het ulcus pepticum. De herhaalde constatering dat het ulcus pepticum binnen deze bevolkingscategorie zo pregnant naar voren komt, zou daarom aanleiding moeten zijn om gericht onderzoek in te stellen naar de (sociaal-culturele) factoren die ten grondslag kunnen liggen aan het ontstaan van deze voor de patiënt zo lastige aandoening. De benadering van het probleem zou dan niet alleen beperkt blijven tot *symptoombestrijding*, maar ook zou aan een zekere mate van preventie kunnen worden gedaan.

Hoe hoog is nu de incidentie van het ulcus pepticum in Amsterdam?

Uitgaande van de 'vermoede' dia-

gnose zou dat 65 per 10.000 zijn en op basis van de 'geobjectiveerde' diagnose 26 per 10.000. De werkelijke incidentie zal hier waarschijnlijk tussenin liggen.

Bij een derde van de patiënten is geen aanvullend onderzoek gedaan. Waarom dit achterwege is gelaten, is onbekend. Waren de klachten niet specifiek genoeg, zodat van nader onderzoek werd afgezien, of juist zo kenmerkend dat aanvullend onderzoek niet noodzakelijk werd geacht? Was er misschien al voldoende van de patiënt bekend naar aanleiding van eerdere ziekte-episodes? In dit verband is het opvallend dat het percentage patiënten bij wie geen aanvullend onderzoek is verricht opvallend hoog is onder Turkse en Marokkaanse patiënten.

Kortom, de Amsterdamse resultaten bevestigen het beeld dat reeds eerder is beschreven, maar werpen ook vragen op, die nader onderzoek noodzakelijk maken.

<sup>1</sup> Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Instituut, 1980.

<sup>2</sup> Nijhuis HGJ. Ulcus pepticum. Huisarts Wet 1986; 29: 324-5.

<sup>3</sup> Avezaat JJM, Lutjenhuis JT. Ulcus pepticum bij allochtone Nederlanders. Huisarts Wet 1986; 29: 218-9.

## CPV bezoekt Engeland

F. W. DIJKERS

**In december 1986 werd in het NHG-gebouw een voorbereidende cursus gegeven over praktijkmanagement door de Engelse hoogleraar Hull, destijds gastdocent aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Daarbij kwamen al snel duidelijke verschillen naar voren in de wijze van praktijkvoering in Engeland en in Nederland. Binnen de Commissie Praktijkvoering ontstond de wens om de verschillen tussen beide landen nader te bestuderen. Via Hull kwamen we in contact met een groep huisartsen in Norfolk. Vervolgens werden in betrekkelijk korte tijd afspraken gemaakt voor een werkbezoek.**

### Vermoeiend maar leerzaam

Donderdagavond 10 september 1987 vertrokken Tillema, Van der Reijden, Van Melle en Dijkers, allen lid van de Commissie Praktijkvoering, met hun echtgenotes van Schiphol naar Norwich. Daar werden wij opgewacht door onze Engelse collega's. Deze ontvangten ons buitengewoon hartelijk en de volgende dagen waren wij te gast bij de verschillende huisartsgezinnen.

Op vrijdag maakte ieder van ons een volledige werkdag mee (spreekuur, visites, werkbesprekingen, ziekenhuisbezoek, etc.). Zaterdagochtend was gereserveerd voor een discussie in kleine groepen over alle wel en wee van huisartspraktijk en achterwacht. Het werd voornamelijk een uitwisseling van kennis en ervaringen en een signaleren van knelpunten. Aan deze discussie werd deelgenomen door de gasten, de gastheren, de collega's uit de omgeving en ook door de partners. De discussie ging door tot na de lunch, waarna we een gezamenlijk bezoek brachten aan een historisch landgoed. Tenslotte zagen we elkaar 's avonds weer terug in een gezellig samenzijn bij een van de huisartsen, waar de discussies van de ochtend informeel werden voortgezet. De zondag als afsluiting werd een rustige dag, die we bij of met onze gastheren doorbrachten. En toen we na een wat vertraagde terugreis op zondagavond weer op Schiphol aankwamen, hadden we een paar vermoeiende, maar uiterst leerzame en gezellige dagen achter ons.

### Gezondheidscentra

De verschillen die wij hebben ervaren, vallen te meer op, aangezien het patiënten- en klachtenaanbod in het deel van Engeland waar wij zaten, sterk overeen lijkt te komen met de situatie in ons land. Overigens is de uiteindelijke behandeling ook niet zo verschillend. We kunnen ons dus concentreren op het 'tussenstuk'.

Als grote verschillen vallen dan praktijkorganisatie en praktijkgrootte op. Vrijwel alle huisartsen werken in gezondheidscentra en de gemiddelde praktijkgrootte ligt rond of iets onder de 2000 patiënten. Het verzorgingsgebied per praktijk is groter dan bij ons buiten de steden gebruikelijk lijkt. Bijna 20 km rijden voor een visite lijkt daar niet abnormaal. Sommige huisartsen hebben enkele 'eigen' ziekenhuisbedden en hebben, bijvoorbeeld voor de EHBO, ook de beschikking over polikliniekruimte in dat ziekenhuis.

In het praktijkgebouw werken naast de huisartsen nog opvallend veel andere hulpverleners. Naast een administratieve kracht zijn dat in de eerste plaats de 'practice nurses', vergelijkbaar met tot doktersassistenten opgeleide verpleegsters. Zij doen kleine ingrepen, zoals hechten, injecties, oren uitspuiten, maar ook cervixcytologie, tensie meten en visusonderzoek. Soms ook maken zij 'sociale' visites. Daarbij blijft de arts, in wiens dienst zij zijn (hoewel de overheid ze voor 70 procent betaalt), verantwoordelijk voor hun medisch handelen. Er bestaan dan ook duidelijke behandelprotocollen.

In het praktijkgebouw vinden we verder soms een apotheek voor 'buitenpatiënten' (dus niet voor alle patiënten), vanzelfsprekend met een apothekersassistente. Een fysiotherapeut is vaak niet aan de praktijk verbonden; er lijken daar trouwens minder fysiotherapeuten te zijn dan in ons land. Er zijn veel overlegsituaties met onder anderen wijkverpleegkundige, verloskundige, 'practice nurses' en de andere collega's. Aan nascholing en bijhouden van de literatuur wordt veel tijd besteed, maar misschien is dat een vertekening door de selectie van de bezochte praktijken.

### Praktijkuitrusting

De praktijkuitrusting van de huisarts is vergelijkbaar met die bij ons. Uiteraard zijn er ook daar individuele verschillen. Opvallend is dat bijna overal stoomsterilisatoren aanwezig zijn, terwijl bij ons voornamelijk hete-lucht-sterilisatoren worden gebruikt. De visitetas, bij ons zo mooi compact, is daar een grote diplomatenkoffer. Dat hangt samen met de geneesmiddelenvoorziening 's avonds en 's nachts. De apotheker mag blijven slapen en van de huisarts wordt verwacht dat hij de patiënt van medicijnen voorziet totdat de apotheker de volgende ochtend (of na het weekend) weer op zijn post is. Zoals u begrijpt zit deze koffer vol met medicijn-potjes.

De patiëntenadministratie is vrijwel uniform in Engeland. Dit komt doordat de overheid gratis voorbedrukte patiëntenkaarten verspreidt, die overigens eigendom van de staat blijven. Dit lijkt aantrekkelijk, omdat op deze wijze gegevens niet zomaar kunnen verdwijnen, maar het heeft ook tot gevolg dat bij verandering van praktijk de

gegevens niet rechtstreeks naar de nieuwe huisarts mogen worden doorgestuurd. Hierdoor ontstaat vaak een maandenlange vertraging. De gebruikte enveloppen en kaarten bieden overigens ongeveer dezelfde registratiemogelijkheden als onze 'groene kaart', al zijn ze maar half zo groot. De meeste praktijken hebben daarnaast een (papier) leef-tijd/geslachtsregister ten behoeve van het preventieve werk. Preventie lijkt in Engeland meer vanzelfsprekend dan bij ons. Het wordt in de gewone consulten gemakkelijk ter sprake gebracht.

Het universele verzekeringssysteem lijkt voor de meeste huisartsen niet erg slecht te zijn, maar gevoelsmatig werkt het toch vaak belemmerend. De vestigingsproblemen worden in Engeland ook regionaal opgelost, net als in ons land. Het lijkt daar echter veel soepeler te gaan.

Tenslotte nog een woord over de alternatieve geneeswijzen. Deze lijken in het gebied waar wij waren niet erg goed vertegenwoordigd. Wellicht is ook daar het verzekeringsstelsel debet aan. Homeopathische medicijnen zijn eigenlijk alleen in de betere supermarkt goed verkrijgbaar.

## IOH-B reist naar Engeland en Wales

NETTIE BLANKENSTEIN EN  
GER HOEKSTRA

**Van 28 tot en met 30 oktober 1987 bezocht een delegatie van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde sectie Basiscurriculum (IOH-B) Engeland. Doel van de reis was uitwisseling van Engelse en Nederlandse ervaringen met huisartsgeneeskundig onderwijs in de basisartsopleiding. Verslag wordt gedaan van het bezoek aan vier universitaire huisartsinstituten en van de conferentie te Cardiff. De basiscurricula in beide landen blijken veel overeenkomsten te vertonen, waardoor gebruik maken van elkaars ervaringen zinvol is.**

### Engelse basisopleiding

De meeste Engelse medische scholen kennen een scheiding tussen een pre-klinische fase van twee à drie jaar, waarin geen onderwijs huisartsgeneeskunde wordt gegeven, en een

Mw. N. Blankenstein, huisarts te Naarden, vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam. Dr. G.R. Hoekstra, huisarts te Roden, vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, voorzitter van het IOH-B.

Correspondentie: N. Blankenstein.