

Boekbesprekingen

deugt. Dit model, stoelend op de ideeën van Querido, komt onvoldoende tegemoet aan de zorgaspecten van bijvoorbeeld chronisch zieken, demente bejaarden en langdurige psychiatrische patiënten. De Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg heeft met subsidie van het Praeventiefonds een onderzoek laten doen naar de samenwerking en de afstemming van de zorg tussen RIAGG en eerste lijn.

De onderzoekers hebben zich georiënteerd op basis van een groot aantal interviews. Zij bevelen een nieuw concept van zorg aan: de multifunctionele thuiszorg, waarin veel meer verticaal wordt samengewerkt dan horizontaal, zoals dat in het echelonmodel gebruikelijk is. Bovendien pleiten zij voor een duidelijke case-manager die verantwoordelijk is voor de zorg van één bepaald geval; daarbij maakt het geen verschil of deze manager afkomstig is uit de eerste lijn dan wel uit het RIAGG. De onderzoekers pleiten ervoor dat 'het geforceerd onderscheid tussen eerste, tweede en derde lijn wordt opgeheven, waardoor de continuïteit van de zorg beter gewaarborgd wordt'.

Men kan dit pleidooi te idealistisch vinden, in de discussies over een nieuwe structuur van de gezondheidszorg verdient het veel aandacht.

H. J. Dokter

Aankondigingen

Hyperventilatie en ademtherapie Van Groeningen JP. Driebergen: Zevenster, 1988; 135 bladzijden, prijs f 21,90.

Cytological screening in the control of cervical cancer: technical guides Anonymus. Geneva: World Health Organisation, 1988; 52 bladzijden, prijs SF 11,-. ISBN 92-4-154219-5.

Gemak dient de mens [Brochure]. Roeloffzen A. Bunnik: Atis, 1988; 12 pagina's, gratis verkrijgbaar bij de apotheek.

Deze brochure bevat een aantal suggesties en adviezen voor mensen die moeite hebben met het verrichten van sommige activiteiten in huis. Huisartsen kunnen pakketjes met tien stuks van deze brochure bestellen bij: Atis, Postbus 96, 3980 CB Bunnik; telefoon 03405 - 67 444. Hiervoor worden verzendkosten in rekening gebracht.

Mijn lichaam is ook maar een mens. Psycho-somatiek in brede zin. Zoektocht, visie en strategie Tanghe A, Scheire T, Steeman J, e.a. Leuven, Amersfoort: Acco, 1988; 181 bladzijden, prijs f 28,75. ISBN 90-334-1798-7.

Internationale contacten

JAN-JOOST RETHANS

EGPRW-bijeenkomst in Dubrovnik

Van 13 tot en met 15 mei 1988 vond in Dubrovnik (Joegoslavië) de 25e bijeenkomst plaats van de European General Practice Research Workshop (EGPRW). Er waren 26 deelnemers uit 10 landen, die luisterden naar 15 voordrachten en deelnamen aan de discussies.

Joegoslavië

De voornaamste doelstelling van de EGPRW is het stimuleren van huisartsgeneeskundig onderzoek in diverse Europese landen, waarbij de nadruk ligt op samenwerking in internationaal onderzoek. De groep komt tweemaal per jaar bijeen, telkens op een andere plaats in Europa. De bijeenkomsten verlopen volgens een vast patroon: van de vijf dagdelen wordt minimaal één deel ingevuld door het organiserende land; dit land verstrekt dan informatie over het eigen eerstelijns gezondheidszorgsysteem. Drie dagdelen worden ingevuld door vrije voordrachten en één dagdeel wordt geheel gewijd aan een van te voren vastgesteld thema. De EGPRW vergaderde voor de eerste keer in een Oost Europees land en Joegoslavië had daar liefst acht afgevaardigden gestuurd, door wie negen voordrachten werden gehouden.

Joegoslavië heeft een genationaliseerd gezondheidszorgsysteem waarbij de basiseenheden bestaan uit gezondheidszorgcentra. In dergelijke centra werken huisartsen, wijkzusters, tandartsen, gynaecologen, kinderartsen, bedrijfsartsen en gerieters naast elkaar. Een centrum verzorgt minimaal 25.000 patiënten en bevat ook een klein laboratorium en een afdeling fysiotherapie. Plaatsen die minder dan 25.000 inwoners hebben, worden verzorgd door een gezondheidszorgstation waar alleen een huisarts en eventueel een wijkzuster en een tandarts werken.

De overheid heeft de medische zorg verdeeld in afzonderlijke populatiegroepen: kinderen worden alleen door kinderartsen behandeld, ouderen door gerieters, vrouwen door gynaecologen, enzovoort. Echte huisartsgeneeskundige zorg wordt zo wel erg moeilijk, laat staan huisartsgeneeskundig onderzoek. De overheid maakt een uitzondering voor die gebieden waar alleen gezondheidsstations zijn. Dit leidt tot de paradoxale situatie dat de beste huisartsenzorg in de periferie plaatsvindt en de slechtste in de steden. Patiënten mogen vrij hun huisarts kiezen, maar kunnen niet meer dan één keer

per jaar van arts wisselen. De rol van de huisarts met betrekking tot het ziekenhuis is dezelfde als in Nederland. Patiënten betalen 1000 dinar per consult (f 1,25) en 300 dinar per prescriptie. Huisartsen verdienen per maand 700.000 dinar, wat tweemaal het modale inkomen in Joegoslavië is.

De andere voordrachten door Joegoslaven hadden vooral betrekking op descriptief onderzoek, hoewel de laatste tijd ook toetsende projecten worden gestart.

EGPRW-prijs

De EGPRW probeert sinds enkele jaren ook zelf onderzoek op te zetten of te stimuleren. Het afgelopen jaar werden via advertenties in de belangrijkste vaktijdschriften onderzoekers uitgenodigd een projectvoorstel in te dienen. De onderzoeksvragen van deze projecten moesten betrekking hebben op de problematiek rond huisarts en AIDS en bovendien een vergelijking van minimaal twee Europese landen mogelijk maken. De Amsterdamse huisarts Wigersma won deze prijs van £ 1000. Zijn onderzoeksvoorstel behelst een meting van de verandering in seksueel gedrag van patiënten die de huisarts voor de eerste keer bezoeken met een verzoek om een HIV-antilichaamtest.

De EGPRW heeft inmiddels zelf een *pilot* studie afgerond, waarin werd geprobeerd de kennis en attitudes van patiënten betreffende AIDS/HIV in een aantal landen te vergelijken. Niet alleen patiënten, ook artsen blijken internationaal te verschillen in hun attitudes ten aanzien van AIDS/HIV; uit een Joegoslavisch onderzoek blijkt dat 30 procent van de artsen in dit land een seropositieve patiënt niet zou behandelen. Hetzelfde percentage werd in 1980 gemeten in de Verenigde Staten, waar het nu is gedaald tot vrijwel 0, onder meer dankzij de vergrote kennis van het ziektebeeld.

De discussie tijdens dit dagdeel concentreerde zich op het belang van het opzetten van projecten die inzicht geven in de mogelijkheden van huisartsgeneeskundige zorg aan deze groep patiënten.

Vrije voordrachten

Zoals gewoonlijk wisselde de kwaliteit van de vrij voordrachten sterk als gevolg van de enorme verschillen in de stand van het huisartsgeneeskundig onderzoek in de diverse landen. Dit is overigens één van de interessantste aspecten van de workshop: de deelnemers kunnen elkaar stimuleren bij het kiezen van de richting waarin het huisartsgeneeskundig onderzoek zou kunnen gaan. Tevens kan men ervaringen uitwisselen over

Jan-Joost Rethans, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 6200 MD Maas-

moeilijkheden die zich voordoen bij het verhogen van de kwaliteit van het onderzoek. Engeland, Denemarken en Nederland hebben in deze een speciale positie, doordat zij vaak als initiators kunnen optreden.

Uit de vrije voordrachten licht ik er drie. Backer (Denemarken) gaf een overzicht van de eerstelijnsprojecten die op dit moment door de EEG worden gefinancierd. Twee van deze onderzoeken worden uitgevoerd door leden van de EGPRW: het eerste, dat vrijwel is voltooid, maakt een vergelijking maakt tussen de eerstelijnsystemen in Europa (binnenkort in boekvorm bij Oxfordpress), het tweede probeert inzicht te krijgen in de verwijspatronen van artsen in diverse landen (nog in *pilot*-fase). Nogmaals werd duidelijk gemaakt met welke veldproblemen internationaal onderzoek worstelt. Ogen-schijnlijk simpele onderzoeksvragen vereisen ingewikkelde *designs*.

Burke (Engeland) presenteerde het *design* van een *randomised controlled trial* waarbij het conservatief beloop van otitis media wordt vergeleken met een antibioticabehandeling. Tevens zal worden getoetst of antibioticoediening een uitbreiding van de ontsteking naar het andere oor voorkomt.

Gervas (Spanje) gaf een opsomming van de enorme problemen waar de eerste lijn in Spanje mee worstelt als gevolg van de regionale autonomie. Deze autonomie bemoeilijkt het tot stand komen van een gemeenschappelijke benadering van gezondheidszorgproblemen.

Waardering

Dankzij de toenemende waardering van de nationale huisartsengenootschappen en een aantal regeringen zal de EGPRW hopelijk in de toekomst steeds meer het voortouw kunnen nemen in internationaal onderzoek. De kwaliteit van de bijeenkomsten kan dit alleen maar ten goede komen.

De volgende bijeenkomst van de EGPRW vindt plaats in Antwerpen, van 21 t/m 23 oktober 1988.

Nota bene

Dokters leven langer dan hun patiënten, maar hebben er, getuige hun hogere suïcidecijfers, niet meer plezier in.

Stelling bij: Mackenbach JP. Mortality and medical care [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1988.

NWO Stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde

Het NWO Stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde beoogt een verbreding en versterking van de wetenschappelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde in Nederland. Tien jaar lang zullen 25 jonge huisartsen zich gedurende vijf jaar wetenschappelijk kunnen bekwamen, naast een praktijkuitoefening van ongeveer eenderde van de werktijd.

Het programma wordt opgebouwd uit afzonderlijke onderzoeksprojecten per huisartsonderzoeker. Voorstellen hiervoor kunnen door de projectleider(s) en de uitvoerende huisartsonderzoeker bij de commissie worden ingediend. Zij zullen worden beoordeeld op grond van:

- aard van het onderzoek (patiëntgebonden, aandoeningsgericht);
- wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek;
- relatie van het onderzoek tot de huisartspraktijk;
- wetenschappelijke vorming tot huisartsonderzoeker;
- kwaliteiten van de aspirant huisarts-onderzoeker.

Voor de vijfde ronde van dit programma is de inschrijving thans open. De sluitingsdatum is 1 september 1988. Nadere informatie en formulieren zijn verkrijgbaar bij de secretaris van de commissie, Dr. ir. J.O. de Boer, Stichting MEDIGON, Koningin Sophiestraat 124, 2595 TM Den Haag; telefoon 070 - 850 303.

Querido-stipendium

Doel van het Queride-stipendium is de bevordering van de preventieve gezondheidszorg in Nederland. Aanvragen voor het in 1989 te verlenen stipendium moeten voor 1 januari 1989 worden ingediend bij het secretariaat van het Praeventiefonds, Frankenstraat 3, 2582 SC 's-Gravenhage. Nadere informatie over de voorwaarden voor toekenning kan verkregen worden onder telefoonnummer 070 - 540 300.

RIAGG voor huisartsen vaak ondoorzichtig

Huisartsen hebben te weinig inzicht in het functioneren van de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Medewerkers van de RIAGG moeten individueel de verantwoordelijkheid krijgen om contacten te onderhouden met huisartsen en zoveel mogelijk afzien van formele procedures. Zo kan de betere samenwerking tot stand komen die zowel huisartsen als RIAGG-medewerkers wensen.

Tot deze conclusie komt de medisch-sociologe Tineke Alberts in haar in mei 1988 gepubliceerde doctoraalscriptie 'Van formele samenwerking naar continue integrale zorg, de relatie tussen RIAGG en huisartsen onderzocht' (vakgroep Gezondheidswetenschappen, afdeling Medische Sociologie, Rijksuniversiteit Groningen). Alberts onderzocht de relatie tussen de RIAGG in oostelijk Utrecht en de huisartsen in de omgeving door middel van een enquête onder RIAGG-medewerkers en vraaggesprekken met 25 huisartsen.

Zelfmedicatie

De Nederlandse consument gaat voorzichtig om met vrij verkrijgbare geneesmiddelen; vaak wordt eerst even afgewacht of een klacht niet vanzelf verdwijnt. Dit blijkt uit een onderzoek dat het Instituut voor Medische Statistiek heeft uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie (Nefarma). Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van een Omnibus-multi cliënt onderzoek. Daarin worden wekelijks circa 1050 huishoudingen ondervraagd. De gesprekken zijn gevoerd in september/oktober 1987.

In Nederland zijn 1.845 merkgeneesmiddelen op de markt, internationaal gezien een beperkt aantal. Per hoofd van de bevolking wordt in Nederland per jaar voor ongeveer f 200 aan geneesmiddelen (vrij verkrijgbaar en op recept) gebruikt. Dat is in vergelijking met de meeste andere Europese landen zeer weinig. Bij 44 procent van de diagnoses die de arts stelt, wordt geen geneesmiddel voorgeschreven. Dit percentage is het laagste in Europa. Ter vergelijking: in het Verenigd Koninkrijk wordt bij 26 procent van de diagnoses geen geneesmiddel voorgeschreven en in België is dit slechts het geval bij 8 procent.

Het aandeel van zelfzorg-geneesmiddelen in de totale omzet is, zeker in vergelijking met andere landen, bescheiden. Sinds 1981 is het aandeel van de zelfzorg gedaald van 10 naar 8 procent; in andere landen is dit aandeel 20 à 30 procent). Het totale assortiment geneesmiddelen in de zelfzorg-sector omvat ongeveer 450 preparaten. De belangrijkste groepen zijn (op basis van omzetten): geneesmiddelen voor de spijsverteringsorganen (22 procent), pijnstillers (20 procent), geneesmiddelen voor de huid (18 procent), vitaminepreparaten en tonica (15 procent) en geneesmiddelen voor de luchtwegen (10 procent).

Van de ondervraagden zegt 92 procent het afgelopen jaar last te hebben gehad van klachten. Hoofdpijn is veruit de meest voorkomende klacht: 37 procent noemt hoofdpijn als klacht. Andere belangrijke klachten zijn nervositeit/spanning en spierpijn.