

Bestaat er een bijzondere huisartsgeneeskundige zorg voor buitenlanders?

M. DE HAAN EN H. H. HOFSTEE

Wijkt de hulp die door huisartsen aan buitenlanders wordt gegeven, dermate in kwaliteit of kwantiteit af van de normale hulpverlening, dat er gesproken kan worden van een bijzondere hulpverlening? Voor een beperkt aantal ziekten bestaat vermoedelijk een verschil in morbiditeitspatroon bij buitenlanders. Huisartsen dienen hiervan op de hoogte te zijn. Ook het ziektegedrag en de wijze van hulpvragen van buitenlanders wijken in allerlei opzichten af. Aannemelijk is dat buitenlanders, zeker in vergelijking met de gemiddelde Nederlandse patiënt, een groter beslag leggen op de tijd van de huisarts. Heel weinig valt nog te zeggen over de vraag hoe deze verschillen zich met de tijd zullen ontwikkelen. Voor zover er aanbevelingen voor onderzoek zijn te doen, liggen deze op het gebied van de communicatie tussen huisartsen en buitenlandse patiënten. Ook nascholing dient hierop gericht te zijn. Voor huisartsen die veel buitenlanders in de praktijk hebben, kan supervisie of een aangepaste psychologische training een goede investering zijn.

Inleiding

Dit artikel is een beschouwing op basis van literatuuronderzoek over de zorg van huisartsen voor buitenlanders.

Onmiddellijk doemen bij dit onderwerp problemen op. Wat verstaan we onder *buitenlanders*: alleen diegenen die zonder een Nederlands paspoort in ons land verblijven, of ook immigranten die het Nederlands staatsburgerschap hebben, zoals mensen van Surinaamse afkomst? Hoe lang moet men in Nederland wonen om het predikaat buitenlander kwijt te raken? We hebben te maken met een zeer heterogene groep, die de gastarbeiders uit de landen rondom de Middellandse Zee omvat, maar ook repatrianten uit Indonesië, politieke vluchtelingen uit de hele wereld, drugstoeristen uit Duitsland en Italië, etc.

In aantal vormen de gastarbeiders met hun gezinnen en de Nederlanders van Surinaamse afkomst de grootste groepen. We hebben er om praktische redenen van afgezien het begrip buiten-

lander nader te definiëren; de resultaten van dit literatuuronderzoek hebben vooral op deze groepen betrekking.

Een tweede probleem vormt de *huisartsgeneeskundige zorg*. Over de zorg die de huisarts biedt aan buitenlandse patiënten, is weinig gepubliceerd. Een gunstige uitzondering is het boek van *Dorrenboom*, dat voor huisartsen zeer herkenbare informatie bevat.¹ In het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* werd het echter scherp aangevallen: het zou ongenueanceerd zijn en door gebrek aan kennis over culturele achtergronden vooroordelen bij lezers aanwakken.² We zijn dus grotendeels aangewezen op indirecte bronnen in binnen- en buitenlandse literatuur.

Een ander onduidelijk aspect van de zorg voor buitenlanders betreft *grenzen* van die zorg. Buitenlanders hebben als groep een zwakke positie, maatschappelijk, economisch en ook anderszins. Problemen als werkloosheid, slechte huisvesting en discriminatie spelen een belangrijke rol, ook bij het hulpzoekgedrag. Het komt ons voor dat juist deze problemen de huisarts voor de moeilijke vraag stellen waar hij de grenzen van zijn beroepsuitoefening moet leggen. Ook in de literatuur zijn hiervan de sporen te vinden.

In dit artikel zoeken wij een antwoord op de vraag of de hulp die door huisartsen aan buitenlanders wordt gegeven, dermate in kwaliteit of kwantiteit afwijkt van de normale hulpverlening, dat er gesproken kan worden van een bijzondere hulpverlening die een bijzondere deskundigheid vergt.

Deze vraag hebben we toegespitst op drie aspecten:

- *Ziekte en ziektegedrag* Zijn er verschillen in gezondheidsproblemen? Verschilt het scala van ziekten en afwijkingen bij buitenlanders van dat van Nederlanders: komen er specifieke ziekten uitsluitend onder buitenlanders voor? Zijn er ziekten die wel bij Nederlanders en niet bij buitenlanders voorkomen? Zijn er verschillen in frequentie van voorkomen van bepaalde ziekten, en dus verschillen in waarschijnlijkheid

van bepaalde diagnoses? Is er een verschil in consultatiegedrag ten aanzien van bepaalde ziekten of meer in het algemeen? Zijn er culturele of taalfactoren die van belang zijn voor het begrijpen van hulpvragen van buitenlanders door de Nederlandse huisarts?

- *De deskundigheid van de huisarts* Bestaat er (voldoende) medische kennis over de specifieke ziekten en afwijkingen die bij buitenlanders voorkomen? Bestaat er specifieke kennis over het ziektegedrag in de landen waaruit veel Nederlandse migranten afkomstig zijn? Bestaat er kennis over veranderingen in het consultatiegedrag van patiënten die uit het buitenland afkomstig zijn en een tijdlang in Nederland gewoond hebben? Bestaat er specifieke kennis over het hanteren van cultuurverschillen in het hulpverleningsproces en het oplossen van taalproblemen?

- *De exclusiviteit van de huisartsgeneeskundige zorg* Zijn er specifieke problemen voor buitenlanders die uitsluitend of het beste door de huisarts opgelost kunnen worden? Heeft de Nederlandse huisarts door opleiding of bijscholing deskundigheid opgedaan in het oplossen van medische problemen bij buitenlanders, die niet aanwezig is bij andere hulpverleners in de eerstelijnszorg of bij medici uit andere echelons?

Methodologische problemen

Voor dit overzicht hebben we zoveel mogelijk Nederlandse en Engelstalige literatuur uit de afgelopen tien jaar proberen op te sporen: artikelen via de registers van de belangrijke tijdschriften, en boeken via de catalogus van de universiteitsbibliotheek van de VU. Daarnaast hebben we een *computersearch* uitgevoerd (Dimdi, Keulen).

De gevonden artikelen zijn getoetst aan de volgende vier criteria:

- *Is het oorspronkelijk onderzoek?* Veel publikaties zijn niet gebaseerd op eigen onderzoek, maar zijn beschouwend van aard. Daarbij komt het voor dat beweringen niet worden verantwoord door verwijzingen naar de literatuur. Opvallend is dat de stelligheid waarmee conclusies worden getrokken, soms nogal contrasteert met de gebrekkige tot afwezige bewijsvoering. Wat verder opvalt, is dat niet alleen 'derde garnituur' tijdschriften dergelijke publikaties opnemen, maar ook periodieken die bekend staan als stringent in hun beoordeling. Dat riep bij ons de vraag op of de beladenheid van het onderwerp sommige redacties ertoe brengt, in dit

geval andere maatstaven aan te leggen.

• *Is de populatie representatief voor de huisartspraktijk?* Bij publikaties uit andere landen speelt een rol dat deze landen met andere groepen buitenlanders te maken hebben (in de Verenigde Staten met immigratie uit Midden- en Zuid-Amerika), terwijl het verschil in organisatie van de gezondheidszorg vergelijking moeilijk maakt (ander verzekeringsstelsel, afwezigheid van huisartsgeneeskunde, etc.). Publikaties uit de tweede lijn of uit de categorale hulpverlening zijn vaak moeilijk naar de eerste lijn te vertalen, door selectiebias en door de andere achtergrond van de hulpverlening.

• *Is het onderzoek methodologisch verantwoord?* Hier hebben wij op de gebruikelijke criteria gelet, zoals de samenstelling van de onderzoeksgroep, de leeftijd/geslachtsverdeling, de validiteit en de statistische verantwoording.

• *Levert het onderzoek voor de huisarts bruikbare conclusies op?* De vraag was steeds hoe concreet en toepasbaar het gegeven advies was. Een advies als 'denk bij een buitenlander altijd aan tbc' is niet concreet genoeg en moet vertaald worden in concrete richtlijnen met betrekking tot thoraxfoto, mantoux, verwijzing, enzovoort. Het is een nobel streven zich te verdiepen in de buitenlandse cultuur en taal, maar voor een huisarts in een drukke stadspraktijk met twintig nationaliteiten is dat onhaalbaar.

Het literatuuronderzoek leverde honderden publikaties op. Daarvan voldeden er echter slechts drie aan de bovengenoemde criteria (de nummers 4, 6 en 7 in de literatuurlijst). De gegevens die overbleven hebben alle betrekking op de eerste vraagstelling.

Ziekte en ziektegedrag

Bevindingen uit onderzoek laten een hogere incidentie zien van een aantal ziekten bij buitenlanders ten opzichte van de Nederlandse bevolking. Bij deze cijfers zijn een paar kanttekeningen te maken: nogal eens zijn de groepen die werden vergeleken niet gematched, met name niet op sociale klasse, opleiding en woonsituatie. Hiervan is bekend uit ander onderzoek dat ze de (aan de arts gepresenteerde) morbiditeit beïnvloeden. Speciaal voor buitenlands onderzoek geldt dat morbiditeitscijfers beïnvloed worden door de verzekeringsvorm: in de Verenigde Staten zijn ruim 40 miljoen mensen niet verzekerd tegen ziektekosten;³ dit kan leiden tot een niet

of te laat hulpzoeken, wat weer van invloed is op de gepresenteerde morbiditeit. Deze factor speelt in Nederland eigenlijk alleen een rol bij de illegaal verblijvende buitenlanders (maar kan in de toekomst belangrijker worden wanneer de plannen van de commissie-Dekker doorgaan).

Wanneer we kijken naar onderzoeken waarbij wel is gematched voor eerder genoemde factoren, dan stuiten we op het volgende probleem. Strikt genomen zijn verschillen in frequentie van voorkomen alleen aan te tonen door middel van morbiditeitsonderzoek in de bevolking. Dergelijk onderzoek is ons niet bekend; wel onderzoek op basis van spreekuurcontacten, waarbij dus *bias* kan optreden door factoren die van invloed zijn op het besluit om naar de dokter te gaan. Toch is van een aantal ziektebeelden aannemelijk dat ze frequenter voorkomen bij buitenlanders dan bij Nederlanders:

Tropische ziekten komen in een aantal gevallen vaker bij groepen buitenlanders voor: schistosomiasis, leishmaniasis en sikkelcelanemie.

Tuberculose komt vaker voor bij Mediterrane patiënten; ook is er vaker een doorgemaakte tbc (positieve mantoux, afwijkingen op de thoraxfoto).⁴

Ulcuslijden komt bij volwassen Marokkaanse mannen vaker voor: naar schatting acht keer zo vaak! Een verklaring hiervoor kan hooguit vermoed worden.^{5 6}

Rachitis komt bij Marokkaanse en Turkse kinderen vaker voor, waarschijnlijk door eenzijdige voeding.^{7 8}

Worminfecties zijn in een hoog percentage aangetoond bij Nederlanders van Surinaamse afkomst, overigens zonder veel klinische consequenties.⁹

Perinatale morbiditeit en mortaliteit is bij groepen buitenlanders hoger.^{10 11} In een Amsterdams onderzoek blijkt dat perinatale sterfte blijkt met name onder thuisgeboren kinderen van migranten hoger (17 promille) is dan bij Nederlandse kinderen (3 promille). Ook is de kindersterfte bij de 1-3 jarigen wat hoger.¹¹

Op theoretische gronden is het aannemelijk dat bepaalde ziekten bij buitenlanders ook een afwijkende verschijningsvorm en een ander beloop kunnen hebben: in de literatuur is dit met name te vinden met betrekking tot psychiatrische ziektebeelden. Veel is geschreven over het 'immigrantensyndroom'. De literatuur is echter nogal verwarrend en weinig op onderzoek gebaseerd. Niet aangetoond is dat psychiatrische ziekte-

beelden frequenter voorkomen bij allochtonen.¹²⁻¹⁷

Veel nadruk wordt gelegd op de afwijkende culturele achtergrond van de verschillende groepen buitenlanders. Meestal zijn de uitspraken hierover ontleend aan de antropologie. De wetenschappelijke waarde hiervan was door ons moeilijk te beoordelen; antropologie is een apart vakgebied met eigen methodologische normen en problemen.

Communicatieproblemen door verschil in taal en culturele achtergrond spelen evident een rol bij het begrijpen van hulpvragen.¹⁸ In het algemeen wordt in de literatuur gewezen op het belang van een open houding, de tijd voor de patiënt nemen, begrijpelijke zinnen formuleren, vragen stellen die niet met ja of nee beantwoord kunnen worden. Vaak wordt de hulp van tolken geadviseerd. Echte kennis van de taal en/of cultuur van allochtonen wordt niet haalbaar geacht, zeker niet bij verschillende nationaliteiten.¹⁹

Naar het *spreekurgedrag* van buitenlanders is enig kwantitatief onderzoek gedaan. Sommige onderzoekers constateren dat Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten een ander gebruik maken van de gezondheidszorg dan Nederlanders.²⁰⁻²⁴ De aard en omvang van deze verschillen is echter niet altijd consistent: zo vinden *Slegt e.a.* een minder groot verschil in contactfrequentie tussen enerzijds Turken en Marokkanen en anderzijds Nederlanders dan *Van der Wal e.a.*^{21 24} *Van Wieringen e.a.* komen op grond van 20.000 contacten in twaalf Amsterdamse huisartspraktijken tot de conclusie dat Turken, Marokkanen en Surinamers vaker op het spreekuur komen, meer medicatie krijgen voorgeschreven en minder overige therapie. Het klachtenpatroon van de Surinamers wijkt het minst af van dat van de Nederlanders. Marokkanen en Turken hebben meer klachten met betrekking tot de spijsvertering en minder psychische klachten. Hartklachten komen boven de 45 jaar meer voor bij Nederlanders.²⁵

In andere onderzoeken wordt minder verschil gevonden.²⁶ Specifiek onderzoek over de invloed van verblijfsduur en mate van integratie op het feitelijke consultgedrag is ons niet bekend; ook zijn, voor zover we hebben kunnen nagaan, geen follow-up studies gedaan.

In de buitenlandse literatuur wordt regelmatig geschreven over de bereikbaarheid van de gezondheidszorgvoorzieningen. Daarbij blijkt vaak dat door buitenlanders opvallend weinig gebruik

wordt gemaakt van voorzieningen waarvoor een financiële of andersoortige drempel bestaat.²⁷⁻³⁰ Een onderzoek bij zuigelingen- en kleuterbureaus in Den Haag liet zien dat allochtonen soms juist meer gebruik maken van de zorg: zij komen vaker en blijven trouwer komen.³⁰

Deskundigheid van de huisarts

Ons is geen onderzoek bekend naar kennis over specifieke ziekten van buitenlanders en/of naar kennis van hun ziektegedrag.

'Er wordt wel aangenomen dat de kennis van huisartsen nogal eens te kort schiet. Een probleem hierbij, dat door huisartsen zelf wordt genoemd, is dat de aangeboden informatie (vooral literatuur) vaak weinig aansluit bij de problemen van de dagelijkse praktijk.³² Een bijkomend probleem is de breedte van de te bestuderen kennisgebieden: het kan gaan over grote onderdelen van de tropische geneeskunde of van de (culturele) antropologie.

Exclusiviteit van de huisarts-geneeskundige zorg

In de literatuur hebben wij geen onderzoeksgegevens gevonden over de specifieke functie van de huisarts bij het oplossen van problemen van buitenlanders. Wel is duidelijk dat de huisarts niet uniek is in zijn zorg voor groepen allochtonen. Zoals vermeld, weten de ouders van kleine kinderen met name de jeugdgezondheidszorg goed te vinden.³¹ De huisarts die denkt bepaalde problemen niet zelf te kunnen oplossen, kan kiezen uit tientallen hulpverleningsinstanties. Een gids van verwijsadressen, bedoeld voor de Amsterdamse hulpverleners en uitgegeven door de Stichting Averroës, beslaat maar liefst een kleine 400 bladzijden!³³

Al met al kunnen we – door gebrek aan onderzoeksgegevens – ook onze derde vraag niet beantwoorden.

Beschouwing

Twee van de drie vragen konden op grond van literatuuronderzoek niet worden beantwoord: bezit de huisarts specifieke kennis over buitenlanders en is zijn hulp aan buitenlanders exclusief, dat wil zeggen: niet aan een ander over te dragen? Het vermoeden bestaat dat beide vragen ontkennend moeten worden beantwoord.

Over de resterende vraag – die naar ziekte en ziektegedrag bij buitenlandse

patiënten – valt het een en ander te zeggen. Voor een beperkt aantal ziekten bestaat vermoedelijk een verschil in morbiditeitspatroon bij buitenlanders. Huisartsen dienen hiervan op de hoogte te zijn. Ook het ziektegedrag en de wijze van hulpvragen van buitenlanders wijken in allerlei opzichten af. Aannemelijk is dat buitenlanders, zeker in vergelijking met de gemiddelde Nederlandse patiënt, een groter beslag leggen op de tijd van de huisarts: door hun maatschappelijke positie hebben zij meer gezondheidsproblemen, iets wat overigens in algemene zin geldt voor de laagste sociale klasse waartoe zij veelal behoren. Daarbij komt nog de extra tijd die nodig is voor een goede communicatie (tolkentelefoon).

Heel weinig valt nog te zeggen over de vraag hoe de verschillen in ziekte en ziektegedrag zich met de tijd zullen ontwikkelen.

In onze literatuurstudie is vooral het ontbreken van onderzoeksgegevens opgevallen. Het lijkt ons zeer twijfelachtig of het onderwerp wel onderzoekbaar is: er zijn veel verschillende nationaliteiten, en de groepen zijn erg heterogeen: afkomstig uit verschillende landstreken van het land van herkomst, van verschillende etnische en culturele achtergrond, verschillende generaties, verschillend opleidingsniveau en in uiteenlopende mate geassimileerd. Ook de reden van immigratie heeft vaak grote maatschappelijke consequenties (drugstoerisme, politieke vluchtelingen, enz.)

Voor zover er aanbevelingen voor onderzoek zijn te doen, liggen deze op het gebied van de communicatie tussen huisartsen en buitenlandse patiënten. Ook nascholing dient ons inziens hierop gericht te zijn: op gespreksvaardigheden en wellicht op het opsporen van vooroordelen en stereotypieën bij huisartsen. Wat de gespreksvaardigheden betreft, valt te denken aan het oefenen van gesprekken met korte zinnen, het vermijden van moeilijke woorden, het laten herhalen van de gegeven instructies of adviezen (niet genoeg nemen met de mededeling dat iets begrepen is; dit kan gezegd worden uit angst voor gezichtsverlies). Ook praktische zaken, zoals het gangbare openingsritueel van een gesprek in bepaalde cultuurpatronen en non-verbale gespreksonderdelen zoals het wel of niet een hand geven aan vrouwen, kunnen dan aan de orde komen.

Wat het opsporen van stereotypieën betreft: dit is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Voor huisartsen die veel bui-

tenlanders in de praktijk hebben, kan supervisie of een aangepaste psychologische training een 'rendabele' investering zijn. Huisartsen doen er het beste aan iedere buitenlandse patiënt niet als Surinamer, Turk of Chinees, maar als individu te benaderen, met de juiste mate van aandacht: niet te weinig ('ze zijn nu eenmaal zo...') en niet te veel (uit bewogenheid extra onderzoek doen en extra medicijnen geven). De toepassing – voor zover mogelijk – van huisartsgeneeskundige principes als gezinsgeneeskunde, levensloopgeneeskunde, preventie van somatische fixatie en dergelijke vormen ons inziens de beste garantie voor kwaliteit.

Dit betreft dus geen bijzondere huisartsgeneeskundige zorg.

¹ Dorrenboom G. Arts en buitenlandse werknemer. Utrecht: Bunge, 1982.

² Van Koningsveld PS, Shadid WA. 'Arts en buitenlandse werknemer' onder de loupe. Tijdschr Soc Geneesk 1982; 60: 571-5.

³ Caper P. Solving the medical care dilemma [Editorial]. N Engl J Med 1988; 318: 1535-6.

⁴ Meijer J. Tuberculose bij gastarbeiders in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 1419-22.

⁵ Nijhuis HGJ. Ulcus pepticum. Huisarts Wet; 29: 324-5.

⁶ Avezaat JJM, Lutjenhuis MJTh. Ulcus pepticum bij allochtone Nederlanders. Huisarts Wet 1986; 29: 218-9.

⁷ Nijhuis HGJ, Zoethout HE, De Jong GM. De terugkeer van een volksziekte: rhachitis. Tijdschr Soc Geneesk 1982; 25: 846-50.

⁸ Blom HJ, Lückers AEG, Netelenbos JC. Te weinig in de zon. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 97-9.

⁹ Breedveld PH, De Geus A, De Jong-Stoelinga NNFM. Intestinale worminfecties bij migranten uit Suriname. Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121: 1126-30.

¹⁰ Höfling HJ, Jonas R, Brusis E, et al. Perinatale Letaliteit bei Gastarbeiterinnen. Geburtsh und Frauenheilk 1975; 35: 169-72.

¹¹ Doornbos JPR, Nordbeck HJ. Perinatal mortality: Obstetric risk factors in a community of mixed ethnic origin in Amsterdam. Dordrecht: ICG Printing, 1985.

¹² Nguyen SD. Mental health services for refugees and immigrants. Psychiatr J Univ Ottawa 1984; 9: 85-91.

¹³ Limburg-Okken AG, Limburg JJM. De betekenis van somatiseren bij Marokkaanse patiënten. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 892-5.

¹⁴ Van Mol M. Een poging tot classificatie van ziekte bij Marokkaanse gastarbeiders. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 1162-5.

¹⁵ Wolfers I. Profetische Geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 964-7.

- ¹⁶ Van der Meer Ph. J. Psychische ziekten bij Marokkaanse migranten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 1555-8.
- ¹⁷ Roskies E. Immigration and mental health. *Canada's Mental Health* 1978; 26: 4-6.
- ¹⁸ Pool J, Schreuder H. De buitenlandse patiënt in de Nederlandse gezondheidszorg. Amsterdam: Medische Faculteit, vakgroep Gedragwetenschappen, Vrije Universiteit, 1982.
- ¹⁹ Meys J, red. De buitenlandse patiënt. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
- ²⁰ Gründemann RWM. Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden, NIPG/TNO, 1985.
- ²¹ Van der Wal G, Smeenk RCJ. Bewerkljkheid nader bekeken. *Huisarts Wet* 1984; 27: 309-10.
- ²² Belleman SJM. De contactfrequentie van allochtone patiënten. *Huisarts Wet* 1986; 29: 48-50.
- ²³ De Haan M. Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren in een Amsterdamse huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1984; 27: 345-8.
- ²⁴ Slegt AC, Van Kessel-Al HA, Brouwer HJ. Ziektegedrag van allochtone patiënten. Een retrospectief onderzoek in een Amsterdamse huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1985; 28: 289-93.
- ²⁵ Van Wieringen JCM, Leenvaart-Kuypers A, Brouwer HJ, Slegt AC, Van Kessel-Al HA. Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groepen. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1987; 65: 587-92.
- ²⁶ Danz MJ, Gründemann RW, Koopman D. Klassegenoten. De situatie van Turkse en Nederlandse jongeren vergeleken. Leiden, NIPG/TNO, 1987.
- ²⁷ Chavez LR. Mexican immigration and health care: a political economy perspective. *Human organization* 1986; 95: 344-353.
- ²⁸ Shai D, Rosenwaike I. Mortality among Hispanics in metropolitan Chicago: an examination based on vital statistics data. *J Chron Dis* 1987; 40: 445-51.
- ²⁹ Simpson H, Walker G. When do pregnant women attend for antenatal care? *Br Med J* 1980; 104-7.
- ³⁰ Slack PA. Care of immigrants under-fives. *RSH* 1980; 1: 13-5.
- ³¹ Kuiper CM, Schlesinger-Was EA, Vaandrager GJ. Preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten. Een onderzoek naar de deelname aan de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) in Den Haag. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg, 1985.
- ³² De Vey I. Onderzoek onder 10 Nederlandse huisartsen betreffende knelpunten, die kunnen ontstaan in contact met Marokkaanse patiënten. En wat is de rol van het informatieaanbod hierin? Amsterdam: Vakgroep Huisartsgeneeskunde VU, 1987.
- ³³ Sijjes B, Kok H. Verwijsgids hulpverlening aan allochtonen. Amsterdam: Averroës Stichting, 1986.

Vervolg van pag. 53

- ²⁴ Moors JPC. Anticonceptie en kleine seksuologie. *Huisarts Wet* 1974; 17: 110-3.
- ²⁵ Werkgroep Verloskundige Hulpverlening. Bunnik III [Bericht]. *Huisarts Wet* 1983; 26: 76-7.
- ²⁶ Sikkél A. De verloskundige organisatie in Nederland. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979.
- ²⁷ Flikweert S. De inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking. *Huisarts Wet* 1984; 27: 351-4.
- ²⁸ Springer MP, Verdenius W, Dekker FW, e.a. Het verloskundig handelen van huisartsen. *Med Contact* 1987; 42: 624-30.
- ²⁹ Huisarts en verloskunde [Themanummer]. *Huisarts Wet* 1974; 17: 129-147.
- ³⁰ Huisarts en voortplanting [Themanummer]. *Huisarts Wet* 1981; 24: 128-53.
- ³¹ Gill K, De Boer-Fleischer A. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? *Huisarts Wet* 1983; 26: 386-7.
- ³² Gill K. Samenwerken beter, beter samenwerken. *Huisarts Wet* 1984; 27: 349-50.
- ³³ Gill K, e.a. Het préconceptionele advies. *Practitioner (NI)* 1987; 4: 119-22.
- ³⁴ Landelijke Verloskundige Registratie. Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg. Utrecht, 1987.
- ³⁵ Anoniem. Inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
- ³⁶ Wildschut J. Kinderloosheidsonderzoek door de huisarts. *Patient Care* 1987; 1: 18-26.
- ³⁷ Damstra-Wijmenga SMI. Veilig bevallen; een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling. Uitgave in eigen beheer. Groningen (Van Ketwich Verschuurlaan 5), 1982.
- ³⁸ Tew M. Do obstetric intranatal interventions make birth safer? *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 659-74.
- ³⁹ Mengel MB, Philips WR. The quality of obstetric care in family practice: are family physicians as safe as obstetricians? *J Fam Pract* 1987; 24: 159-64.
- ⁴⁰ Butter I, Lapre RM. Verloskundige zorg in Nederland. Vraagverschuivingen en kosten. *Tijdschr Verloskundigen* 1986; 3: 85-90.