

Ik vind het juist stimulerend – voor mij, mijn collega's en mijn patiënten – dat het in deze tijd mogelijk is, bijvoorbeeld voor mij als antroposofisch arts, samen te werken op voet van gelijkheid in een waarneemgroep, deel te nemen als huisartsopleider aan een toetsingscursus, en zelfs een keer uitgenodigd te worden een inleiding te houden in een NHG-groep. Ik denk dat dit wederzijdse verworvenheden zijn, die recht doen aan de groeiende pluriformiteit in ons vak, en die de kwaliteit ervan, zeker voor de 'doelgroep' onze patiënten, kunnen verhogen. En denkt van de ondertekenaars van bedoelde brief werkelijk iemand, dat een serie artikelen als over de effecten van acupunctuur in hetzelfde nummer niet met ongeveer gelijklopende uitkomst ('de werkzaamheid mag zeker niet als bewezen worden beschouwd') kan worden geschreven over het effect van pakweg antibiotica of fysiotherapie in de huisartspraktijk?

Kortom: ik blijf me graag terecht lid van het NHG en 'alternatief' arts voelen, en ik neem graag deel aan een open gedachtenwisseling daarover.

L. Beukman,
huisarts te Den Haag

¹ Bakx K, Bongers F, Van den Bosch W, e.a. Alternatieve behandelingswijzen [Ingezonden]. Huisarts Wet 1989; 32(7): 277-8.

Naschrift

De achtergrond van ons schrijven is niet om onze 'reguliere' opvatting op te leggen aan anderen, maar om duidelijkheid te krijgen over het wetenschappelijk kader van de huisartsgeneeskunde, gezien vanuit het Genootschap. Als onze brief goed gelezen wordt, blijkt dat wij niet verontrust worden door het functioneren van alternatief werkende collegae, maar door de toenemende druk om recepten van alternatieven mede te ondertekenen, door maatregelen om niet geregistreerde geneesmiddelen toch in het pakket op te nemen, en door het beleid van vestigingscommissies die eisen stellen aan kandidaten op het gebied van alternatieve geneeswijzen. Wij komen daarmee in opstand tegen het aanleggen van verschillende normen.

Collega Beukman spreekt van een groeiende pluriformiteit in ons vak. Wij kunnen dit geen positieve ontwikkeling noemen. Het ontstaan van een verscheidenheid aan huisartsgeneeskundige winkeltjes kan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als zodanig ondermijnen. De relatie met de klinische tweedelijns geneeskunde zal in ieder geval zeer verwarrend worden.

Met het Standaardenbeleid spreekt het Genootschap zich uit over het wetenschappelijk

kader van de huisartsgeneeskunde. Huisartsgeneeskundige methoden dienen open te staan voor wetenschappelijk onderzoek. Van vele van deze methoden is de werkzaamheid onvoldoende onderzocht. Dit moet een uitdaging zijn en geen excuus. Als van de werkzaamheid van antibiotica even weinig was vastgesteld als van de werkzaamheid van acupunctuur, zou dat een goede reden zijn om met het voorschrijven van antibiotica te stoppen. Indien acupunctuur een wetenschappelijk onderbouwde positieve werkzaamheid zou hebben bij bepaalde indicaties, zou er reden zijn deze methode in het 'reguliere' pakket op te nemen.

Voor verontrusting is zo geen enkele reden meer.

W. van den Bosch
E. van de Lisdonk

DOCUMENTATIE SERVICE

Veel huisartsen die het vak verlaten, zullen hun oude jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* van de hand willen doen. Anderzijds zijn er beginnende huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van oude jaargangen. De redactiecommissie wil in dezen een bemiddelende rol spelen. Huisartsen die oude jaargangen hebben aan te bieden, en huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van oude jaargangen, kunnen zich *schriftelijk* wenden tot het redactiesecretariaat: Postbus 14015, 3508 SB Utrecht; beide partijen worden dan met elkaar in contact gebracht. De redactiecommissie gaat er daarbij van uit dat voor een dergelijke overname niet meer behoefte te worden betaald dan de verzendkosten. Overigens aanvaardt de redactiecommissie generlei aansprakelijkheid voor de transacties die uit haar bemiddeling mochten voortvloeien.

Reisverslag Japan 1989

Verslag van J.D. Mulder Dzn, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

Driehonderd jaar geleden ontstonden de officiële banden tussen Nederland en Japan. Wij allen leerden hierover iets bij de geschiedenis. Doch in Japan is dit een veel belangrijker fenomeen, daar zij 250 jaar alleen door China en Nederland contact met de buitenwereld onderhielden. Dit voorrecht is ons land gegeven omdat wij geen poging deden de Japanners tot het christendom te bekeren. Behalve de handelsinvloed is daarbij in die periode de medische invloed groot geweest. Immers, alle westerse geneeskunde kwam via de scheepsartsen die enige tijd in Decima verbleven, Japan binnen. In die periode werden ook vele Nederlandse boeken, vooral op het gebied van de geneeskunde en de technologie, in het Japans vertaald (Erasmus en Boerhaave). Verschillende van deze scheepsartsen zijn later naar Nederland teruggekeerd. Nog steeds worden bijvoorbeeld in Japan met bijzondere waardering de namen genoemd van Von Siebold en Pompe van Meerdervoort. Het meest uitgesproken heb ik dit gezien tijdens het bezoek dat wij in Osaka brachten aan de oude Nederlandse school, waar Japanse studenten Nederlands leerden en vervolgens soms in Nederland medicijnen studeerden.

Medisch symposium

Bij deze herdenking werd vanwege de bijzondere geneeskundige banden ook een medisch symposium georganiseerd. Eerst één dag in Tokio – medisch historisch – en vervolgens drie dagen in Osaka. In Osaka werd wederom aandacht besteed aan de medische geschiedenis, maar verder ook aan orgaantransplantaties, immunologie en toekomstverwachting. Tenslotte was de derde dag in Osaka gewijd aan 'aging in sound health'. Deze dag was, in tegenstelling tot de voorgaande dagen, ook open voor het publiek.

Van Nederlandse zijde spraken deze zondag Van der Heuvel uit Groningen met sociologische gegevens over het verouderingsproces in Nederland, en Mulder met de visie van de Nederlandse huisarts op oud worden in goede gezondheid. Het was een vrij merkwaardig symposium, omdat van Japanse zijde naast een arts verder een aantal televisiepersoonlijkheden en schrijvers het woord voerden. Hierdoor werd het een heel hybride bijeenkomst.

Primary health care in Japan

In Japan bestaan geen huisartsen. De primary health care wordt uitgeoefend door internisten,

gynaecologen of kinderartsen na 10 jaar opleiding. De meesten hebben ook een aantal 'ziekenhuisbedden' in hun eigen woonhuis. Ik heb twee extremen van deze situatie gezien. In Tokio bezocht ik in één van de voorsteden het woon/praktijkhuis van een vooraanstaand primary-care-arts: een 67-jarige internist, tweemanspraktijk, apotheekhoudend, eigen fysiotherapeut, eigen röntgenkamer met vier sterk verouderde apparaten, en 16 ziekenhuisbedden in zes kamertjes – primitief, oud en klein. Dit bezoek maakte me uiterst somber en bovendien begreep ik toen waarom de gezondheidszorg in Japan zo goedkoop is. Zulke primitieve ziekenhuisbedden zou in Nederland niemand meer accepteren. Gelukkig zag ik in Okayama een totaal verschillend beeld: een jonge internist die drie jaar geleden zijn praktijk had gestart. Moderne kamers, hoogstens twee patiënten per kamer, goed sanitair, etc, net als in onze ziekenhuizen. Voortreffelijke fysiotherapie-afdeling, speciaal gericht op bejaarden, apotheek, hoog gekwalificeerd praktijkpersoneel, geautomatiseerde administratie, twee röntgenapparaten van goede kwaliteit. Bovendien had hij oog voor de wijk waarin hij zat, zorgde hij dat allerlei patiëntenorganisaties ook onderdak hadden in het centrum en er werd veel gedaan aan patiëntenvoorlichting.

Wat in beide praktijken opviel, was de enorme aandacht voor preventie. Deze werd klakkeloos uitgevoerd als de patiënt erom vroeg. En iedere patiënt boven de 40 jaar heeft eens in het jaar het recht zich vrijwel helemaal te laten nakijken, inclusief thoraxfoto, maagfoto, ECG en dergelijke.

De artsen zetten zelf vraagtekens bij het nut, maar peinsden er niet over er mee te stoppen, omdat het zo lucratief is. Als 'Dekker' doorzet, staat ons op dit gebied nog heel wat te wachten.

Het meest boeiend was het bezoek aan de medical school van Okayama. Voor zover ik kon ontdekken, is dit de enige afdeling sociale geneeskunde in Japan waar men oog heeft voor de problemen van de primary health care. Bovendien wordt hier duidelijk een strategie gevoerd om primary health care een groter aandeel binnen de research te geven. Bovendien werden nauwe banden onderhouden met een aantal primary care physicians.

Toen ik hier kwam was ik kerngezond. De gezondheid van Turken in Nederland [Dissertatie]. Uniken Venema HP. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1989; 215 bladzijden, prijs f 39,50. ISBN 90-313-1017-4.

In dit proefschrift staan drie vragen centraal:

- is er een verschil in gezondheid en ziektegedrag tussen Turkse inwoners van Rotterdam en autochtonen in vergelijkbare sociaal-economische omstandigheden;
- in hoeverre wijken deze gegevens af van de uitkomsten van een soortgelijk onderzoek in Antwerpen;
- is de gebruikte onderzoeksmethode geschikt voor gezondheidsonderzoek bij ethnische groepen?

Voor het onderzoek werden 489 mensen ondervraagd; met een aantal van hen werden bovendien half-gestructureerde interviews gehouden. De validiteit en de betrouwbaarheid van deze methode waren voldoende.

Met betrekking tot de eerste twee vragen levert het onderzoek een aantal interessante uitkomsten op, zoals:

- In tegenstelling tot wat vaak in de literatuur wordt vermeld, verschilde de 'objectieve' gezondheidstoestand van de Turkse Rotterdamers niet veel van die van de Nederlandse. De 'ervaren' gezondheid van de Turken was echter wél slechter.
- De gezondheidstoestand in het algemeen was bij de Turkse mannen slechter dan bij de vrouwen, terwijl bij de Nederlandse onderzoeksgroep het omgekeerde het geval was. Verder bleek de ervaren gezondheid van de Rotterdamse Turken slechter te zijn dan van de Antwerpse Turken.
- Turken in Rotterdam bezochten de huisarts veel vaker, maar de tandarts minder vaak dan Nederlanders, terwijl de specialist door beide groepen ongeveer even vaak werd geconsulteerd. De Turken uit Antwerpen kwamen minder vaak bij de huisarts dan de Rotterdamse Turken (frequentie ongeveer gelijk aan die van de Nederlandse Rotterdamers); zij kwamen ook minder vaak bij de specialist dan zowel de Nederlandse als de Turkse Rotterdamers.
- De meeste respondenten bleken wel tevreden te zijn over hun huisarts. Tijd en aandacht waren daarbij voor allen belangrijke criteria. Voor Turkse mannen wogen snelle verwijzing en voor Turkse vrouwen het voorschrijven van goede medicijnen óók erg zwaar. Ondanks deze tevredenheid zei ruim 20 procent van de Turken toch dat ze bij het laatste bezoek aan de huisarts niet alles hadden begrepen; dit was bij 5 procent van de Nederlanders het geval.
- Als oorzaak voor hun gezondheidsklachten werden door Nederlandse en Turkse vrouwen

vooral 'zorgen' genoemd en door mannen zwaar en onregelmatig werk. Vooral bij Turkse vrouwen viel de cumulatie van problemen op.

De gevonden verschillen zijn niet met zekerheid uit het onderzoek te verklaren. De auteur doet wel een aantal suggesties: zo zouden de sociaal-economische status en de huisvestingssituatie van de Turken in Rotterdam toch nog wat slechter zijn dan die van de Nederlanders in het onderzoek. Bovendien was er, meer dan bij de Nederlanders, sprake van een cumulatie van problemen op allerlei gebied. De slechtere gezondheidstoestand van de Rotterdamse Turken in vergelijking met hun Antwerpse landgenoten wordt mogelijk verklaard door het feit dat zowel de Belgische samenleving als de organisatie van de gezondheidszorg iets meer overeenkomst vertoont met de Turkse dan met de Nederlandse situatie.

Het boek eindigt met een inventarisatie van het migrantenbeleid in de gemeente Rotterdam en met een aantal aanbevelingen voor bijstellingen hierin. Deze aanbevelingen hebben zeker ook hun waarde buiten Rotterdam.

Voor de (huis)arts met migranten in de praktijk is dit boek zeker de moeite waard, omdat het beeld van de gezondheidstoestand en het ziektegedrag bij Turken gebaseerd is op onderzoek onder de groep zelf, en niet, zoals te doen gebruikelijk, op meningen van hulpverleners. Voor hen die gezondheidsonderzoek onder migranten willen verrichten, biedt het boek veel handreikingen door de uitvoerige beschrijving van de methodiek en de problemen daarvan.

J. Avezaat

The Maastricht History-taking and Advice Checklist [Dissertatie]. Kraan HF, Crijnen AAM. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987; 437 bladzijden. ISBN 90-9001903-0.

Twee jaar geleden verscheen dit lijvige proefschrift van een huisarts en een sociaal psychiater over de ontwikkeling van een observatie-instrument om medische gespreksvaardigheden van studenten en artsen te evalueren. De auteurs achtten een dergelijk instrument nodig, omdat er steeds meer aanwijzingen zijn dat goede gespreksvaardigheden leiden tot betere diagnostiek, meer tevredenheid bij de patiënt en een grotere therapietrouw.

Zij benaderen dit moeilijke terrein grondig en zeer gedetailleerd. In de eerste hoofdstukken wordt een omvangrijk en waardevol overzicht geboden van literatuur en onderzoek op het gebied van gespreksvaardigheden van artsen en de effecten daarvan op het functioneren van