

## EGPRW-bijeenkomst in Budapest

Voor de tweede keer vond een EGPRW-workshop plaats in een Oosteuropese land. Van 25 t/m 27 mei 1990 werd de 29e bijeenkomst van de European General Practice Research Workshop gehouden in een klein kasteeltje in Rackeve op 50 kilometer afstand van Budapest (Hongarije). Er waren 65 deelnemers uit 16 landen, die luisterden naar en deelnamen aan discussies bij 23 voordrachten (van een half uur lengte) en één workshop.

### Ontzielde gezondheidszorg

Het was pas de tweede keer dat Hongaren deelnamen aan een EGPRW-bijeenkomst, maar het aanbod om zo snel in hun land te komen vergaderen, werd gedaan omdat een van de thema's de arts-patiënt relatie was. Balint, een van de gangmakers op dit gebied, komt immers uit Budapest. Daarnaast werd tijdens deze bijeenkomst (opnieuw) aandacht besteed aan kwalitatieve onderzoeksmethoden.

De directeur-generaal van het Hongaarse Ministerie van Volksgezondheid, Marianne Szatmari, opende de reeks voordrachten met een globale schets van het gezondheidszorgsysteem in Hongarije. Daarbij legde ze er de nadruk op dat 'alles wat vandaag is, morgen niet meer zo zal zijn'. De reden voor deze cryptische typering was gelegen in het feit dat Hongarije een dag voor de EGPRW-bijeenkomst een nieuwe, democratische regering had gekregen, waarbij voor het eerst een niet-communist als minister van Volksgezondheid was benoemd. Het is een patholoog-anatoom van christen-democratische huize en ik vermoed dat hij zijn 'snij-kwaliteiten' wel kan gebruiken.

Het beeld dat Szatmari opriep, was dat van een ontzielde gezondheidszorg met een lage levensverwachting en een zeer hoge suïcidaliteit, met name onder jongeren. Er zijn 4800 huisartsen in Hongarije, aangeduid als de 'organisation of frustrated doctors'. Persoonlijke initiatieven van artsen zouden niet meer bestaan. Tot nu toe werken alle artsen in loondienst, maar men wil dit veranderen in een systeem waarbij artsen deels per hoofd en deels per verrichting betaald worden. De eerste lijn als zodanig bestaat niet in Hongarije; dat wil zeggen: de eerste lijn maakt integraal deel uit van de tweede lijn. Het hoeft geen betoog dat er op het gebied van eerstelijns onderzoek in Hongarije niets plaatsvindt.

Het was jammer dat de woorden van Szatmari niet getoetst konden worden aan meningen van artsen uit Hongarije, want om niet opgehelderde redenen waren die niet aanwezig. Persoonlijk vond ik dit een teleurstelling. Een van de doelstellingen van de EGPRW is juist dat het land waar de workshop gehouden wordt met veel

artsen acte de présence geeft, zodat er een stimulans van de workshop kan uitgaan naar het organiserende land.

### Papers

Hierna volgden de papers: zeven papers over de arts-patiënt relatie, drie over het thema kwalitatieve onderzoeksmethoden en twaalf free-standing papers.

*Mike Pringle* (UK) presenteerde resultaten van een studie met als centrale vraag of artsen die wisten dat ze in de spreekkamer op video werden opgenomen, anders handelden dan wanneer ze niet wisten of ze werden opgenomen. Als scoringsmethode werd TIMER gebruikt, een door Pringle zelf ontworpen methodiek: hierbij wordt het consult in perioden van 5 seconden geknipt, en wordt op elk vijfsecondenpunt de handeling van de arts gescoord in vaste rubrieken. De conclusie was dat wel of niet weten geen verschil maakte, zij het dat de artsen zeker in de eerste twee consulten niet helemaal hun 'stereotype' gedrag vertoonden.

*Knottnerus* (NL) bracht een discussie op gang naar aanleiding van het gegeven dat 56% van een populatie van een huisartspraktijk direct of indirect te maken krijgt met chronische klachten. De discussie spitste zich toe op de verschillen die in incidentie- en prevalentiecijfers ontstaan bij het registreren volgens een probleemlijst of volgens 'reasons for encounter'. Omdat op een probleemlijst alleen problemen worden genoteerd die al iets langer duren, zullen 'incidenties' lager uitvallen dan bij een registratie van contactredenen.

*Mokkink* (NL) presenteerde de in ons land reeds bekende resultaten van een Nijmeegse studie naar het verband tussen artsenstijlen en verwijscijfers. De door hem verstrekte informatie kan van grote waarde zijn voor de internationale 'referral'-studie van de EGPRW, en daartoe werden ook contacten gelegd.

*Barandarian* (Spanje) was bij 339 consulten nagegaan of de verwachtingen die patiënten vóór een consult met een huisarts hadden, van meer invloed waren op de satisfactie van de patiënt dan demografische factoren. Zijn conclusie was dat individuele psychologische kenmerken de satisfactie meer bepaalden dan de sociale positie van een patiënt. De vraag is uiteraard of hier onvoldoende rekening met een confounder werd gehouden, want sociale klassen en psychologie zijn niet onafhankelijk.

*De Maeseneer* (België) presenteerde resultaten van zijn omvangrijke studie naar de invloed van attitude en workload op het gedrag van de huisarts. Een van zijn conclusies was dat een defensieve houding van de arts de workload in belangrijke mate mede bepaalt. Kwaliteitsverbe-

tering van huisartsgeneeskundig handelen zal zich dus ook op deze attitude moeten richten.

*Johannessen* (Noorwegen) kwam voor de tweede keer met resultaten van een N=1-studie. Aan dit type studies werd onlangs nog in dit tijdschrift aandacht besteed. Doel van zijn studie was om individuen met dyspepsieklachten met een significante respons op een eendaagse kuur cimetidine (3 maal 400 mg) te selecteren en vervolgens te typeren. Hoofconclusie was dat slechts een klein percentage (ongeveer 20%) patiënten direct reageerde op de cimetidine en dat dit voornamelijk vrouwen waren.

*Pawlikowska* (UK) liet het design zien van haar studie naar het voorkomen in Engeland van het 'post-infectious fatigue syndrome' ofwel 'myalgic encephalomyelitis'. In de discussie bleek dat deze term het zoveelste etiket is voor het vage beeld van moeheidsklachten, waaraan vanuit medische kring geen behoefte is. In Engeland schijnt 'M.E.' meer populair te zijn dan in andere landen. Misschien is de lange regeerperiode van Thatcher hier wel debet aan.

### Balint of Budapest?

In het kader van deze EGPRW-bijeenkomst was ook een Balint-workshop georganiseerd. Dit was een misser van de organisatie. Van tevoren was gedacht dat hiermee veel Hongaarse artsen zouden kunnen worden aangetrokken. Aangezien die er niet waren, lieten veel van de aanwezigen Balint voor wat hij was, en trokken Budapest in (ook mooi).

Afgezien van deze kleine fout was deze EGPRW-workshop opnieuw goed georganiseerd, compleet met van tevoren rondgestuurd programma en abstracts. Er waren 18 papers afgewezen, omdat daar geen plaats voor was. Te verwachten is dat dit selectieproces in de toekomst ervoor zal zorgen dat de kwaliteit van de presentaties op hoger niveau komt te liggen. Alleen op kwaliteit selecteren zal nog niet mogelijk zijn, aangezien ook rekening gehouden zal moeten worden met het land van herkomst van de auteurs.

De volgende EGPRW-bijeenkomst zal in Wenen plaatsvinden, hoogstwaarschijnlijk van 30 november t/m 2 december 1990. Geïnteresseerden doen er goed aan om de aankondiging van deze bijeenkomst in dit tijdschrift in de gaten te houden. Een van de thema's zal kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde ('quality assurance') zijn. Het kan geen kwaad als onderzoekers uit Nederland zich hier van hun beste kant laten zien, want op dit gebied kunnen andere landen in Europa best wat van ons leren.

Jan-Joost Rethans  
Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht