

The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy Bartelds AIM, Fracheboud J, Van der Zee J. Utrecht: Nivel, 1990; 357 bladzijden, prijs NLG 40,-. ISBN 90-6905-109-5.

Het eerste deel van dit boek, dat is uitgegeven naar aanleiding van het 20-jarig bestaan van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstations Nederland, behandelt een aantal algemene aspecten van dit registratiesysteem. Aan de orde komen onder meer de historische ontwikkeling, de doelstellingen, de organisatie en de werkwijze van de CMR. Zoals bekend wordt geregistreerd via een net van vrijwillig deelnemende – en dus niet *random* geselecteerde – huisartsen die evenredig zijn verspreid over de vier provinciegroepen en drie urbanisatiegroepen waarin het CBS Nederland heeft verdeeld, en die samen 1 procent van de Nederlandse bevolking bestrijken. De groep peilstationartsen wordt voor kenmerken als leeftijd, geslacht en praktijkgrootte vergeleken met de gehele huisartsenpopulatie van Nederland, en voor minder gemakkelijk kwantificeerbare aspecten, zoals attitude, met huisartsen die hebben deelgenomen aan eerdere Nivel-studies. Dit deel wordt afgerond met een beschouwing over de verschillen in registratiepatroon tussen de deelnemende artsen.

Het tweede deel behandelt een reeks zeer uiteenlopende onderwerpen, gekozen uit de lange rij van thema's die in de loop van 20 jaar op de weekstaat hebben gestaan of onderwerp waren van een incidenteel onderzoek. Eerst komen enkele infectieziekten aan bod, zoals mazelen en influenza. Daarna bespreken de auteurs de rol die de peilstations kunnen spelen bij de studie van chronische aandoeningen, zoals ziekte van Parkinson en maagulcus. De registratie van ongevallen in de privésfeer en van sportongevallen illustreert de belangrijke rol van de huisarts als eerste hulpverlener. Dat bepaalde indicatoren voor de mentale gezondheidstoestand van de bevolking ook kunnen worden bestudeerd door de peilstations, komt aan de orde in hoofdstukken over onder meer depressie, zelfmoord(po- gingen) en verwijzingen voor psychische problemen. De auteurs bespreken verder de waardevolle informatie die door de peilstations is verzameld rond controversiële thema's zoals vraag om zwangerschapsonderbreking en vraag om toepassing van euthanasie. Tenslotte wordt aandacht besteed aan het verwijsgedrag van de peilstationartsen. De opzet van deze studie was tegelijk bescheiden en ambitieus: het nagaan van de invloed van zowel structurele, als praktijk- en huisartsgebonden kenmerken op verschillende typen verwijzingen. Terecht wordt gemaand tot voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten. Het gaat tenslotte slechts om 60, niet

random geselecteerde huisartsen. Verder onderzoek is daarom noodzakelijk.

In het laatste hoofdstuk worden de lessen uit 20 jaar registratie getrokken. Enkele sterke punten van het systeem worden nogmaals benadrukt. Wanneer een netwerk van peilstationartsen eenmaal functioneert, is het zeer kosteneffectief in vergelijking met ad hoc studies. Zo hebben peilstationpraktijken niet te kampen met moeilijkheden als het recruteren van voldoende deelnemers en het creëren van een positieve houding tegenover correct en nauwgezet registreren. Dit neemt uiteraard niet weg dat ad hoc studies in bepaalde omstandigheden noodzakelijk zijn. Een ander sterk punt van de peilstations is dat de huisarts meestal in de positie verkeert om de eerste professionele uitspraak te doen over de medische aard van het probleem waarmee een patiënt op het spreekuur komt. Bovendien zit hij ook het dichtst bij het moment van ontstaan van fysieke en psychische problemen in de bevolking. Dit is weer een argument voor het kosten-effectief zijn van peilstations in vergelijking met ad hoc studies, waarvoor professioneel onderzoek van de klachten van een bevolking dient te worden georganiseerd, los van de bestaande medische diensten. De auteurs hebben aan de hand van talrijke voorbeelden duidelijk gemaakt dat de peilstations een belangrijke rol kunnen spelen als informatiebron voor het gezondheidsbeleid.

Zo belanden wij bij de beperkingen van het systeem, die trouwens ook duidelijk worden toegelicht. De 60 deelnemende artsen maken het mogelijk uitspraken te doen op nationaal vlak, maar laten geen verdere opsplitsing van de resultaten naar regio toe. Peilstations zijn niet geschikt voor het bestuderen van problemen met een zeer lage incidentie; een gemiddelde van 4 tot 5 gevallen per arts per jaar is een goede standaard. Verder moet het probleem duidelijk definieerbaar zijn en passen in het dagelijkse werkschema van de huisarts. Deze twee voorwaarden worden ook in de Belgische peilstationpraktijken toegepast; bovendien mag het probleem daar niet onderzocht worden in een parallelle efficiënte registratie. Mét de auteurs wil ik er verder op wijzen dat peilstationpraktijken trends kunnen suggereren of tot bepaalde hypothesen kunnen inspireren, maar deze nooit kunnen bewijzen. Enige bescheidenheid bij de interpretatie van de resultaten is dus op zijn plaats.

Tenslotte bespreken de auteurs een aantal mogelijke ontwikkelingen in verband met de organisatie en de werkwijze van de CMR-peilstations, zoals gegevensoverdracht via de computer, uitgebreidere informatie over de noemer en de relatie tussen het nationale net en de bestaande regionale netten.

De auteurs zijn erin geslaagd duidelijk en wetenschappelijk ondersteund aan te tonen dat peilstations een doeltreffend en doelmatig instrument kunnen zijn voor het gezondheidsbeleid. Zij hebben er goed aan gedaan het boek in het Engels te publiceren. Zelf heb ik nog een aantal dingen kunnen leren van de 10 jaar langere ervaring van de Nederlandse collega's.

Aanbevolen lectuur dus, niet alleen voor diegenen die betrokken zijn bij de organisatie en werking van peilstations, maar ook voor wetenschappers die niet zo vertrouwd zijn met het instrument peilstations en zeker voor degenen die verantwoordelijk zijn voor het gezondheidsbeleid.

Viviane Van Casteren

Vrouwelijke artsen en vestiging als huisarts [Dissertatie]. Kortenhoeven D. Utrecht: Handelsuitgave: Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1990; 285 bladzijden; prijs NLG 49,50. ISBN 90-313-1055-7.

Van alle 6300 huisartsen was in januari 1989 11 procent een vrouw. Dit proefschrift probeert na te gaan hoe het komt dat vrouwelijke huisartsen zich minder vaak vestigen als vrij beroepsopleider.

Allereerst wordt gekeken welke visie verschillende partijen hebben op de cijfermatige achterstand van vrouwelijke huisartsen in haar beroepsuitoefening. De overheid heeft het als structureel probleem erkend, maar neemt geen beleidsmaatregelen om hier iets aan te veranderen. De KNMG c.q. LHV brengt het in haar stukken niet als probleem ter sprake. Voor de werkgroep vrouwelijke huisartsen van de LHV (mede opgericht door de VNVA, de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen) werd met moeite een mannelijke collega gevonden die bereid was mee te werken. Vanuit de vrouwenbeweging klinkt de roep om een vrouwelijke (huis)arts steeds luider.

Na een uitgebreid literatuuroverzicht over de beroepsdeelname van vrouwelijke artsen in de afgelopen eeuw in verschillende landen, wordt op theoretische gronden een model geconstrueerd waarmee zou kunnen worden verklaard hoe het komt dat vrouwelijke artsen zich minder vaak en minder zelfstandig vestigen als huisarts. Gegevens werden verzameld via de jaarlijkse Nivel-enquête onder praktijkzoekende huisartsen, via een uitgebreider enquête in 1984 en 1986 en via een aantal interviews met huisartsen die een opvolger of associé zochten.

De gezochte vestigingsvorm door de praktijkzoekenden bleek samen te hangen met het inkomen, de waardering voor sociale status en de vrij te besteden tijd naast de beroepsarbeid. Het

verschil in waardering hiervoor tussen mannen en vrouwen blijkt niet verklaard te kunnen worden uit burgerlijke staat of het hebben of wensen van kinderen. Wel zijn vrouwelijke huisartsen minder vaak gehuwd dan manlijke huisartsen. Houden vrouwen al rekening met de belemmerende werking van het huwelijk? Dit lijkt in tegenstelling tot hetgeen Corrie Hermann aantoonde in haar proefschrift (1984): niet het gehuwd zijn, maar het hebben van kinderen bepaalt of een vrouwelijke arts binnen de medische professie het vak van haar voorkeur kan uitoefenen.

Van alle afgestudeerde manlijke huisartsen werkt 54 procent als huisarts, van alle afgestudeerde vrouwelijke huisartsen 38 procent. Een praktijk vinden is een kwestie van vraag en aanbod. Het blijkt dat de verhouding tussen vraag en aanbod voor de praktijkzoekende bij solopraktijken het minst ongunstig is. De vraag naar beroepsarbeid in dienstverband, waar met name vrouwen naar zoeken, is veel groter dan het aanbod. Vrouwen zoeken dus naar iets dat zeldzaam is.

Bijsanalyse van het zoekgedrag van mannen en vrouwen blijken er geen verschillen aantoonbaar via de Nivel-enquête. Vervolgens werd aan 19 praktijkzoekenden gevraagd een logboek van hun zoekactiviteiten bij te houden. Ook hieruit kwamen geen duidelijke verschillen naar voren. Wel werden aan de hand van de logboeken vele ideeën over mogelijke verschillen geventileerd, maar echt duidelijk zichtbaar worden deze verschillen niet. Opmerkelijk is dat uit de gegevens blijkt dat zoeken via relaties niet samenhangt met de kans op vestiging, terwijl de gevestigde huisartsen met name via relaties geschikte kandidaten opsporen voor overname of associatie. Uit de interviews met de 27 huisartsen die een opvolger of associé zochten, blijkt dat de vestigingskansen voor vrouwen erg klein zijn. Vaak wordt door de huisarts verwezen naar de voorkeur die patiënten zouden hebben voor een manlijke huisarts. Van degenen die sekse een belangrijk selectie criterium noemden, hadden 10 voorkeur voor een man, 3 voor een vrouw (onder wie 2 vrouwelijke huisartsen!).

Na het lezen van dit proefschrift blijft een gevoel van verwarring over. Hoewel wordt aangetoond dat vestigingskansen voor mannelijke en vrouwelijke huisartsen duidelijk verschillen, kan niet duidelijk worden aangetoond welke oorzaken hiervoor bestaan. Wel worden vele mogelijkheden beschreven en getoetst. Het maakte mij nogmaals bewust van de vele factoren die een rol spelen als het gaat om het verschil in carrièreperspectief tussen mannelijke en vrouwelijke (huis)artsen. Vele kleine en grote oorzaken en vooroordelen leiden samen tot een vestigingsachter-

stand voor vrouwelijke huisartsen. Dat blijft zo, ondanks het bestaan van een gemeentelijk vestigingsbeleid en de voorkeur die in de advertenties voor praktijkoverdracht vaak voor een vrouwelijke huisarts wordt uitgesproken.

Het slot van het proefschrift, waarin gesteld wordt dat vrouwelijke artsen van overheid en beroepsorganisaties niet veel hebben te verwachten, en daarom zelf binnen de beroepsorganisaties invloed moeten gaan uitoefenen, is mij uit het hart gegrepen. Helaas lijkt het in tegenspraak met de eerder in het proefschrift gedane constatering dat vrouwen naast hun praktijk meestal meer tijd willen/moeten vrijmaken voor huishoudelijke en gezinstaken. Dit laatste zou minder vanzelfsprekend moeten worden, zodat het vanzelfsprekender wordt dat vrouwelijke (huis)artsen binnen KNMG en LHV mede het beleid bepalen.

Joke Dijkema

Tekorten in de opleiding van huisartsen; ziektebeelden en medisch-technische vaardigheden

[Dissertatie]. Tan LHC. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989; 205 pagina's; prijs NLG 35,-. ISBN 90-9002-701-7. Te bestellen bij de auteur, Instituut voor Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht, Blijhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

Doel van dit onderzoek was zicht te krijgen op het onderwijsaanbod aan toekomstige huisartsen gedurende hun opleiding. De vraagstellingen waren:

- welke onderwerpen mogen, vanuit huisartsgeneeskundig oogpunt, niet ontbreken in de opleiding van huisartsen;
- komen deze onderwerpen gedurende de opleiding van huisartsen aan de orde?

Dit evaluatie-onderzoek werd opgezet in een tijd dat de omschrijving en afgroning van het huisartsgeneeskundig vakgebied nog niet was formaliseerd. Het LHV-basisstakenpakket verscheen medio 1983 en kreeg in het jaar daarna zijn brede acceptatie. In het CCBOH-project (1985-1987) vond nadere uitwerking plaats in de vorm van ruim 600 concrete doelstellingen voor de huisartsopleiding, waarop het structuurplan voor het meerjarig curriculum werd gebaseerd. Hiervan kon Lisa Tan nog geen gebruik maken.

Het onderzoek werd toegespist op het theoretisch en praktisch onderwijs ten aanzien van ziektebeelden en het zien en zelf doen van medisch-technische vaardigheden.

Aan een panel van huisartsexperts (102 praktizerende huisarts-stafleden van de acht universitaire huisartseninstituten) werden twee soorten lijsten voorgelegd, één van 728 ziektebeelden en één van 345 medisch-technische vaardigheden.

De lijst van ziektebeelden was overgenomen uit 'Kenmerken van de huisarts-II'; de lijst van medisch-technische vaardigheden was ontwikkeld aan het Groningse instituut op basis van een inventarisatie in 20 huisartspraktijken. De huisartsexperts werd gevraagd te beoordelen in hoeverre elk ziektebeeld en elke vaardigheid aan de orde zou moeten komen in het theoretisch en/of praktisch onderwijs van basis- en/of beroepsopleiding.

Er bleek een genuanceerd en aanzienlijk verdeeld oordeel onder de panelleden te bestaan. Een hoge mate van overeenstemming was er over de klachten en aandoeningen die gewoonlijk door huisartsen zelfstandig worden afgehandeld; verdeeldheid bestond er voor de ziektebeelden waarvoor meestal wordt verwezen naar de medisch specialist. Bij minder dan eenderde van de opgevoerde ziektebeelden en bij tweederde van de vaardigheden bestond onder de huisartsexperts ten minste 80 procent overeenstemming, dat het betreffende onderwerp een noodzakelijke leerervaring is tijdens de basis- en de beroepsopleiding.

De verzameling van deze ziektebeelden en vaardigheden werd vervolgens gehanteerd als norm, waaraan het resultaat van basis- en beroepsopleiding werd afgemeten. Deze 205 ziektebeelden en 247 medisch-technische vaardigheden stonden bekend als 'de checklisten van Lisa Tan' en zijn in de jaren 1983-1986 door vele arts-assistenten ingevuld. Hen werd gevraagd aan te geven welke onderwerpen in de voorafgaande periode aan de orde waren geweest. Met deze checklisten werd weliswaar niet het feitelijk aangeboden onderwijs in de voorafgaande periode gemeten, maar wel welke onderwerpen door de arts-assistenten nog als een leerervaring werden gepercipieerd. Aan het begin van de beroepsopleiding vulden 690 arts-assistenten de checklisten in, terwijl 260 van hen dit nog een tweede keer deden, na zes tot twaalf maanden beroepsopleiding.

De resultaten van het onderzoek zijn zeker belangwekkend. Ten aanzien van ziektebeelden vertoont het theoretisch onderwijs bij de start van de beroepsopleiding weinig tekorten, hoewel enkele rubrieken, zoals houdings- en bewegingsapparaat, en psychische stoornissen en problemen, matig aan bod waren gekomen. Gedurende de beroepsopleiding was er slechts een geringe voortgang. Het praktijkonderwijs bij de start van de beroepsopleiding zou als matig te kwalificeren zijn: een zeer laag onderwijsaanbod werd opgegeven voor de ziektebeelden die al bij het theoretisch onderwijs zijn genoemd, maar ook voor onder meer tractus respiratorius, tractus genitalis en infectieziekten. Tijdens de beroepsopleiding nemen deze tekorten sterk af, maar het aanbod in de rubrieken tractus genitalis

en infectiezakten blijft nog laag. Het vaardighedenonderwijs voor de start van de beroepsopleiding lijkt redelijk wat betreft het zien doen en matig tot slecht ten aanzien van het zelf doen. Met name de rubrieken oog, KNO en urogenitaal apparaat van man en vrouw scoren zeer laag. Gedurende de beroepsopleiding wordt dit in het algemeen tot een redelijk niveau gebracht, zij het dat er onvoldoende aanbod bleef in de rubrieken urogenitaal apparaat van man en vrouw.

Dit gedegen promotie-onderzoek over een moeilijk onderwerp munt ook uit in de beschrijving van de methodologie. Bovenal bevat het veel relevante informatie voor de betrokken onderwijsmakers en -gevers. En dat zijn er velen: de staven van de instituten, een kwart van alle praktizerende huisartsen en het grote aantal docenten van de basisopleiding. Een wens zou nog kunnen zijn, dat voor hen de onderzoeksresultaten in een beknopte, toegankelijker vorm beschikbaar zouden komen. Dit verhoogt de kans dat de gesigneerde tekorten zullen worden meegenomen in de verdere vormgeving van de basisopleiding en de – inmiddels ingevoerde – meerjarige beroepsopleiding.

M.P. Springer

Skin manifestations of AIDS Penneys NS. London: Martin Dunitz, 1990; 210 bladzijden, prijs GBP 39.95. ISBN 1-85317-013-5.

De symptomen van Hiv-infecties zullen door de meeste huisartsen voorlopig slechts incidenteel worden waargenomen. Een klein aantal huisartsen krijgt wel al regelmatig met Hiv geïnfecteerde patiënten te maken. Voor hen is het van belang kennis te hebben van het uiteenlopende spectrum van huidaandoeningen die kunnen samenhangen met een Hiv-infectie. Aan de huid kunnen immers relatief vaak bij Hiv-geïnfecteerden afwijkingen worden vastgesteld, juist ook in de vroege stadia van de infectie. Bovendien is de huid voor de huisarts gemakkelijk toegankelijk voor diagnostiek. Tenslotte vormen de huidverschijnselen voor veel patiënten een belangrijke bron van last, verontrustsing of schaamte.

Enige kennis van zaken zal de huisarts kunnen helpen te differentiëren tussen de vele huidsypnotomen en al dan niet een therapie of verwijzing kunnen doen overwegen. Deze goed verzorgde kleurenatlas met 267 illustraties en overzichtelijke tekst kan daarbij goede diensten bewijzen. Overigens illustreren de afbeeldingen beter dan laboratoriumuitslagen en incidentiecfers de dramatische vormen die een Hiv-infectie kan aannemen.

Frans J. Meijman

O&O

Werkboek beleid maken voor de werkgroep deskundigheidsbevordering huisartsen (WDH) Willink AE, Van Herrewegen-van Kimmenade MPS. 1989; 40 pagina's, prijs NLG 7,50. ISBN 90-5218-008-3.

Thuiszorg, een inventarisatie Duijn J. 1989; 75 pagina's, prijs NLG 19,90. ISBN 90-5218-012-1.

Werkboek voor Farmacotherapie-overleg Samenwerking Huisarts-Apotheker Terra R, Vermuë R, De Kroon A, Kolker L. 1989; 155 pagina's, prijs NLG 29,50. ISBN 90-5054-053-8.

Basisboek: Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut Smit G, Lubbers MAI. 1989; 31 pagina's, prijs NLG 12,50. ISBN 90-5054-052-X.

Werkboek basale organisatie van de samenwerking. Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut Smit G, Lubbers MAI. 1989; 72 pagina's, prijs NLG 17,50. ISBN 90-5054-054-6.

Starten van Samenwerking. Samenwerking Huisarts-Specialist Ten Have JJIM, Buwalda JD. 1989; 35 pagina's, prijs NLG 12,50. ISBN 90-5054-051-1.

Ontwikkelen van ouderenbeleid in eerstelijns samenwerkingsverbanden Van Weerden AB, Van Bokhoven RFM, Dekker C, Koenis H. 1989; prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-018-0.

Werkafspraken in de ouderenzorg. Werkboek voor begeleiders Dekker C, Van Bokhoven RFM, Koenis H, Van Weerden AB. 1989; 54 pagina's, prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-020-2

Werkafspraken in de ouderenzorg. Cursusboek voor deelnemers Dekker C, Van Bokhoven RFM, Koenis H, Van Weerden AB. 1989; 32 pagina's, prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-019-9.

Te bestellen bij: O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht; telefoon 030-332.113.

Amsterdam VU

AIDS-voorlichting. Deynum G, Van het Leven M. 40 pagina's, prijs NLG 10,-.

Verslag van een schriftelijke enquête onder 287 huisartsen.

Huisarts en hemangioom [Scriptie]. Brans R. 24 pagina's, prijs NLG 5,-.
Literatuuronderzoek.

Richtlijnen voor patiënten-voorlichting door de huisarts

Vervolg van pag. 277

⁵ Pendleton D, Hasler J, eds. Doctor-patient communications. London: Academic Press, 1983.

⁶ Hall J, Roter D, Katz N. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988; 26: 657-75.

⁷ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring I. The definition of quality and approaches to its assessment. An Arbor: Health Administration Press, 1980.

⁸ Fink A, et al. Consensus methods. Characteristics and guidelines for use. Am J Publ Health 1984; 74: 979-83.

⁹ Turoff M. The Policy Delphi. In: Linstone HA, Turoff M. The Delphi method: techniques and applications. Boston (Ma): Addison-Wesley, 1975.

¹⁰ Van Eijk J. Patiëntenvoorlichting en eigen verantwoordelijkheid. In: Van Eijk J, Cuisinier M, Grol R, Jonkers R, red. Patiëntenvoorlichting in de eerst lijn. Rijswijk, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1989.

¹¹ Toemen T, Grol R. Patiëntenvoorlichting door de huisarts: ontwikkeling van een beoordelingsinstrument voor het handelen van de huisarts op het gebied van patiëntenvoorlichting [Intern rapport]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1987.

¹² Grol R, Van Beurden W, Binkhorst T, Toemen T. Standaard en consensus. Hoe informeert de huisarts zijn patiënten? Med Contact 1989; 44: 435-7.

¹³ Grol R, Mesker P, red. Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bunge, 1986.

¹⁴ Van Dalen J, Kraan H, Crijnen A. MAAS: Maastrichtse Anamnese en Advies Scoringslijst. Scoringshandleiding vaardigheidstoetsversie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

¹⁵ Van Aalderen H, e.a. Methodisch werken. Amsterdam: Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, 1981.

KENNISTOETS

Antwoorden pag. 286

1 juist; 2 onjuist; 3 onjuist; 4 juist; 5 onjuist; 6 onjuist; 7 onjuist; 8 onjuist; 9 juist; 10 juist; 11 juist; 12 juist; 13 onjuist; 14 juist; 15 juist; 16 juist.