

# Lange kunde in de grote stad

*Het leven is kort, de kunde is lang...  
(toegeschreven aan Hippokrates)*

J.D. QUERIDO

In deze bijdrage wordt gepoogd de talrijke problemen die zich voordoen bij de uitoefening van de huisartspraktijk in grote steden – en met name de verwaarloosde wijken – te ordenen aan de hand van het contrast tussen enerzijds continuïteit als beleidsvoorwaarde voor huisartsgeneeskunde en anderzijds aspecten van stedelijke discontinuïteit. Met name wordt aandacht besteed aan populatiekenmerken als mobiliteit en heterogeniteit en aan contextfactoren als complexiteit van de grootstedelijke eerste en tweede lijn. Ook wordt de verminderde ‘draagkracht’ qua continuïteit, die zich vooral voordoeft in de gedepriiveerde buurten, gesteld tegenover de verhoogde ‘draaglast’ qua morbiditeit. Er worden enkele suggesties gedaan ten aanzien van praktijkvoering, beleid van beroepsorganisaties en onderzoek.

Querido JD. Lange kunde in de grote stad. *Huisarts Wet* 1993; 36(2): 59-63.

Correspondentie: J.D. Querido, huisarts, Rechtboomssloot 85-II, 1011 CX Amsterdam.

## Inleiding

Sinds de jaren zeventig<sup>1,2</sup> is er een gestage stroom berichten over problemen met de uitoefening van huisartsgeneeskunde in grote steden, met name in verwaarloosde stadswijken. Complicerende populatiefactoren (demografische en epidemiologische) en contextfactoren (ingewikkelde structuur van de gezondheidszorg ter plaatse) werden beklemtoond. In deze beschouwing wordt een poging gedaan de vele professionele problemen te ordenen in het kader van de tegenstelling huisartsgeneeskundige continuïteit versus stedelijke discontinuïteit.

Er doen zich daarbij direct al enige problemen voor. Om te beginnen is er geen eenduidigheid over de definiëring van huisartsgeneeskundige continuïteit, al beogen diverse modellen vele aspecten te omvatten.<sup>3-11</sup> Soms gaat het over continuïteit in engere zin, zoals bij goed meetbare ‘chronologische’ aspecten: ziet de patiënt per episode, dan wel bij opeenvolging van verschillende contactredenen, dezelfde huisarts? Of: kan de patiënt verwachten dat eenzelfde dokter zich vele jaren lang beschikbaar houdt voor zijn behoefte aan medische zorg? Deze laatste, ‘longitudinale’, dimensie overlapt de minder meetbare ‘relationele’ dimensie. Tijdsduur is ook impliciet in begrippen als gezinsgeneeskunde (die minstens twee generaties veronderstelt), levensloopgeneeskunde en anticiperende geneeskunde. Dan weer bedoelt men dat dezelfde dokter zowel op het spreekuur, als thuis (en zelfs in het ziekenhuis) hulp verleent – ‘geografische continuïteit’. Soms ook ligt de nadruk op de integrale, generalistische zorg (‘interdisciplinaire continuïteit’). Verder is er de ‘continuïteit van informatie’, zowel ten aanzien van de individuele patiënt (op het niveau van klacht of ziekte en op dat van het hulpverleningsproces) als ten aanzien van de praktijkpopulatie. Merkwaaardigerwijs worden stabiliteit van de populatie en een sluitende waarneemregeling maar eenmaal expliciet in de literatuur genoemd als dimensie.<sup>3,5,9,11</sup>

Vervolgens zijn lang niet alle aspecten

van ‘continuïteit’ kwantificeerbaar, terwijl de best meetbare aspecten niet noodzakelijk de meest wezenlijke zijn. En ook is nog maar zeer ten dele aangetoond, dat ‘continuïteit’ positief zou correleren met ‘kwaliteit’ – opnieuw zo’n moeilijk te definiëren en te kwantificeren begrip.<sup>6-8</sup>

Uit sommige van de genoemde aspecten blijkt bovendien dat men het continuïteitsprobleem zowel vanuit de huisarts, als vanuit de patiënt kan benaderen.

En tenslotte heeft ook ‘discontinuïteit in de grote stad’ zeer veel verschillende betekenissen.

Het bestek van dit artikel laat geen uitgebreide analyse toe van al deze begrippen; ik volsta met het verduidelijken van de gemaakte keuzen.

## Continuïteit als beleidsvoorwaarde

Omdat het hier om praktijkvoering gaat, beperk ik mij vrijwel geheel tot het perspectief van de huisarts. Daarin zie ik continuïteit vooral als een voorwaarde van consistent beleid.<sup>4</sup> Dit is een positie tussen, enerzijds, de formeel-exacte beschrijving, die zich moet beperken tot meetbare aspecten, en, anderzijds, een meer ideële visie op continuïteit.<sup>12</sup> Deze tussenpositie laat referentie aan alle verschillende aspecten toe en sluit aan bij wat in de dagelijkse praktijk gemeengoed is. Zo is het weinig omstreden dat de huisarts voor zijn beleid is aangewezen op verschillende soorten kennis: medisch-technische kennis, kennis van de patiënt, zelfkennis, kennis van de praktijkpopulatie en bekendheid met de plaatselijke mogelijkheden van gezondheidszorg.

Hoe ingeburgerd de aandacht voor het ‘samengestelde risicoprofiel’ van de patiënt is, blijkt uit de vertrouwde NHG-hoofdkaart, met zijn talrijke rubrieken. Het enige dat men hierop misschien nog mist, zijn een biografische anamnese c.q. ‘life events’ (maar zulke gegevens kunnen om redenen van privacy vaak ook beter apart genoteerd worden) en de culturele achtergrond c.q. migratie-anamnese. Uit een HIS is bovendien een ‘samengesteld risicoprofiel’ van de praktijkpopulatie te

destilleren. De combinatie van beide 'profielen' heeft uiteraard alles te maken met het schatten van priorkansen.

Het vergaren van zulke kennis (onontbeerlijk voor 'continuïteit van informatie') wordt bevorderd door continuïteit in de alledaagse betekenis van een langere inschrijvingsduur van de individuele patiënt, en stabiliteit van de praktijkpopulatie en daarmee samenhangende familiebanden onder de ingeschrevenen. Ook homogeniteit van de populatie kan als zo'n voorwaarde worden gezien, omdat zij bevordert dat de huisarts vertrouwd raakt met de opvattingen en problemen van zijn patiënten; hier zou men van culturele continuïteit kunnen spreken.

Voor andere pijlers van de praktijkuitoefening, met name de arts-patiënt relatie, de samenwerking in de eerste lijn en de samenwerking met de tweede lijn, geldt weer dat zij, zowel via de genoemde tweede, resp. vijfde soort van kennis, alsook rechtstreeks, in de gewone zin des woords, in belangrijke mate afhangen van continuïteit.

Samengevat: continuïteit in de zin van stabiliteit en homogeniteit van de populatie bevordert integratieve kennis, en deze kennis bevordert weer een consistent beleid, zowel op patiënt-, als op populatieniveau.

## Stedelijke discontinuïteit

Bij de hier gemaakte keuzen steun ik op sociologische literatuur. Vergeleken met het platteland is de bevolking van de stad mobieler en heterogener; de samenleving is er meer gedifferentieerd en gestratificeerd (arbeidsverdeling, ook in de gezondheidszorg), en de interactie tussen personen is er vaak frequenter, en tegelijk vaak onpersoonlijker en oppervlakkiger.<sup>13</sup> De stedelijke samenleving is in velerlei opzicht de voorhoede van de maatschappij, temeer daar de verstedelijking nog steeds toeneemt. De stad is 'in beweging', belichaamt maatschappelijke discontinuïteit. Dit wordt weerspiegeld in nieuwe morbiditeit en in nieuwe opvattingen, mogelijkheden en organisatievormen in de gezondheidszorg.

De voorhoede heeft een duidelijke zelfkant: gedepriiveerde mensen zijn oververtegenwoordigd in de minder welvarende buurten; de plekken waar de deprivatie cumuleert, konden door Britse huisartsen duidelijk worden aangegeven.<sup>14-15</sup> Zulke buurten staan in dit artikel op de voorgrond, omdat de verschillende vormen van discontinuïteit zich daar opstapelen. Mobiliteit en heterogeniteit van de populatie zijn er meestal zo uitgesproken, dat die buurten zich daardoor onderscheiden van de stad als geheel. En al doet de ingewikkelde structuur van de stedelijke gezondheidszorg zich overal in de stad gelden, zij geeft toch vooral daar problemen, waar zij wordt geconfronteerd met vlottende populaties met weinig intrinsieke samenhang.

Zo komen de volgende vragen in dit artikel centraal te staan:

- Welke aspecten van stedelijke discontinuïteit hinderen welke aspecten van huisartsgeneeskundige continuïteit en daarmee de praktijkvoering, en op welke wijze gebeurt dit?
- Welke mogelijkheden tot compensatie zijn er?
- Hoe verhoudt zich de 'draagkracht' qua continuïteit tot de 'draaglast' qua morbiditeit in de 'slechtere' stadsbuurten?

Ter beantwoording hiervan worden achtereenvolgens enkele demografische populatiefactoren, enkele contextfactoren en de populatiefactor morbiditeit nader beschouwd.

## Mobiliteit: breuken in tijd en demografie

Een grote mobiliteit van de praktijkpopulatie schaadt de continuïteit in vele opzichten. Dagelijks verhuizen patiënten, wier problematiek je net begon te begrijpen; soms gebeurt dat middenin een problematische episode. De korte duur van de inschrijving wreekt zich ook wanneer de behandeling vereist dat er sprake is van een werkrelatie met de patiënt, of dat er voldoende zicht is op de gezinsdynamiek. Heel vaak valt er trouwens geen gezin te observeren, want grote mobiliteit gaat

hand in hand met een gebrek aan demografische samenhang en een onevenwichtige leeftijdsopbouw van de populatie. Indien een patiënt pas als volwassene in de praktijk wordt ingeschreven en we zijn familie niet kennen, bestaat het gevaar dat we ons onvoldoende bewust zijn van de medische en biografische voorgeschiedenis en van de erfelijke risico's (aantasting van het beleid op het individuele niveau van klacht/ziekte). Dikwijls is de zorg voor ouderen extra moeilijk doordat deze mensen – resten van een vroegere, meer stabiele bevolking – tegenwoordig vaak geografisch gescheiden zijn van hun verwanten (schade op het niveau van de hulpverlening). En tenslotte zijn preventieve programma's moeilijker te verwezenlijken in een vlottende populatie.

De huisarts kan hier slechts op beperkte schaal iets tegenover stellen. Bij de kennisgeving met nieuwe patiënten kan hij enige compensatie vinden in het bestuderen van de medische dossiers. Deze gegevens dienen algemeen-anamnestic te worden aangevuld, waarbij vooral de familie-anamnese niet mag worden vergeten, en een indruk moet worden verkregen van het primaire relatiernetwerk. De rubrieken van de NHG-hoofdkaart worden dus gemeubileerd met een aantal standaardvragen; het is verrassend hoeveel informatie dit vaak oplevert. Zulke intakeconsulten horen samengevat te worden in probleemlijsten en genogrammen, waar ook een volgende huisarts van kan profiteren. In onze praktijk vergt dit zo'n tweemaal per dag een flinke tijdsinvestering, maar het rendement is aanzienlijk. En lukt het niet in één keer, dan kan een volgend consult worden benut om de lege plekken op te vullen; hoofdzaak is, dat men steeds weet wat men *niet* weet.

Op het niveau van de praktijkpopulatie geldt iets dergelijks voor het up-to-date houden van registers voor leeftijd, geslacht en chronische gezondheidsrisico's.

## Heterogeniteit: culturele breuken

Grote steden hebben altijd een kosmopolitisch karakter gehad, maar grote etnische

minderheden zijn in de recente Westeuropese geschiedenis een nieuw verschijnsel. Achter de taalbarrière verschuilen zich bij migranten nog taaiere culturele hindernissen, zoals een andere familiestructuur, andere opvattingen over ziekte(n) en onbekendheid met de organisatie van de gezondheidszorg in het gastland. Daarnaast zijn er ook belangrijke culturele verschillen binnen de autochtone bevolking: in de achterstandsbuurten wonen gepensioneerde arbeiders zij aan zij, niet alleen met allochtonen, maar ook met autochtone krakers en drugsverslaafden.

Praktische aanbevelingen op dit gebied zijn niet gemakkelijk te geven. Bij allochtonen moet men, behalve op importziekten, bedacht zijn op importproblemen. Om enig idee te krijgen van de positie van deze mensen, moet men vaak een migratie-anamnese afnemen. Dan nog kan het moeilijk zijn af te wegen in hoeverre een actueel probleem moet worden bekeken tegen de specifieke achtergrond van de patiënt, of in een meer algemeen kader moet worden geplaatst.<sup>16</sup>

### **Breuken in de eerste lijn: erosie van generalisme**

De belangrijkste eigenschap die de huisarts in staat stelt tot het verlenen van continue zorg, is zijn generalisme ('interdisciplinaire continuïteit'). Maar juist dit generalisme staat in de grote stad bloot aan een overweldigende beschikbaarheid van specialisten en andere categoralen, aan alternatieve genezers en aan vele andere hulpverleners. Men kent de belangrijkste gevolgen: EHBO en kleine chirurgie vallen te vaak toe aan ziekenhuizen, bevallingen aan vroedvrouwen en gynaecologen, consultatiebureaus aan jeugdartsen. Deze afbrokkeling van het takenpakket heeft bovendien een secundaire fragmentatie tot gevolg: verwijzingen buiten de huisarts om.

Het terugwinnen van deze terreinen is verre van eenvoudig. Kleine chirurgie kan veilig worden gesteld door een goede organisatie (er moeten bijvoorbeeld altijd steriele setjes klaarliggen). Om het oneigenlijk gebruik van de EH-posten terug te

dringen, is een optimale organisatie van de waarneemdiensten nodig; daarnaast zouden er ook regionale samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en ziekenhuizen moeten komen.<sup>17</sup> Wat de verloskunde betreft, is het opbouwen van samenwerking met een vroedvrouwenpraktijk een nuttig - zij het niet eenvoudig - alternatief, zolang de handen van de stadskoster zijn gebonden door de ziekenfondswet. Op het punt van de jeugdzorg kan men proberen door de bureaucratische hindernissen heen te breken: door zelf de zuigelingen- en peutercontroles te verrichten, kan men aan het begin van het leven curatieve en preventieve zorg geïntegreerd aanbieden.

### **Breuken in de eerste lijn: persoonlijke discontinuïteit**

Het grote aantal huisartsen in de stad en het feit dat de praktijken vaak op bepaalde plekken zijn geconcentreerd, leiden gemakkelijk tot 'medical shopping'; juist de zogenaamde probleempatiënten neigen daartoe. Waarneemregelingen, externe waarnemers, groepspraktijken - ze zijn alle in de steden ontstaan, al vindt men ze nu vrijwel overal. Overigens wordt ook in stadspraktijken nog altijd een continuïteit van circa 80 procent gevonden ('zelfde arts per episode' en 'zelfde arts in contacten over twee jaar'), zelfs in duo-praktijken; wat dit betreft valt het dus mee.<sup>18</sup>

Niettemin moet men zich bewust blijven van zijn verantwoordelijkheid voor zelf aangebrachte discontinuïteit. Zorgvuldige werkoverdracht en rapportage zijn van groot belang. Nachtelijke bereikbaarheid voor de eigen praktijk kan een aanvaardbare belasting zijn: de hulpvraag is weinig frequent en de kans dat zij telefonisch kan worden afgehandeld, is relatief groot. Zij levert ook iets op: als er een visite moet worden afgelegd, had de hulpvraag hoe dan ook een grote lading; het is meestal de moeite waard zoiets mee te maken met een patiënt met wie men ook verdergaat.

Waarneemdiensten voor een aantal praktijken zouden in mijn optiek idealiter moeten plaatsvinden op een vast buurta-

dres, dat dan vertrouwd zou worden dan de EH-post van een ziekenhuis. Dit adres zou adequaat moeten zijn toegerust voor eerste hulp, onder andere door de aanwezigheid van een praktijkassistente. Ook dienen de gebeurtenissen in de waarneming regelmatig door de betrokken artsen te worden geëvalueerd.

Bij al deze suggesties gaat het vooral om de informatiele dimensie van continuïteit (bij de nachtdienst ook om de relationele dimensie).

Omdat andere eerstelijns werkers in de grote steden in zo'n complexe veelvoud aanwezig zijn, kan de waarde van gestructureerde samenwerking met hen moeilijk worden overschat (weer vooral die informatiele dimensie). Wel is praktijkrayonering vrijwel onontbeerlijk voor zulk teamwerk, en dat kan inbreuk maken op de (longitudinale) continuïteit tussen verhuizende patiënten en hun huisartsen. Zelf hebben we geprobeerd een middenkoers te varen door een klein inschrijvingsrayon en een ruimer rayon voor verhuizenden af te bakenen.

### **Breuken in de tweede lijn: broos verwijzingsrepertoire**

De vijfde cesuur wordt veroorzaakt door onvoldoende gestructureerde interactie tussen eerste en tweede lijn. Verwijsindicaties horen in de stad niet anders te zijn dan op het platteland. Om daaraan te kunnen voldoen, moet de stadskoster echter een verwijzingsrepertoire vaststellen: hij moet zich bepalen tot een beperkt aantal specialisten en ziekenhuizen, zodat daarmee een werkrelatie kan worden opgebouwd (opnieuw de informatiele dimensie). Maar er zijn veel factoren die dat moeilijk maken:

- Wanverhouding tussen eerste en tweede lijn. In landelijke streken zijn er ongeveer evenveel huisartsen als specialisten, maar in Amsterdam zijn er vijfmaal zoveel specialisten (in opleiding) als huisartsen.
- Geografische ambivalentie, of multivalentie, van een stadspraktijk ten opzichte van een aantal ziekenhuizen.
- Populatiekenmerken, zoals mobiliteit (nieuwe patiënten hebben vaak specialis-

tische contacten buiten het verwijsrepertoire) of 'mondigheid' (assertiviteit van de stedeling).

- Veelvoud in de eerste lijn. Ook collega's in dezelfde buurt – wier praktijken dus eenzelfde 'valentie' hebben ten opzichte van de omringende ziekenhuizen – kunnen er een ander verwijsrepertoire op na houden. Deze verschillen kan men erven via de waarneemdienst, of doordat iemand van huisarts verandert.

- Veelvoud van de tweede lijn. De EH-posten van de grote ziekenhuizen bieden de stedeling ruimschoots gelegenheid zich buiten het verwijsrepertoire van zijn huisarts te presenteren. Deze contacten worden nogal eens poliklinisch vervolgd, soms op twijfelachtige gronden. Ook kan de patiënt 'intern' worden doorverwezen, zonder dat de huisarts wordt geraadpleegd. Anderzijds kan het ook gebeuren dat iemand acuut moet worden opgenomen op een moment waarop er alleen buiten het verwijsrepertoire een bed beschikbaar is.

Om zo goed mogelijk weerwerk te kunnen bieden is het van belang zich bewust te zijn van de verschillende vormen van verkeer tussen huisarts en specialist. Verdeling van verantwoordelijkheid, scherpte van de vraagstelling bij verwijzing en de mate van contact tussen patiënt en specialist zijn daarbij de voornaamste aandachtspunten.<sup>19</sup> Het verdient aanbeveling een 'adviesraad' samen te stellen van specialisten die telefonisch kunnen worden geadviseerd, onafhankelijk van de vraag naar wie de patiënt eventueel moet worden verwezen. Ook het bezoeken van een opgenomen patiënt kan de structuur herstellen. Ook al is dit, als gevolg van het grote aantal ziekenhuizen, geen routine, dan nog kunnen er indicaties voor zo'n bezoek worden opgesteld.<sup>16</sup>

Ik heb mij in deze paragraaf beperkt tot de somatische tweede lijn. De structuur van de geestelijke gezondheidszorg is in de grote stad minstens zo ingewikkeld. Daarbij komen dan nog de specifieke verwijsproblemen ten aanzien van laag geschoolde en/of allochtone en/of financieel minder draagkrachtige patiënten in de

achterstandsbuurten, waar men bovendien een overmaat aan 'chronische psychiatrie' en verslaafden aantreft.<sup>16</sup>

### Deprivatie en buurtverschillen

Mobiliteit, heterogeniteit en mondigheid van de populatie, discontinuïteit van de dokter – dit waren al maatschappelijke ontwikkelingen waarin de steden vooropgaan. Het voorhoede-thema is hiermee nog lang niet uitgeput.

In de steden vinden we de meest geavanceerde medische technologie. Nieuwe of voorheen uitheemse ziekten en gezondheidsproblemen debutereren op het urbane toneel; importziekten, drugsverslaving en Aids zijn daarvan recente voorbeelden. Ook zijn het de grote steden waar de toename van thuislozen – onder wie een oververtegenwoordiging van chronisch psychiatrische patiënten – het meest dramatisch is.<sup>20</sup> De genoemde pathologie draagt bij aan de overmaat aan morbiditeit in de grote steden.<sup>21</sup>

Die overmaat is binnen de grote stad ongelijk verdeeld; hij is duidelijk geconcentreerd in de minst welvarende buurten. Zo vond *Verdonk* in de jaren zeventig in Rotterdam meer (verzoeken tot) psychiatrische opnamen in zulke buurten.<sup>22</sup> Het Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam meldde over dezelfde jaren hogere graden van sterfte, opnamen en langdurige arbeidsongeschiktheid, alsmede meer Cara, meer ongevallen/vergiftigingen/geweldletsels en meer zuigelingensterfte in de sociaal-economisch zwakke wijken.<sup>23</sup> In de jaren tachtig rapporteerde het Amsterdams Peilstationproject vanuit die wijken hogere incidenties van verzoeken tot methadonverstrekking, van enkele juveniele virusinfecties en van de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoeningen.<sup>24</sup> En *Van den Bos* vond in Amsterdam bij ouderen met een lage sociaal-economische status een hogere consultfrequentie bij de huisarts en een veel frequenter beroep op wijkverpleegkundige hulp.<sup>25</sup> Dit laatste is nog zeer onlangs bevestigd in Rotterdam, evenals een verhoogde sterfte in achterstandsbuurten.<sup>26-27</sup>

### Discontinuïteit parallel aan morbiditeit

Het is opmerkelijk dat men juist daar, waar het aan continuïteit zo blijkt te ontbreken, de hoogste morbiditeit aantreft. Niet dat tussen deze twee bevindingen een eenvoudig verband zou bestaan. De mobiliteit komt grotendeels voor rekening van – oververtegenwoordigde – twintigers en dertigers, leeftijdsgroepen die landelijk gezien relatief weinig morbiditeit op ziekteniveau vertonen.<sup>28</sup> Maar gezien bijvoorbeeld die hoge cijfers voor SOA en 'methadon', hebben we in de mindere stadsbuurten niet zonder meer te maken met zulke 'gemiddelde' groepen jong-volwassenen. Bovendien veroorzaken zij vooral op klachtniveau veel werk, wat mogelijk zelfs correleert met hun mobiliteit.<sup>29-30</sup> En als afgeleide van deze leeftijdsgroepen zijn ook eerstgeboren kinderen oververtegenwoordigd, wat extra hulpvragen oplevert.

Dat middelbare en oudere alleenstaanden – die men eveneens in deze buurten in overmaat pleegt aan te treffen – in vergelijking tot hun samenwonende leeftijdgenoten veel morbiditeit en problematiek herbergen, is bekend.<sup>31</sup> Allochtonen brengen een concentratie van importziekten mee en vertonen globaal een verhoogde contactfrequentie bij de huisarts.<sup>32</sup> En tenslotte suggereren die hoge cijfers voor Cara en juveniele virusinfecties (milieu)hygiënische factoren ter plekke: een 'ongezonde buurt in engere zin'.

Gedepriiveerde c.q. 'bewerkelijke' populaties vindt men zeker niet alleen in de grote steden. Maar hun zwaartepunt ligt toch in de sociaal-economisch achtergebleven stadswijken. Omdat de huisartsen daar bovendien in zo'n complexe context moeten werken, verdienen zij mijns inziens extra ondersteuning. Daarbij denk ik niet zozeer aan weer eens een scheut categorale hulp, maar eerder aan aanvullende praktijkassistentie. Dan zou in die vlotterende populaties werkelijk accuraat gearchiveerd en geregistreerd kunnen worden. En als de assistente niet meer overbelast is door de vele mutaties, kan er veel meer aan haar worden gedelegeerd; idealiter kan dit leiden tot de functie van 'practice nurse'.

Daardoor zou de huisarts de handen meer vrij krijgen voor een gerichte aanpak van het surplus aan morbiditeit, bijvoorbeeld bij chronisch zieken, die in de grote stad zijn hulp juist relatief weinig zouden inroepen.<sup>21</sup>

## Tot slot

Voor de beroepsorganisaties en -instituten lijkt er veel werk aan de winkel, al of niet in overleg met zorgverzekeraars, overheden, thuiszorg en andere eerstelijnsorganisaties, ziekenhuizen en patiëntenplatforms. Er is behoefte aan doordachte modellen voor praktijkkrayoning, aan optimalisering van de bereikbaarheidsdiensten, aan meer praktijkassistentie (eventueel ook op 'waarneemadressen'), aan de verdediging, c.q. bevordering van praktijkpopulatiegerichte wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinshulp, aan regionale samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en ziekenhuizen, aan de aanpassing van praktijkvoeringsmateriaal aan specifieke populatie- en contextfactoren. Ook in de beroepsopleiding zouden deze factoren meer systematische aandacht verdienen.<sup>33</sup>

Dit artikel is niet meer dan een bescheiden gedocumenteerd essay. Ofschoon er veel meer literatuur voorhanden is dan waaraan in dit bestek gerefereerd kon worden, zou nader onderzoek op verscheidene punten welkom zijn. Zinnig lijkt mij een registratie in eerstelijnsclassificatie van aan huisartsen in 'probleebuurtten' aangeboden morbiditeit; in de huidige bestanden zijn de desbetreffende populaties niet of onvoldoende vertegenwoordigd. Dit moet met deugdelijke ondersteuning mogelijk zijn. Wat de continuïteitsaspecten betreft, zou nuttig zijn om na te gaan in hoeverre huisartsen in die buurten er (niet) in slagen de hand te houden aan een verwijzingsrepertoire en om de belemmeringen hiervan te kwantificeren.

Onderzoek naar de relatie tussen 'continuïteit' en kwaliteit zal voorlopig moeilijk blijven; mogelijk brengen de NHG-

standaarden dit dichterbij. Vooralnog blijft het een ervaringsgegeven dat continuïteit in menig opzicht de ruggegraat is van de huisartsgeneeskunde – deze bij uitstek lange kunde. In de grote stad zien wij nogal wat fractuurlijnen in dit gebeente. In bepaalde, aanwijsbare stadsbuurten moet desondanks een zwaardere last worden gedragen. Op zoek naar remedies voor deze chronische aandoening lijkt het leven inderdaad maar kort.

## Literatuur

- 1 Anonymous. Primary care in big cities. *J R Coll Gen Pract* 1972; 22: 653-4.
- 2 Querido JD. Een bewerkelijk praktijkje. *Med Contact* 1979; 34: 235-9.
- 3 Hennen BK. Continuity of care in family practice. 1: Dimensions of continuity. *J Fam Pract* 1975; 2: 371-2.
- 4 Hansen MF. Continuity of care in family practice. 3. Measurement and evaluation of continuity of care. *J Fam Pract* 1975; 2: 439-44.
- 5 Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Publ Health* 1980; 70: 122-7.
- 6 Wall EM. Continuity of care and family medicine: definition, determinants, and relationship to outcome. *J Fam Pract* 1981; 13: 655-64.
- 7 Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract* 1982; 15: 929-37.
- 8 Freeman GK. Continuity of care in general practice: a review and critique. *Fam Pract* 1984; 1: 245-53.
- 9 Grol R, et al. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1987; 30: 275-9.
- 10 Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Fam Med* 1990; 22: 351-4.
- 11 IJzermans CJ, Oskam SK. Continuïteit in de huisartspraktijk gemeten. *Huisarts Wet* 1990; 33: 51-6.
- 12 Mc Whinney IR. Continuity of care. *J Fam Pract* 1982; 15: 847-8.
- 13 Mann PH. An approach to urban sociology. Londen: Routledge and Kegan Paul, 1968.
- 14 Jarman B. Identification of underprivileged areas. *Br Med J* 1983; 286: 1705-9.
- 15 Jarman B. Underprivileged areas: validation and distribution of scores. *Br Med J* 1984; 289: 1587-92.
- 16 Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.
- 17 Engelenburg JL. Blauwdruk voor een moderne huisartsenzorg. *Med Contact* 1989; 44: 743-4.
- 18 IJzermans CJ. Continuïteit in de zorg opnieuw gemeten. *Huisarts Wet* 1993; 36(2).
- 19 Jacobs HM, et al. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. *Med Contact* 1983; 38: 1599-601, 1629-32.
- 20 Van Limbeek J, et al. Dak- en thuisloos in Amsterdam. Amsterdam: GG&GD, 1990.
- 21 Van der Velden J. De rol van de huisartspraktijk in Nederland. *Med Contact* 1990; 45: 605-8.
- 22 Verdonk B. Stadsbuurten: de ene is de andere niet. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1979.
- 23 Van den Bos GAM, et al. Ongezonderheid in de grote stad. *Med Contact* 1981; 36: 335-40, 385-9.
- 24 Peilstationproject Amsterdam. Jaarverslagen 1983-8. Amsterdam: GG&GD.
- 25 Van den Bos GAM. Zorgen van en voor chronisch zieken. Amsterdam: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.
- 26 Van Oers JAM, Koning-van den Berg van Saparoea. Sociaal-economische status en het gebruik van wijkverpleging in Rotterdam. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1992; 70: 299-302.
- 27 Van Oers JAM, Teeuwen JHM. Sociaal-economische status en sterfteverschillen tussen Rotterdamse buurten. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1991; 69: 55-60.
- 28 Schellekens JWG, et al. Leeftijd en morbiditeit. *Huisarts Wet* 1984; 27: 435-40.
- 29 Thomassen JFM. Mobiliteit en gezondheid. *Huisarts Wet* 1978; 21: 85-92.
- 30 Van der Wal G, Smeenk R. Bewerkelijkheid nader bekeken. *Huisarts Wet* 1984; 27: 309-10.
- 31 Querido JD. Morbiditeit en problematiek van alleenstaanden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 173-82.
- 32 Slegt AC, et al. Ziektegedrag van allochtone patiënten. *Huisarts Wet* 1985; 28:289-93.
- 33 Birrer B, Weiner M. The urban environment and its impact on primary care. *Med Care* 1987; 25: 1007-9. ■

**Abstract** on page 71

deling van astma.<sup>1</sup> In de standaard wordt anti-inflammatoire therapie pas aanbevolen wanneer de patiënt meer dan tweemaal per dag een bronchodilatator gebruikt. Het is echter voor de evolutie en prognose van astma van essentieel belang om juist vroeg te starten met anti-inflammatoire therapie.

O. De Mol, MD  
Fisons Benelux Operations

1 International consensus report on the diagnosis and management of asthma. *Clin Exp Allergy*; 1992; 22: S1.

Een lijst met andere relevante publikaties is op aanvraag beschikbaar.

## Naschrift

1 Het effect van cromoglicinezuur bij de behandeling van volwassen Cara-patiënten is moeilijk te voorspellen.<sup>1</sup> Cromoglicinezuur is bij allergische volwassen Cara-patiënten effectiever dan bij hyperreactieve patiënten. De plaats van nedocromil in het therapieschema is nog onduidelijk. Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van nedocromil is fase-1-onderzoek: eenmalige toediening bij kleine groepen proefpersonen in een laboratoriumsituatie.<sup>2,3</sup> In een onderzoek in de huisartspraktijk wordt het volgende geconcludeerd: er bleek een consistente, zij het niet significante trend ten gunste van nedocromil (in vergelijking met placebo) op alle effectparameters.<sup>4</sup> De effectiviteit op lange termijn van nedocromil ten opzichte van beclomethason dipropionaat en placebo is in twee studies onderzocht. *Bel* concludeert dat zowel beclomethason als nedocromil de hyperreactiviteit verminderen, maar dat alleen beclomethason de FEV1 verbetert.<sup>5</sup> Patiëntenaantallen zijn echter klein. *Bergman* concludeert uit een matig onderzoek (met name de verslaggeving) dat beclomethason ten opzichte van placebo wel een significante verbetering geeft van de FEV1 maar nedocromil niet.<sup>6</sup> Placebo, nedocromil én beclomethason geven een verbetering van de ochtend- en avondpiekstrom zonder onderling significante verschillen! Naast de nog beperkte ervaring met nedocromil is een ander voor het NHG reden geweest om nedocromil nu (nog) geen plaats te geven in het therapieschema.

2 Het is jammer dat de auteur hier zijn beweringen niet onderbouwt met literatuur. Langdurig gebruik van lage doses (<1000 mcg per dag) inhalatiecorticosteroiden en kortdurend gebruik van hoge doses (>1000 mcg per dag) is

veilig.<sup>7</sup> Langdurig gebruik van hoge doses inhalatiecorticosteroiden zou leiden tot systemische absorptie. De klinische relevantie hiervan is niet vastgesteld.<sup>1</sup> De in de NHG-standaard genoemde gemiddelde dagdosis is overigens 400 mcg.

3 Het drie-stappenplan wordt toegepast voordat de diagnostische fase is afgerond. Als duidelijk is of allergie en/of hyperreactiviteit een belangrijke rol spelen, vindt gerichte behandeling (ook voorlichting) plaats. Dit houdt onder andere in: primair anti-inflammatoire behandeling en incidenteel gebruik van bronchusverwijders bij exacerbaties. Overigens wordt in het drie-stappenplan anti-inflammatoire therapie al na vier weken proefbehandeling met bronchusverwijders geadviseerd.

Roeland Geijer, huisarts,  
Afdeling Standaarden Ontwikkeling

- 1 Lenfant C, et al. International consensus report on diagnosis and treatment of asthma. *Eur Respir J* 1992; 5: 601-41.
- 2 Shaw RJ, Kay AB. Nedocromil, a mucosal and connective tissue mast cell stabilizer, inhibits exercise-induced asthma. *Br J Dis Chest* 1985; 79: 385-9.
- 3 Youngchaiyud P, Lee TB. Effect of nedocromil sodium on the immediate response to antigen challenge in asthmatic patients. *Clin Allergy* 1986; 16: 129-34.
- 4 Van Hensbergen W. Effects of nedocromil sodium in patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.
- 5 Bel EH, Timmers C, Hermans J, et al. The long term effects of nedocromil sodium and beclomethasone dipropionate on bronchial responsiveness to methacholine in nonatopic asthmatic subjects. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 21-8.
- 6 Bergmann KCh, Bauer CP, Overlack A. A placebo-controlled, blind comparison of nedocromil sodium and beclomethasone dipropionate in bronchial asthma. *Curr Med Res Opin*. 1989; 11: 533-42.
- 7 Stead RJ, Cooke NJ. Adverse effects of inhaled corticosteroid. *Br Med J* 1989; 298: 403-4.
- 8 Ebden P, Davies BH. High-dose corticosteroid inhalers for asthma. *Lancet* 1984; 576.

## Abstract

Querido JD. The city and the long art. *Huisarts Wet* 1993; 36(2): 59-63.

For quite some time and from many places, obstacles to practicing family medicine in a city setting, especially in deprived urban areas, have been reported. An effort is made to arrange these problems in the light of the contrast between, on the one hand, continuity as a prerequisite to consistent family practice, and, on the other hand, aspects of urban discontinuity. Notably, attention is paid to population characteristics such as mobility and heterogeneity, and to contextual factors such as the complexity of urban primary and secondary care. Also, the lesser 'bearing power' in terms of hampered continuity, especially apparent in deprived urban areas, is set against the increased 'burden' of excess morbidity in those same areas. Some suggestions pertaining to practice, policies of professional organizations, and research, are made.

**Key words** Continuity of care; Family practice; Inner cities.

**Correspondence** J.D. Querido, MD, 85-II Rechtboomssloot, 1011 CX Amsterdam, The Netherlands.

## Literatuur

### Vervolg pag. 66

- 3 Westerman RF, Hull FM. De briefwisseling tussen huisartsen en specialisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 603-5.
- 4 Verhage-Spliet CMTh, Eggink HD. De polikliniekbrief van de internist. Aan welke informatie heeft de huisarts behoefte? *Med Contact* 1990; 36: 1058-60.
- 5 Vrolijk A, Dijkema MF, Timmerman G. Gespreksmodellen. Een geprogrammeerde instructie. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1988.
- 6 Hageman HJ, Van Giffen H, Meyboom WA. Verslaggeving van specialist aan huisarts. *Med Contact* 1984; 39: 513-4.
- 7 Meijer F, Hofstra ML. Specialistische berichtgeving na polikliniekbezoek. Een onderzoek naar snelheid en kwaliteit. *Med Contact* 1990; 46: 1375-6. ■

## NOTA BENE

In tegenstelling tot de verwachting is de onge-rustheid van de patiënt een minder belangrijke determinant van het consulteren van de huisarts voor een klacht dan de invloed van anderen.

Stelling bij: Van de Kar A. Determinants of consulting the general practitioner [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.