

# Research in General Practice on Elderly People

De 36e bijeenkomst van de European General Practice Research Workshop werd gehouden van 23 t/m 25 april in Zichron Yaakov, een schitterend gelegen plaatsje met uitzicht over de Middellandse Zee, 75 kilometer ten noorden van Tel Aviv. De bijeenkomst werd gehouden in nauwe samenwerking met en op uitnodiging van de 'Israeli Association of Family Physicians'. Van EGPRW-zijde waren er 35 deelnemers uit 14 landen, onder wie vier uit Nederland, terwijl er 40 Israëlische collega's waren. In totaal werden 38 voordrachten verzorgd: 20 over het thema 'Research in General Practice on Elderly People' en 18 vrije voordrachten. Zes voordrachten werden gehouden onder de noemer 'One slide, five minutes', waarbij de onderzoeker in stipt vijf minuten met behulp van één overhead (of dia) een nieuw idee of een belangrijke ontwikkeling moet presenteren, gevolgd door maximaal vijf minuten discussie. Deze presentatievorm is op de vorige bijeenkomst voorgesteld en zal terugkeren op volgende EGPRW-bijeenkomsten.

## Europees overleg

Sinds kort is er overleg op gang gekomen tussen de diverse Europese organisaties op huisartsgeneeskundig gebied, Euract, Euro-Centre PHC, Nordic Congresses, SIMG, UEMO, UK-Nordic, WONCA Europe en de EGPRW. De deelnemende organisaties hebben alle toegezegd de verschillende activiteiten zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen en beter samen te werken. Daarbij zal WONCA Europe optreden als 'paraplu-organisatie'. Het Euro-Centre PHC (gelegen in Perugia, Italië) zal hierbij fungeren als schakelcentrum, met het uitgeven van een kalender van alle Europese huisartsgeneeskundige bijeenkomsten en een nieuwsbrief voor alle deelnemende organisaties. Tijdens de afgelopen WONCA-bijeenkomst in Den Haag heeft hierover een volgende overlegronde plaatsgevonden.

## Huisartsgeneeskunde in Israël

Het gezondheidszorgstelsel in Israël berust op vier principes: er is een volksverzekering, er is geen gelduitwisseling in directe patiëntcontacten, het stelsel is gezin-georiënteerd en er wordt gestreefd naar continuïteit van zorg, aldus Prof. Doron, directeur van het 'National Institute for Health Policy' in Israël. Israël heeft 5 miljoen inwoners en heeft een zeer hoge artsendichtheid (1 arts per 300 inwoners). Drie

jaar geleden was dit nog 1 arts per 600 inwoners; de verdubbeling is tot stand gekomen door massale immigratie. Paradoxaal genoeg is er toch een relatief tekort, doordat meer dan 25 procent van de praktiserende artsen ouder dan 65 jaar is, en door de slechte geografische spreiding en het geringe aantal huisartsen.

De verstandhouding tussen specialist en huisarts was tot voor kort erg slecht, maar is aan de beterende hand, onder andere door de verbeterde beroepsopleiding tot huisarts, die echter niet verplicht is. De beroepsopleiding duurt nu vier jaar en bestaat uit 1,5 jaar werken in een ziekenhuis (interne geneeskunde, chirurgie en verloskunde/psychiatrie), 1,5 jaar werken als huisarts onder supervisie en 1 jaar zelfstandig werken als huisarts, met gedurende alle jaren een terugkomdag op één van de vier facultaire huisartseninstituten die verantwoordelijk zijn voor de beroepsopleiding. Na twee en na vier jaar is er een verplicht examen, dat gehaald moet worden.

Huisartsen werken onder het algemeen in groepspraktijken, die bestaan uit alleen huisartsen of uit huisartsen en eerstelijns-kinderartsen die zorg verlenen aan alle kinderen onder de 15 jaar. Huisartsen zijn in dienst van een soort ziekenfonds en worden betaald per 'capitation fee'; ze fungeren ook als poortwachter naar de tweede lijn. Patiënten staan ingeschreven bij hun huisarts, maar hebben het recht een andere huisarts te consulteren. Veel huisartsen hebben bijbaantjes om hun inkomen wat te verhogen.

## Bejaarden

*Epstein* (Israël) presenteerde op heldere wijze de resultaten van een prospectieve longitudinale studie onder 215 bejaarden die waren opgenomen in een soort bejaardentehuis, met als doel factoren op te sporen die prognostische betekenis hebben voor de mortaliteit. Alle bejaarden werden bij entree en vervolgens met 6 maanden interval geïnterviewd en onderzocht (lichamelijk, fysiologisch, biochemisch, hematologisch, psychologisch). In totaal waren er 5468 persoonmaanden follow-up.

Bij survival-analyse door middel van het Cox Proportional Hazards Model bleek dat er slechts twee factoren waren die significant van invloed waren op de mortaliteit aan het eind van het eerste jaar na opname: de 'Activities of Daily Living' (ADL) bij opname en de mate waarin deelgenomen werd aan sociale activiteiten. Na het eerste jaar was de enige significante factor de ADL aan het begin van elk jaar.

*Jolleys* (UK) liet de resultaten zien van een prevalentiestudie van benigne prostaathyper-

trofie (BPH) bij alle 182 mannen ouder dan 65 in een Engelse huisartspraktijk. Alle mannen werden geïnterviewd, vulden twee prostaatsymptoom-scorelijsten in en namen deel aan een uroflowtest op de praktijk. De prevalentie van BPH was 64 procent. Prostaatsymptoom-scores correleerden slecht met de uitkomsten van het laboratoriumonderzoek en patiënten onderrapporteerden hun klachten: klachten die vaak al langer dan 12 maanden bestonden, werden vaak als normaal ervaren. De patiënten werd ook gevraagd wat hen voor huisartsgeneeskundig beleid voor ogen stond, waarbij de meerderheid de voorkeur gaf aan een 'wait and see/review' van de huisarts.

In Engeland zijn huisartsen verplicht elke patiënt boven de 75 jaar een jaarlijkse 'health check' aan te bieden. *Wallace* (UK) presenteerde een compleet test-pakket voor zo'n health check, dat voorziet in een trapsgewijze screening: van grof- naar fijnmazig. Het pakket voorziet in screening van zintuigfuncties en bevat verder een aantal gestandaardiseerde schalen voor cognitieve functies, depressie en functionele toestand. Het instrument is onderzocht in Londen en er bestaan plannen voor een nationale, en mogelijk internationale distributie.

## Vrije voordrachten

*Olesen*, verbonden aan de huisartsopleiding in Denemarken, sneed in een haarfijn betoog het probleem aan dat veel huisartsen (in opleiding) geremd worden bij het doen van onderzoek, onder andere door het feit dat de software op het gebied van statistische analyses nogal wat kennis en doorzettingsvermogen (dikke handboeken doorlezen) vereist. Om onderzoek attractiever te maken, heeft hij een computerprogramma ontwikkeld, dat voorziet in de twaalf belangrijkste statistische toetsen, en gebruikt kan worden zonder handboek. Elke toets wordt 'on line' op het programma uitgelegd en er is zelfs een hoofdstuk dat de meest gebruikte principes voor epidemiologisch onderzoek definieert. *Olesen* deelde het programma (nog in een testversie, maar het blijft ook later kosteloos) ter plaatse uit en vroeg elke gebruiker om commentaar. Voor de beroepsopleidingen zou dit een aanwinst kunnen zijn.

*Hvas* (Frankrijk) vertelde in een 'one slide; five minutes'-presentatie dat er in Frankrijk plannen bestaan om video-opnamen van huisartsconsulten te maken om deze door niet-huisartsen (zoals linguïsten en gedragswetenschappers) te laten analyseren en vroeg om internationale referenties op dit gebied. Een dergelijk onderzoek ligt in het verlengde van wat in

# Ongerustheid, diagnostisch nihilisme, valkuil, verloskunde

Nederland door Bensing en Hofmans-Okkes al is gedaan.

*Doner* (Duitsland) wilde door middel van een vergelijkend onderzoek nagaan welk gezondheidszorgsysteem een beter outcome-effect heeft op het meten van bloeddruk: het Britse 'capitation fee'-systeem of het Duitse 'fee for service'-systeem. Bij dergelijk onderzoek blijken veel confounders te bestaan, zoals de in beide landen gebruikte routines en de betekenis die aan bloeddrukmeting wordt gehecht. Dit leidde tot interessante discussies over de valkuilen van internationaal onderzoek.

Voordeel van de gecombineerde opzet van deze bijeenkomst was dat er veel collega's uit het gastland waren, hetgeen beantwoordt aan één van de doelstellingen van de EGPRW. Anderzijds moest duidelijk rekening worden gehouden met de Israëliëse wensen. Zo was op een van de ochtenden een uitstap georganiseerd, omdat de gastheren vonden dat de EGPRW-deelnemers in ieder geval iets van het land moesten zien. Dit had tot gevolg dat op andere dagen met parallelsessies gewerkt moest worden, waardoor je dus altijd iets miste.

De volgende bijeenkomst van de EGPRW is van 15 t/m 17 oktober 1993 in Parijs met als thema 'Management of Chronic Diseases in General Practice'. In april 1994 zal de EGPRW-bijeenkomst plaatsvinden in Denemarken met als thema 'The Use of Guidelines and Standards in General Practice'.

Jan-Joost Rethans  
Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht

## NOTA BENE

Het regelmatig gebruik van ouderwetse zepen is niet minder schadelijk voor de huisvrouw dan regelmatig gebruik van moderne wasmiddelen.

Smit HA. Work-related hand dermatitis; epidemiological studies in occupational dermatology [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.

## Ongerustheid

Dat de ongerustheid van patiënten een belangrijke reden is voor de huisarts om te verwijzen, blijkt weer eens uit het onderzoek van *Engelsman et al.*: bij 36 procent van de verwijzingen speelde het geruststellen van de patiënt (volgens de huisarts) een (zeer) belangrijke rol.<sup>1</sup> Uit het artikel wordt echter niet helemaal duidelijk in hoeverre een verwijzing ook geruststelling teweegbracht. Uit het artikel blijkt dat vóór de verwijzing 85 procent van de mensen ongerust was; na drie en zes maanden was dat respectievelijk 56 en 58 procent. Dat is een daling van respectievelijk nog geen 30 procent, terwijl 71 procent van de patiënten verwachte gerustgesteld te worden. In de begeleidende tekst wordt echter gesteld dat bij driekwart van de patiënten een afname van de ongerustheid optrad. Hoe is dit met elkaar te rijmen?

In onderzoek in mijn praktijk was 77 procent van de patiënten bij verwijzing ongerust en verwachtte 88 procent afname van de ongerustheid; in werkelijkheid gebeurde dit slechts bij 28 procent.<sup>2</sup> Dit correspondeert met de bevindingen van *Grundmeijer & Van Weert*.<sup>3</sup> Het feit dat er geen significante samenhang werd gevonden tussen de verwachtingen van patiënt en huisarts ten aanzien van de afname van de klachten en de ongerustheid, zou de betrokken artsen aan het denken moeten zetten over de kwaliteit van de verwijzing, en is mogelijk een verklaring voor hun beperkte effect.

Mijn conclusie is dat de patiënt meestal teleurgesteld wordt in zijn verwachting met betrekking tot geruststelling die een verwijzing zal opleveren. Het is goed als de huisarts zich dit realiseert, wanneer hij een patiënt ter geruststelling verwijst. Overeenstemming tussen huisarts en patiënt over verwachting en doel van de verwijzing lijkt mij noodzakelijk.

T.O.H. de Jongh

1 Engelsman C, Geertsma A, Haaijer-Ruskamp FM. De verandering van de gezondheidstoestand en de ongerustheid van de patiënt na een verwijzing. *Huisarts Wet* 1993; 36(4): 128-33.

2 De Jongh TOH. Verwijzingen: verwachtingen en effecten. *Med Contact* 1986; 41: 511-5.

3 Grundmeijer H, Van Weert H. Patiënt, huisarts en internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.

## Naschrift

In tabel 2 staat dat respectievelijk op T1 85 procent, op T2 56 procent en op T3 54 procent van de patiënten ongerust was. Dit betekent dat

de patiënten in enige mate ongerust waren. Uiteindelijk was dus 31 procent van de patiënten gerustgesteld. Dit percentage komt ongeveer overeen met de percentages die door *De Jongh* en *Grundmeijer & Van Weert* worden genoemd. Daarnaast is vermeld dat bij bijna driekwart van de patiënten de ongerustheid tussen T1 en T3 is afgenomen. Dit percentage is niet in tegenspraak met het percentage van 31 procent. De zin zou moeten luiden: bij ongeveer driekwart van de patiënten is de ongerustheid afgenomen, maar ongeveer de helft van de patiënten bleef nog in enige mate ongerust. Aan de patiënten is niet gevraagd of zij verwachtten 'gerustgesteld' te worden; de vraag was: verwacht u dat de ongerustheid zal afnemen.

Op basis van de onderzoeksresultaten kan geconcludeerd worden, dat de verwijzing bijna altijd meer dan alleen een afname van de ongerustheid had opgeleverd; bij slechts 2 procent van de verwijzingen had de verwijzing niets opgeleverd (ook geen verandering op diagnostisch gebied).<sup>1</sup> Bij 4 procent van de verwijzingen had de verwijzing slechts één uitkomstmaat opgeleverd, in de meeste gevallen een verandering op diagnostisch gebied.

C. Engelsman

1 Engelsman C, Geertsma A. De effectiviteit van het verwijzingsproces. Groningen: Vakgroep Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, 1991.

## Diagnostisch nihilisme

De in het artikel van *Mol & Knottmerus* vermelde resultaten en conclusies vragen om een reactie, ook omdat de diagnostische prestaties van de huisartsen uit dit onderzoek zoveel ongunstiger lijken dan die van de huisartsen uit onze studie.<sup>1,2</sup>

Voor de diagnose bacteriële vaginose is de aanwezigheid vereist van minstens drie van vier klinische criteria (homogene fluor, pH >4,5, aminetest positief en cluë cellen in het fysiologisch-zoutpreparaat). Jammer is dat in tabel 3 *Gardnerella* staat, terwijl de Amsel-criteria voor bacteriële vaginose bedoeld worden.

Dit terminologie-probleem geeft nog op een andere wijze aanleiding tot verwarring: *Mol & Knottmerus* concluderen in de beschouwing: 'Men zou nog vaker gelijk hebben [dan bij het blind stellen van de diagnose candida] als men bij deze patiënten blind zou beweren dat de fluor fysiologisch is'. Deze uitspraak is blijk-