

## EGPRW bijeenkomst in Ljubljana

Van 13 t/m 16 oktober 1994 werd in Ljubljana, Slovenië, de 39e bijeenkomst gehouden van de European General Practice Research Workshop. Maar liefst 20 landen waren vertegenwoordigd onder de 50 deelnemers. Het aantal deelnemers was wat lager dan de laatste drie jaar, hetgeen deels werd toegeschreven aan de lokatie (niet iedere Europeaan denkt bij Slovenië direct aan een veilig gebied), de (te) korte termijn van drie weken om een abstract in te dienen en mogelijk ook het thema 'Evaluation of cost-effectiveness in General Practice'. Voor de eerste keer was ook Roemenië vertegenwoordigd, met de voorzitter van de daar in 1994 opgerichte wetenschappelijke huisartsvereniging. Als vanouds volgden er levendige discussies op de 30 presentaties, bestaande uit 12 thema-voordrachten, 13 freestanding papers en 5 'one slide-five minutes'-presentaties.

### Huisartsgeneeskunde in Slovenië

De bijeenkomst werd geopend door de minister van Volksgezondheid in Slovenië, voormalig huisarts en in die hoedanigheid eerder deelnemer aan EGPRW-bijeenkomsten. Daarna werd de plaats van de huisartsgeneeskunde in Slovenië toegelicht door Igor Svab, medeverantwoordelijk voor de organisatie van deze bijeenkomst.

Slovenië heeft twee miljoen inwoners, van wie een huisarts er gemiddeld 1900 in zijn praktijk heeft. De levensverwachting bedraagt 69,5 jaar en 77,5 jaar voor respectievelijk mannen en vrouwen. Het land geeft 8,3 procent van zijn bruto nationaal product uit aan de gezondheidszorg (Nederland 8,3 procent in 1991). Er bestaat een academische afdeling huisartsgeneeskunde aan de enige Sloveense universiteit, met wel een senior staf, maar nog zonder hoogleraar huisartsgeneeskunde. De medische opleiding bestaat uit 6 jaar basisopleiding, gevolgd door 2,5 jaar klinische assistentschappen en 1 jaar huisartsgeneeskunde. Er bestaat nog geen aparte beroepsopleiding; men verkeert echter in een overgangsfase naar een systeem met wel zo'n opleiding. In de eerste lijn is dan ook maar de helft van de artsen huisarts, de rest is specialist.

De huisarts fungeert wel als poortwachter, maar heeft het hoogste verwijsperscentage van Europa, 14,2 procent. De organisatie van de eerste lijn verkeert in een moeilijke overgangsfase van het communistisch naar een liberaler systeem. Momenteel werkt 95 procent van de huisartsen nog in vaste dienst van de oude gezondheidscentra, eigendom van de staat,

maar langzaam vestigen zich ook collega's zelfstandig. Dezen ontvangen 40 procent van hun inkomen (dat slechts NLG 1100 per maand bedraagt) uit een bedrag per caput en 60 procent uit 'fee for service'. Dit is in feite voor alle huisartsen hetzelfde, maar bij de gezondheidscentra gaat dit geld naar het budget van het centrum en niet naar de artsen zelf. Voor patiënten is er geen eigen bijdrage, er is een volksverzekering. De levensstandaard in Slovenië is laag, het modale inkomen bedraagt NLG 750 per maand.

Volgens de Sloveense aanwezigen bestaat er wel een goede structuur om als huisarts te werken. Een Sloveense huisarts ziet gemiddeld 33 patiënten per dag op zijn spreekuur (gemiddelde consultduur 7 minuten) en doet per dag één visite. Het wetenschappelijk onderzoek staat uiteraard nog in de kinderschoenen, maar wint zeer snel aan kwaliteit, wat aan de bijdragen uit Slovenië op de EGPRW-bijeenkomsten de laatste jaren goed te merken is geweest.

### Europese samenwerking

In het bestuur van de EGPRW is besloten de samenwerkingsgesprekken die gaande zijn tussen de Europese WONCA en de SIMG op een positieve manier te volgen en er zoveel mogelijk bij betrokken te blijven, zij het met behoud van eigen identiteit. Zolang deze organisaties echter nog niet duidelijk hebben gemaakt of ze alleen een fusie van de WONCA-Europe en SIMG beogen of willen fungeren als een huisartsgeneeskundige paraplu-organisatie – met een onderwijs- (Euract), een onderzoeks- (EGPRW) en een 'vakbonds'-groep (UEMO) – wacht de EGPRW af met haar uiteindelijke standpuntbepaling.

De EGPRW is vertegenwoordigd in het nieuw te verschijnen tijdschrift *European Journal of General Practice* en zal dit orgaan gebruiken voor het publiceren van haar 'newsletter'. De abstracts van de gehouden voordrachten zullen als voorheen gepubliceerd blijven in 'Family Practice'.

### Evaluation of cost-effectiveness in General Practice

*Bulc* (Slovenië) deed verslag van een in 1990 met behulp van de WHO gestart nationaal onderzoeksproject CINDI (Countrywide Integrated chronic Noncommunicable Disease Intervention), dat door huisartsen werd uitgevoerd. Er werd een steekproef genomen van 1692 inwoners uit Ljubljana, die gescreend werden op risicofactoren voor hart- en vaatziekten,

chronische respiratoire aandoeningen en sommige vormen van kanker (long, borst, cervix, colorectaal en prostaat). De populatie uit de steekproef bleek een dusdanig risicoprofiel te hebben op praktisch alle gemeten variabelen, dat men van mening was dat medische en niet-medische interventie volgens CINDI-WHO richtlijnen noodzakelijk was.

Vervolgens werden nationaal 70 CINDI-kantoren opgezet, gelokaliseerd in gezondheidscentra, met speciaal hiervoor opgeleide huisartsen, die de gehele bevolking zouden onderzoeken en interventieprogramma's (onder meer preventie) zouden introduceren. Een derde van die CINDI-kantoren startte in 1992, maar per 1 januari 1993 werd er een nieuwe Nationale Gezondheidszorgverzekering geïntroduceerd, waarin met CINDI financieel geen rekening werd gehouden, met als resultaat dat alle CINDI-kantoren moesten sluiten. Slechts in de vorm van een onderzoek zou er nog iets gedaan kunnen worden.

De harde les die *Bulc* voor het voetlicht bracht, was dat een door onderzoek aangetoonde behoefte aan (preventieve) medische zorg resulteerde in een programma dat niet goed op 'cost-efficiency' was doorgerekend en dus mislukte.

*Knottnerus* deed verslag van een gerandomiseerde trial, uitgevoerd door Vierhout, waarin de kosten-effectiviteit werd vergeleken van orthopedische zorg van patiënten die door huisartsen en specialisten in een gezamenlijk consult in de huisartspraktijk waren gezien, met de zorg van patiënten die deze vorm van consultatie niet konden krijgen en dus regulier waren behandeld. In de interventiegroep waren de gemaakte kosten significant lager dan in de reguliere groep (zonder negatieve effecten voor gezondheid en functionele toestand) met een geschatte potentiële jaarlijkse kostenreductie ter hoogte van 41 miljoen gulden (voor 15 miljoen landgenoten). In de discussie bleek veel belangstelling voor deze nieuwe vorm van consultatie te bestaan.

*Van den Eynden* (België) vergeleek de gerapporteerde kwaliteit van leven en de kosten van terminale zorg bij twee groepen patiënten: een groep die thuiszorg ontving en een groep die in het ziekenhuis verbleef. Met de gebruikte meetinstrumenten (vragenlijsten) werd geen verschil gevonden in kwaliteit van leven. Zoals verwacht waren de kosten voor de ziekenhuisgroep significant hoger dan die van de terminale patiënten thuis, waarbij in de kosten van de thuiszorg ook de kosten van eventuele familie-hulp waren meegerekend. Onverwacht was echter dat de kosten die de patiënten in de

thuisituatie zelf moesten maken, hoger waren dan in de ziekenhuisgroep.

### **Vrije voordrachten**

*Olesen* (Denemarken) rapporteerde over een radicale verandering in het Deense dienst-systeem. Onder druk van jongere huisartsen en met name vrouwelijke collega's werd het bestaande systeem (in principe 24 uur per dag verantwoordelijk voor je eigen praktijk) ter discussie gesteld. Nationaal werden de volgende veranderingen ingevoerd: maximaal twee diensten van 8 uur en één nacht (eveneens 8 uur) per maand per huisarts. De diensten lopen van 16.00 uur tot 08.00 uur van maandag tot vrijdag en 24.00 uur op zaterdag en zondag. Per provincie is er een centraal telefoonnummer voor de diensten met zeven lijnen, bediend door 3-8 huisartsen. Elke vraag om hulp komt hier binnen. Daarnaast zijn er perifere posten, met een spreekkamer en een dienstauto. De artsen aan de telefoon hebben drie antwoordmogelijkheden: telefonisch advies (bonus: extra geld voor de 'telefoonarts'), 'u heeft een consult in de perifere post nodig' of 'er komt een collega naar u toe'. Deze artsen krijgen betaald per kilometer rijden. Alle deelnemende huisartsen (ook die in de auto) beschikken per computer over de personalia van alle patiënten en hebben tevens een overzicht van het aantal malen dat een patiënt gebeld heeft de laatste tijd, eventuele risicofactoren, etc. Van alle handelingen wordt een verslag per fax naar de eigen huisarts gestuurd en het rekeningensysteem verloopt automatisch.

In vergelijking met de situatie voor 1992 was het percentage telefonische consulten fors gestegen en het aantal consulten thuis fors gedaald. In totaal was het beroep op de 'out-of hours'-diensten gedaald.

Tal van vragen werden gesteld na deze voordracht, variërend van privacy-wetgeving via continuïteit van zorg tot satisfactie onder de huisartsen. Indrukwekkend was zonder meer dat dit systeem voor elke provincie in Denemarken is ingevoerd. Waar blijft Nederland?

### **Praktijkbezoek**

Naast de voordrachten werd voor het eerst op een EGPRW-bijeenkomst een bezoek gebracht aan een lokale praktijk, een gezondheidscentrum even buiten Ljubljana. Hoeveel variatie er ook is in de huisartsgeneeskunde binnen Europa, het is toch herkenbaar en relativerend om te zien dat een huisartssprekkamer ook in een ander land bestaat uit een bureau met twee