

## Research on women's health in general practice

De 42e bijeenkomst van de European General Practice Research Workshop werd van 9 tot en met 12 mei 1996 gehouden in Växjö, een plaats van 50.000 inwoners midden in het zuiden van Zweden. Er waren meer dan 70 deelnemers (vier uit Nederland), onder wie 38 mannen, afkomstig uit 23 landen. Dit aantal landen was weer meer dan de vorige keer, toen het record van 22 werd bereikt. Het centrale thema van de bijeenkomst was 'Research on women's health in general practice'. De deelnemers participeerden actief aan de drie soorten voordrachten: 19 themapresentaties, zeven vrije voordrachten en zes 'one-slide-five-minutes'-spreekbeurten. Behalve voor deze laatste categorie was er voor elke voordracht weer 30 minuten beschikbaar: 15 minuten presentatie en 15 minuten discussie.

### Europese samenwerking

Na de oprichting van de European Society of General Practice/Family Medicine, uiteraard een mijlpaal voor de huisartsgeneeskunde in Europa, is het even tamelijk rustig op het gebied van de samenwerking tussen de Europese huisartsgeneeskundige organisaties (Euract, Equip, Uemo EGPRW, Wonca). De belangrijkste beslissingen zijn immers genomen (wie krijgt welke positie) en het zal nu gaan om de concrete uitwerkingen. Dat neemt niet weg dat juist de uitwerking het belangrijkste toetsmoment zal zijn voor de beoordeling van de werkelijke inzet van alle organisaties in dit samenwerkingsproces.

In het afgelopen jaar heeft de EGPRW opnieuw een ledengroei kunnen constateren. Er zijn momenteel bijna 240 betalende leden en de opkomst is hoog, evenals het aantal abstracts dat ingezonden wordt voor de bijeenkomsten. Daarnaast blijft de sfeer op de bijeenkomsten erg goed, dat wil zeggen met veel discussie op een open en aangename manier. Ook het aantal deelnemende landen met een officiële nationale vertegenwoordiger neemt nog steeds toe. De EGPRW ziet daarom de samenwerking binnen Europees perspectief met vertrouwen tegemoet en biedt aan de andere partners een werkbasis voor onderzoek.

### Huisartsgeneeskunde in Zweden

Zweden heeft 8,8 miljoen inwoners en besteedt 7,6 procent van het BNP aan gezondheidszorg (Nederland 8,7 procent). Het belangrijkste kenmerk van de Zweedse gezondheidszorg is decentralisatie, met name op het niveau van de 26

regio's waarin het land is ingedeeld. Elke regio heeft, binnen op nationaal niveau vastgelegde grenzen, de vrijheid een deel van de zorg zelf te bepalen en dit resulteert dus in verschillende regionale accenten. Verder is de zorg nogal specialistisch geïntendeerd; de huisarts neemt zeker niet zo'n sterke positie in als in Nederland. Er zijn in Zweden 22.500 artsen, van 20 procent huisarts is. Deze huisartsen werken bijna allemaal in grotere gezondheidscentra (vaak meer dan 5 huisartsen), maar door de geografie van het land kan dit nog wel eens variëren. Het grootste deel van de huisartsen werkt in loondienst (dus vast salaris, onafhankelijk van patiëntenaanbod) van een gemeente, maar het is mogelijk zich vrij te vestigen. Er is vrije artskeuze voor de patiënten en dit impliceert in Zweden dat huisartsen geen vaste patiëntenlijst hebben. Enkele jaren geleden was hier wel toe besloten, maar door een nieuwe regering is dit plan weer in de la verdwenen. Opnieuw echter is de geografie van Zweden er de oorzaak van dat toch 60 procent van de Zweden een vaste huisarts heeft: in een klein afgelegen dorp is de feitelijke keuze uiteraard beperkt.

Huisartsen hebben een gemiddelde praktijkgrootte van 2200 patiënten. De gezondheidscentra zijn doorgaans open van 08.00 tot 17.00 uur. Van 17.00 tot 24.00 uur heeft de gemeente de verantwoordelijkheid voor de diensten en huurt dan huisartsen in. Na 24.00 uur is er geen huisartsdienst meer, maar moeten patiënten naar het ziekenhuis, waar dan toch vaak wel huisartsen de eerste opvang kunnen doen. De dag erop is de betreffende huisarts dan wel vrij (wanneer wordt dit in Nederland eindelijk eens ingevoerd?). Huisartsen vervullen geen poortwachtersfunctie naar de tweede lijn. Iedereen kan zo naar de specialist, hoewel je als patiënt dan wel meer eigen bijdrage moet betalen dan wanneer je via je huisarts in de tweede lijn terecht komt. Dit laatste overigens met uitzondering van gynaecologie en kindergeneeskunde.

Die eigen bijdragen zijn ook kenmerkend voor de Zweedse gezondheidszorg: bij elk gebruik van de gezondheidszorg moet je ook iets zelf betalen. Voor een consult aan de huisarts betaalt een Zweed ongeveer NLG 20,- tot NLG 35,- (hangt van de regio af), voor een recept NLG 30,- en voor een bezoek aan de fysiotherapeut NLG 20,-. Een bezoek aan de specialist kost NLG 25,- tot NLG 45,- eigen bijdrage en 150 procent daarvan als je een specialist consulteert zonder verwijzing. Per jaar per patiënt geldt wel een maximum eigen bijdrage van NLG 425,-.

Er zijn in Zweden zes medisch faculteiten. De medische studieduur bedraagt 7,5 jaar, waarvan de laatste 21 maanden uit assistentschappen bestaat. Om huisarts te worden, een specialisme, komt er nog eens vijf jaar bij: twee jaar onder supervisie in een huisartspraktijk en drie jaar in het ziekenhuis. Ook hier blijkt de oriëntatie op de tweede lijn in Zweden. De huisarts-specialisatie is verder niet erg gestructureerd; er zijn bijvoorbeeld geen centrale terugkomdagen met een min of meer verplichte curriculumhoud.

### Gezondheid van vrouwen

Het centrale thema werd ingeleid door *Birgitta Hovelius*, een hoogleraar huisartsgeneeskunde in Lund (Zuid-Zweden). Het beeld dat zij schetst, verschilde niet zo veel van wat geldt voor veel zaken die met vrouwen te maken hebben, zoals minder vrouwen die huisarts zijn, minder aandacht voor positie van vrouwen binnen het wetenschappelijk onderzoek en minder vrouwen in hoge posities binnen de huisartsgeneeskundige fora. Het interessantste was haar aandacht voor de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek die te maken hebben met gezondheidstoestand of effecten op gezondheid bij interventiestudies. Haar stelling was dat veel van de zogenaamde 'outcome'-research, bijvoorbeeld effecten van een medicament of effecten van een levenswijze op de gezondheidstoestand, uiteindelijk gebaseerd is op uitkomsten van onderzoek bij mannen. Het is dan de vraag, of deze resultaten ook toepasbaar zijn op vrouwen. Zij hield een pleidooi om meer aandacht te schenken aan dit 'gender perspective'. Dit zou kunnen door bij elk onderzoek als het ware verplicht een deelvraag op te nemen als 'hoe zien de resultaten eruit bij een analyse op alleen de deelnemende vrouwen?'

*Griffiths* (UK) presenteerde de resultaten van een kwalitatieve studie naar de attitude van vrouwen met betrekking tot het gebruik van hormonale substitutietherapie in de menopauze. De deelnemende vrouwen werden geselecteerd via diverse voorrondes. Eerst werd via een schriftelijke enquête gevraagd naar de attitude met betrekking tot hormonale therapie en naar de bereidheid om mondeling geïnterviewd te worden. Via clusteranalyse werden subgroepen geselecteerd van vrouwen die in ieder geval varieerden in hun mening en wilden praten. Uiteindelijk werden 17 vrouwen individueel ondervraagd en 22 door middel van vijf focusgroepen. De resultaten werden gepresenteerd door middel van individuele 'statements' van vrouwen. Hoofconclusie was dat elke vrouw haar eigen redenen had voor haar attitude en dat

bij het voorschrijven van therapie daar eigenlijk vaak niet naar werd gevraagd door de huisarts. Met betrekking tot de compliantie is dit natuurlijk wel zorgelijk. Punt van discussie was ook of je als onderzoeker ook zelf de interviews mocht houden en hoe je deze resultaten zou moeten presenteren: als individuele 'statements' of anders.

*Astrup* (Denemarken) kwam met het design van haar lopende studie naar het natuurlijk patroon van menstruele bloedingen. Uitgangspunt voor deze longitudinale studie was de bestaande grote variatie in het aantal hysterectomieën (regionaal, maar ook internationaal), waarvoor de meest gestelde indicatie abnormaal bloedverlies is. Naar haar zeggen is zelden onderzocht, en al helemaal niet in de huisartsgeneeskunde, wat onder 'normaal menstrueel bloedverlies' wordt verstaan. Tweeduizend vrouwen is via een schriftelijke enquête gevraagd naar hun ervaringen met duur en hevigheid van menstruaties, en vervolgens is aan 1063 van hen gevraagd een jaar lang via een logboek hun menstruatiepatroon en eventuele symptomen daarbij te registreren. De studie loopt nog.

*Risberg* (Zweden) had 250 vrouwen, geboren in 1971, 1961, 1951, 1941 en 1931, schriftelijk benaderd met de vraag aan te geven of zij ooit seksueel waren misbruikt. Doel van de studie was om na te gaan of het eventueel voorkomen van misbruik gekoppeld is aan effect op de latere gezondheidstoestand, en wat de rol van de huisarts in dit geheel was. Zeven procent van de onderzochte groep gaf aan seksueel misbruikt te zijn, meestal in hun kindertijd. Van deze vrouwen gaf 36 procent aan dat dit volgens hen had geresulteerd in klachten op medisch gebied. Volgens de vrouwen vroegen huisartsen zelden actief naar het al of niet aanwezig zijn van deze problematiek en al helemaal niet bij oudere vrouwen.

In de discussie ging het onder andere over wat feitelijk onder seksueel misbruik moest worden verstaan. Wat in het ene land normaal is, kan in het andere land misschien wel eens een andere betekenis hebben. Is een wat wild uitgelopen passioneel stoeipartijtje misbruik of is dat een normale variant? De aanwezigen waren het over eens dat misbruik het best gedefinieerd zou kunnen worden als 'elk contact dat tegen je zin tot stand komt'.

#### Vrije voordrachten

Van de vrije bijdragen was met name de kleinschalige studie van *Fink* (Oostenrijk) de moeite waard. Hierin werd nagegaan of het mogelijk is via een korte diagnostische vragenlijst te

beoordelen of een aangevraagde visite ook nodig is. Een dergelijke vragenlijst zou ook de kwaliteit van de communicatie tussen praktijk en patiënt kunnen verbeteren. Twee artsen hielden ieder een aantal maanden een registratie bij van elk telefonisch patiëntcontact. De voorlopige conclusie van deze nog wat rammelende studie luidt dat slechts drie of vier vragen nodig zouden zijn om correct de 'aanvraag' vast te stellen. Niet zo'n verbazende conclusie, zal de lezer misschien zeggen, maar het leuke van de studie zit erin dat twee huisartsen dit zelf bedenken, een protocol uitschrijven, de studie verrichten en deze hier presenteren. Resultaat? Tal van contacten en adviezen op literatuurgebied en nieuwe ideeën om een en ander te verbeteren.

#### Europese huisbezoekstudie

Tijdens de bijeenkomst was een uur gewijd aan de EGPRW-'Home visit study'. *Jose-Antonio Miranda* (Portugal) heeft sinds de EGPRW-bijeenkomst in oktober 1995 (Dublin) het design opgesteld voor dit onderzoek. Doel van deze pilot-studie is het vergelijken van het aantal en de waarde van huisbezoeken door huisartsen in verschillende Europese landen. Er is inmiddels een stuurgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van Portugal, Engeland, Slovenië en Nederland. Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief deel (puur beschrijving van frequenties van huisbezoeken, etc.) en een kwalitatief deel (waarom huisbezoeken?). In Växjö stond de kwantitatieve pilot ter discussie. Uitgangspunt van analyse zal zijn de aanvraag tot een huisbezoek en niet het bezoek zelf. Er wordt van uitgegaan dat het feitelijk bezoek het resultaat is van een verzoek en juist dit verzoek is van belang om ook later internationaal te kunnen vergelijken.

Miranda had een erg handig invulboekje ontworpen dat de huisarts mee kan nemen tijdens een visite. Per visite kunnen hierin diverse gegevens worden genoteerd, zoals de tijd verstreken tussen verzoek en visite, de afstand tot de praktijk, de duur van de visite, de reden voor het verzoek en uiteraard een aantal patiëntparameters. De pilot was gepland in 20 landen in de eerste weken van juni 1996. Per land zouden 10 artsen deelnemen die elk 10 visites zouden registreren. Op de volgende EGPRW-bijeenkomst zullen waarschijnlijk de eerst resultaten kunnen worden gemeld en kunnen mogelijk knopen worden doorgehakt voor een eventuele grote studie.

Zweden in mei betekende ook sneeuw tijdens de EGPRW-bijeenkomst. Binnen was het ech-

ter lekker warm door de levendige discussies, waarbij het centrale thema uiteraard nogal eens aanleiding gaf tot wat wetenschappelijke steekpartijtjes en humor tussen de 'genders' onderling. Desalniettemin waren de dagen lang van 08.30 tot vaak 18.00 uur. Maar zo zitten de EGPRW bijeenkomsten altijd in elkaar: hard werken, serieus, maar ook veel plezier.

#### Malta

De volgende bijeenkomst van de EGPRW zal zijn van 3 tot en met 6 oktober 1996 in Malta met als centraal thema 'Research in social problems in general practice'. Uiteraard zijn er ook weer de vrije voordrachten en de 'one-slide-five-minutes' presentaties.

De Nederlandse EGPRW-vertegenwoordiger namens het NHG is Saskia Mol. Zij is te bereiken via telefoon (043) 388.2272 of via het NHG.

Jan-Joost Rethans  
Vakgroep Huisartsgeneeskunde  
Rijksuniversiteit Limburg  
Maastricht

## H&W

#### Literatuurinformatie

Publicaties in *Huisarts en Wetenschap* zijn achterhaalbaar via:

- de jaarregisters;
- de cumulatieve registers 1957-1971 en 1972-1991, te bestellen via telefoon (030) 288.1700;
- de elektronische index 1957-1995, te bestellen via telefoon (020) 671.5336;
- de documentatieservice H&W, telefoon (030) 288.1700.