

European General Practice Research Workshop

Huisartsgeneeskunde in Polen

De 53^e EGPRW vond plaats op 18-21 oktober in Gdynia, Polen. Adam Windak, voorzitter van het Poolse college van huisartsen, schetste de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Polen. De Poolse gezondheidszorg wordt volledig gefinancierd uit algemene middelen, maar het financiële beheer is gedelegeerd naar 17 ziekenfondsen. Vóór 1991 werd eerstelijnszorg geleverd door poliklinieken. De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde begon in 1991 met de vorming van een werkgroep *family medicine*. In de volgende acht jaren werd het Poolse huisartsengenootschap opgericht, een takenpakket geformuleerd, een driejarige huisartseopleiding gestart, een maandelijks verschijnend nascholingsblad en een viermaal per jaar uitkomend *peer-reviewed* wetenschappelijk tijdschrift opgericht. Deze snelle ontwikkeling werd mogelijk gemaakt door de consensus binnen de Poolse politiek over het belang van een sterke eerstelijnszorg. Daarnaast is de ondersteuning door zusterfaculteiten uit Nederland (Utrecht) en Engeland essentieel geweest. Alle medische faculteiten in Polen (12) hebben een afdeling huisartsgeneeskunde en in alle curricula is plaats ingeruimd voor huisartsgeneeskunde. De huisartsenopleiding wordt in twee stromen aangeboden: een driejarige opleiding na het basiscurriculum en een verkorte opleiding voor ervaren specialisten die zich willen omscholen tot huisarts. Momenteel zijn er 4500 geregistreerde huisartsen in Polen die ongeveer 25% van de bevolking voorzien van eerstelijnszorg. De gemiddelde praktijk heeft circa 2100 patiënten. We mochten een kijkje nemen in de plattelandspraktijk van Pawel Nowak, die samenwerkt met twee collega-huisartsen, onder wie een voormalig internist. De artsen worden ondersteund door enkele assistentes. Het ongezellige praktijkpand is ruim, instrumentarium en behandelkamer ogen oud, maar zijn functioneel. Er staat geen pc op ieders bureau, maar er zijn dossiers, in grote archiefkasten. De

salariëring van artsen is sinds 1991 fors gestegen. Per patiënt ontvangt de huisarts ongeveer € 39 per jaar. Onkosten als huur van het praktijkpand, salaris van de assistente, investeringen in materiaal en verkopen van de dienst aan de eerste-hulp post van het nabije ziekenhuis gaan hiervan af. Ook voor laboratoriumaanvragen en een verwijzing naar sommige specialisten moet de huisarts een bedrag betalen. Gemiddeld houdt een huisarts ongeveer € 1000 per maand over als privé-inkomen.

Workshop

De ruim 60 deelnemers konden genieten van 7 themagerelateerde en 9 vrije voordrachten, 8 posters en 2 *one-slide-five-minutes presentations*. De thematische bijdragen handelden over onderwerpen als ischemische hartziekten, alcoholmisbruik, anti-conceptie en tienerzwangerschappen. Kristin Hendrickx (Antwerpen) deed verslag van haar onderzoek naar determinanten van veilig seksueel gedrag onder allochtonen, merendeels islamitische jongens in Antwerpen. Aan 125 jongens van 17 tot 20 jaar met een lbo- of mbo opleiding werd een vragenlijst voorgelegd die ontwikkelde was op basis van eerder verricht kwalitatief onderzoek. Van de 103 seksueel actieve jongens had 82% ten minste eenmaal een condoom gebruikt, 30% had ten minste eenmaal afgezien van coïtus vanwege het niet beschikbaar zijn van een condoom. Jongens die aangaven dat hun moeder een positieve attitude ten aanzien van veilig vrijen had en over seksualiteit kon praten, gebruikten vaker condooms. Veertig procent van de jongens noemde de huisarts als belangrijke gesprekspartner over seksuele zaken. Dát er met de huisarts over seks en de beleving daarvan gepraat kan worden was daarbij belangrijker dan de technische informatie van de arts.

Jorgen Nexoe (Odense) presenteerde een RCT naar de wijze waarop huisartsen met het begrip risico omgaan, afhankelijk van de beschreven klinisch-epidemiologische maat. Aan 1500 huisartsen, gerandomiseerd in vier groepen, werd een casus gepresenteerd waarin het om primaire

preventie van een imaginaire ziekte ging. Bij de keuze al dan niet een preventief medicament voor te schrijven kreeg men informatie over het effect van het medicament, uitgedrukt als absolute risicoreductie, óf relatieve risicoreductie (RRR), óf *number needed to treat* (NNT) óf alle effectmaten. Dokters uit de NNT-groep waren het minst (63%), dokters uit de RRR-groep het meest (91%) bereid het medicament voor te schrijven. Dokters die alle informatie hadden, scoorden gemiddeld (72%) en gaven vaak aan de informatie tegenstrijdig te vinden. Conclusie: dokters moeten beter leren hoe ze klinisch-epidemiologische maten in hun werk kunnen integreren.

Uit Polen kwamen enkele bijdragen die te maken hadden met de veranderingen in het gezondheidszorgsysteem. Teresa Pawlikowska (London) en Pawel Nowak (Gdansk) onderzochten bij bijna 8000 patiënten van 48 dokters of de uitkomst van medische consulten anders was bij huisartsen die de huisartsenopleiding gevolgd hadden, huisartsen die dit niet gedaan hadden en poliklinisch werkzame artsen. Als uitkomstmaat gebruikte men het (in Engeland gevalideerde) *Patient Enablement Instrument* (PEI). Hiermee wordt gescoord in hoeverre de patiënt vindt dat hij na het consult zijn probleem beter begrijpt en er beter mee om kan gaan. Er bleek weinig verschil tussen de drie groepen artsen. Een hogere PEI was gecorreleerd met een langere consultduur en het kennen van de dokter door de patiënt.

Volgende bijeenkomsten

De volgende EGPRW vindt plaats in Avignon, van 9 tot 12 mei 2002 en heeft als thema *Research on pain in general practice*. In oktober 2002 volgt Bled (Slovenie) met als thema *New technologies in general practice*. De volledige tekst van alle abstracts kunt u lezen in de *European Journal of General Practice* en op de EGPRW-website (www.synapse.net/mt/egprw/index.htm). Daar treft u ook informatie over *call for abstracts* en lidmaatschap aan.

Jelle Stoffers, Capaciteitsgroep
Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht