

SLOTOPMERKINGEN

Verrichtingen in de huisartspraktijk was een onderwerp waarover – zeker als ze worden bekeken in relatie tot morbiditeit – tot op heden weinig bekend was. De Nationale Studie voorziet in deze leemte. Vooral over wat er aan behandelingen in de huisartspraktijk zelf plaatsvindt was weinig bekend. Diagnostiek en behandeling in de praktijk en het voorschrijven van geneesmiddelen blijken de meest voorkomende verrichtingen te zijn. Wat betreft diagnostiek is de fysische diagnostiek de meest voorkomende categorie. Bij behandelingen in de praktijk blijken huisartsen vooral vaak advies en voorlichting te geven en gesprekken te voeren; verrichtingen die in honoreringssystemen anders dan het abonnement moeilijk zijn te waarderen. Medisch-technische verrichtingen komen maar in bijna 70 van de 1.000 contacten voor.

Voor een selectie van diagnostische en therapeutische verrichtingen is een vergelijking gemaakt met huisartsen in een ander gezondheidszorgsysteem, namelijk het Deense. Hoewel deze vergelijking op pragmatische gronden is gekozen – er was namelijk al veel voorwerk verricht om de vergelijking mogelijk te maken – is het ook misschien wel de meest relevante

vergelijking. De reden is dat het honoreringssysteem van Deense huisartsen wel als voorbeeld wordt gezien voor Nederland. Men heeft daar een gemengd systeem van verrichtingen en abonnement. Uit de vergelijking komt naar voren dat Deense huisartsen de vergeleken verrichtingen per duizend contacten vaker uitvoeren dan Nederlandse huisartsen. Nu mag men daar, zoals al gezegd, niet zonder meer uit concluderen dat een verandering van honorering in Nederland tot een toename van het aantal verrichtingen zou leiden.

We hebben het punt van de honoreringwijziging nog op een andere manier benaderd. We hebben de lijst van verrichtingen waarvoor tussen de LHV en de VNZ in principe overeenstemming is bereikt over afzonderlijke honorering bekeken. Daarbij blijkt dat in praktijken waar deze verrichtingen vaker worden uitgevoerd, ook minder verwijzingen plaatsvinden. Het duidelijkst is deze relatie vastgesteld voor de optelsom van alle therapeutische verrichtingen. Ook hieruit mag men niet zonder meer concluderen dat een wijziging van de honorering tot de beoogde resultaten zal leiden. Er zijn echter aanwijzingen dat substitutie hier tot de mogelijkheden behoort.

De beroepsgroep is er zich van bewust dat

handhaving en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen belangrijke randvoorwaarden zijn bij een verandering van honorering. Dat blijkt uit de verwijzingen naar de standaarden van het NHG in de lijst van apart te honoreren verrichtingen. De gegevens van de Nationale Studie blijken bruikbaar te zijn om na te gaan in hoeverre de facto een aantal aspecten van het in de standaarden geadviseerde beleid worden uitgevoerd. We hebben dat bekeken voor de standaarden enkeldistorsie, diabetes mellitus type II en mammografie. Twee van deze standaarden, de behandeling van enkeldistorsies en de controle van diabetes II-patiënten, hebben betrekking op verrichtingen die in de toekomst mogelijk apart gaan worden gehonoreerd.

Gegeven de manier waarop we aspecten van de standaarden hebben vergeleken met geregistreerde handelingen van huisartsen, kunnen we geen absolute uitspraken doen over de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg in ons land. Wel kunnen we zeggen dat er ook rond deze aspecten van het handelen van huisartsen een grote variatie tussen praktijken bestaat. Dat geeft tevens aan dat gerichte implementatie van standaarden en onderlinge toetsing, opgezet rond standaarden, kwaliteitswinst kan opleveren. □

De Nationale Studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts

In dit artikel zal worden gezien op welke wijze het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts kan worden geëvalueerd met behulp van een grootschalig survey uit de huisartspraktijk: de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen. Eerst zal het beleid in het kort worden weergegeven en vervolgens zullen daaruit enkele elementen worden gelicht waarvan met behulp van gegevens uit de Nationale Studie iets kan worden gezegd over de effectiviteit.

OVERHEIDSBELEID

Als we over de huisarts spreken, behoeven we ditmaal eens niet bij de 'Structuurnota' te beginnen; het ook nu nog relevante overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts begon bij een conflict over de honorering in het midden van de jaren zestig en met de oplossingen die door de commissies-Van de Ven en -Donner voor

J. van der Zee

respectievelijk de ziekenfonds- en particuliere praktijk zijn aangedragen^{1,2}. Het instellen van een norminkomen, gekoppeld aan een normpraktijk, en het harmoniseren van de ziekenfonds- en particuliere tarieven is ook nu nog van groot belang en maakt dat de omvang van de huisartspraktijk, de variaties daarin, het verloop ervan in de tijd en de sturing ervan eigenlijk het centrale beleidselement ten aanzien van de huisarts hebben gevormd in de afgelopen twintig jaar.

De 'Structuurnota' heeft nog wel wat opgeleverd in dit verband; als enige element uit de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) is er een wettelijk vestigingsbeleid voor huisartsen tot stand gekomen waarmee het voor de overheid mogelijk

werd niet alleen de normatieve praktijkgrootte en het inkomen van de huisarts te regelen, maar ook de (gemiddelde) feitelijke praktijkgrootte. Voor het eerst beschikte de rijksoverheid over mogelijkheden iets te ruilen en staatssecretaris Van der Reijden (met een goede neus voor een 'deal') sloot met de huisartsen (en met voorbijgaan aan ziekenfondsen en schadeverzekeraars) in 1985 een 'convenant', waarin vestigingsbeleid en inkomen werden gekoppeld, de goodwillbetaling bij praktijkoverdracht werd afgeschaft en de huisarts verklaarde aanspreekbaar te zijn op het 'Basistakenpakket' en zich op dat punt te laten controleren.

In de nieuwe beleidsvoornemens (opname huisartsenhulp in de AWBZ) geeft de rijksoverheid haar directe invloed op de omvang van de huisartspraktijk en de huisartseninkomens weer prijs en geeft

het beleid in handen van de nieuwe 'zorgverzekeraars'. In de nieuwe plannen wordt het traditionele onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënt opgeheven en verdwijnt de mogelijkheid zich voor kosten van huisartsenhulp niet te verzekeren. Ook wordt het verrichtingenelement in de honorering van de huisarts versterkt. Als derde en laatste beleidsmaatregel wordt het instellen van een eigen bijdrage voor een verwijzing (het specialistengeeltje) in 1988 tegen het licht gehouden. Bezien wordt of deze maatregel in de cijfers van de Nationale Studie (die ook het eerste kwartaal van 1988 beslaan) terug te vinden is.

FEITEN UIT DE STUDIE

In deze paragraaf worden drie onderwerpen beschreven: de omvang van de huisartspraktijk, de particuliere patiënt en verwijzingen naar de specialist.

Omvang huisartspraktijk

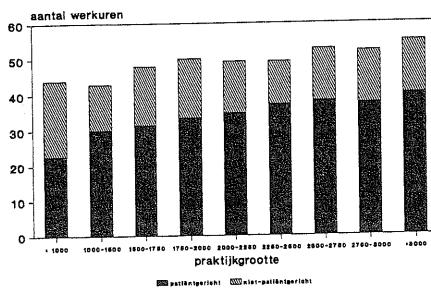
Met behulp van de Nationale Studie kan men de invloed van de omvang van de huisartspraktijk in verband brengen met de totale hoeveelheid bestede tijd, de tijd besteed aan patiëntenzorg en niet patiënt-gebonden activiteiten, het aantal contacten, de gemiddelde consultduur, etc.

In figuur 1 is de tijdsbesteding, verdeeld in patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden, naar praktijkgrootte weergegeven voor de totale tijd en tijd binnen 'normale' werktijden. Totaal is de gemiddelde werkweek 48,8 uur, met een verhouding van 70-30 voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. In grotere praktijken wordt langer gewerkt. De extra tijd zit louter in de patiëntgebonden activiteiten; men 'beknibbelt' op de niet-patiëntgebonden tijd. Dit laatste doet men vooral in praktijken met tussen de 1.500 en 2.500 patiënten, waardoor er in die groep geen duidelijk verband is tussen totale tijdsbesteding en praktijkgrootte; dat verband is er wél tussen patiëntgebonden tijd en praktijkgrootte.

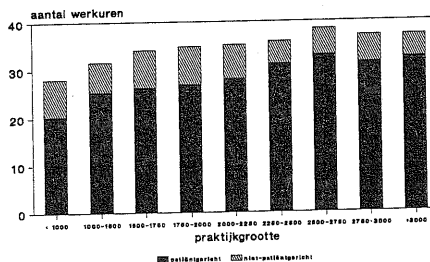
In figuur 2 is de gemiddelde consultduur vermeld. Men ziet een effect aan de extremen, maar in huisartspraktijken tussen de 1.000 en 2.500 zielen bedraagt de gemiddelde duur van een consult ongeveer 8 minuten; een vrijwel constant gemiddelde.

Er zijn natuurlijk meer activiteiten die samenhangen met de omvang van de huisartspraktijk. In tabel 1 zijn achtereenvolgens vermeld: het totaal aantal contacten (1); het percentage contacten op initiatief van de patiënt (2); het percentage contacten met de assistente (3); het percentage contacten, afgesloten met een nieuwe afspraak (4); idem met een verwijzing (5), en dat alles naar praktijkgrootte.

Figuur 1a. Gemiddeld aantal werkuren per week van een huisarts naar praktijkomvang.



Figuur 1b. Gemiddeld aantal werkuren per week van een huisarts naar praktijkomvang binnen de normale werktijden.

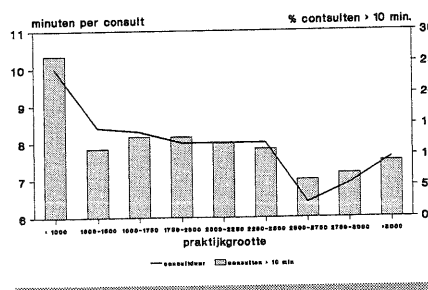


tiatief van de patiënt (2); het percentage contacten met de assistente (3); het percentage contacten, afgesloten met een nieuwe afspraak (4); idem met een verwijzing (5), en dat alles naar praktijkgrootte.

ad 1. Het totaal aantal contacten neemt gestaag toe met de praktijkomvang met een lichte afzwakking in praktijken groter dan 2.750 zielen.

ad 2. Het percentage contacten op initiatief van de patiënt fluctueert nogal (het gemiddelde ligt op 50%); binnen de groep praktijken tussen 1.500 en 2.500 zielen neemt het aandeel van deze contacten toe en neemt het aandeel van de

Figuur 2. Gemiddeld aantal minuten per spreekuurconsult en het percentage spreekuurconsulten langer dan 10 minuten.



terugbestelcontacten dus af. Voor initiatieven van de patiënt wordt, zo het zich laat aanzien, geen drempel opgeworpen in grotere praktijken.

ad 3. Alleen in de grotere praktijken (> 2.750 zielen) vindt een hoger percentage contacten met de assistente plaats.

ad 4. Het ziet er niet naar uit dat de huisartsen hun werkdruk reguleren door minder vaak terug te bestellen.

ad 5. Datzelfde geldt voor verwijzingen: huisartsen sluiten hun contacten niet vaker met een verwijzing af naarmate hun praktijk groter is.

Conclusie: Huisartsen hebben eigenlijk maar één manier om op een grotere praktijk te reageren, en dat is door langer te werken en vooral door meer tijd aan hun patiënten te besteden. Bij praktijken tussen de 1.500 en 2.500 zielen (een categorie van groot belang bij een mogelijke verdere praktijkverkleining) gaat de tijd besteed aan patiënten ten koste van de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. De tijd aan patiënten besteed gaat altijd voor.

Particuliere praktijk

Men kan het een speling van het lot noemen, dat net op het moment dat het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten gaat verdwijnen voor het eerst een cijfermatig onderbouwd beeld van de particuliere praktijk kan worden gegeven. 'Beter laat dan nooit', zal het motto van deze paragraaf zijn.

In tabel 2 vindt men de voornaamste kengetallen van de verzekerden; bij de particulieren is onderscheid gemaakt tussen hen die huisartsenhulp wel en niet verzekerd hebben. Ook is er een groep waarvan wel bekend is dat het om particulier verzekerden gaat, maar waarvan de huisartsverzekering onbekend is.

Ziektenfonds- en particulier verzekerden verschillen qua leeftijdsopbouw en opleiding; bovendien zijn er verschillen tussen de particulier verzekerden onderling. De groep zonder verzekering voor de huisarts is ouder en (nog) beter opgeleid dan die met huisartsverzekering. Met deze verschillen moet terdege rekening worden gehouden bij verdere vergelijkingen.

In tabel 3 treft men de verschillende contactfrequenties aan (in getallen per patiënt per drie maanden en in indexcijfers waarbij het getal voor ziekenfondsverzekerden op 100 is gesteld). Over de hele linie is het aantal consulten en visites bij particulieren lager (ongeveer 25% bij de consulten en 13% bij de visites). Particuliere patiënten zonder huisartsverzekering onderscheiden zich door een lager

aantal consulten en vooral door minder spoedconsulten en spoedvisites.

Vermenigvuldigt men de getallen in de totale groep particuliere patiënten met 4 om jaarcijfers te krijgen en met respectievelijk een factor 1 voor consulten, 1½ voor visites, 2 voor spoedconsulten en 3 voor spoedvisites, dan krijgt men een gewogen getal van 2,89 dat als basis voor de tariefberekening kan dienen. Dit getal komt aardig in de buurt van het cijfer dat voor het jaar 1985 door de Economische Controledienst bij solopraktijken is gevonden³ – de ECD vond 2,74 – toen er een dispuut tussen overheid en huisartsen was over het aantal consulten en visites in de particuliere praktijk.

Nu zegt het aantal consulten ook niet alles; de duur van de consulten, het aantal per consult gepresenteerde problemen en het aantal verwijzingen zijn ook van belang. In tabel 4 staan deze getallen ver-

Tabel 1. Praktijkgrootte en huisartscontacten (per drie maanden), 1987-1988.

praktijk-grootte	totaal huis-arts-con-tacten	per cen-tage ini-tia-tie ¹	per cen-tage ver-wij-zin-gen ¹	per cen-tage terug-bestel-len ¹	per cen-tage assis-tent ²
< 1.000	749	56,9	8,0	28,1	24,1
1.000-1.499	1.334	50,1	5,1	23,3	18,5
1.500-1.749	1.472	46,0	5,0	33,0	20,4
1.750-1.999	1.682	49,7	3,9	27,2	19,8
2.000-2.249	1.774	50,6	5,7	27,2	24,2
2.250-2.499	2.071	53,7	4,5	26,9	24,0
2.500-2.749	2.358	53,4	5,4	25,6	22,6
2.750-2.999	2.416	45,9	5,0	28,5	28,9
≥ 3.000	2.536	53,2	4,9	29,4	30,2
gemiddelde (n=160)	1.806	51,2	5,1	27,4	23,0

1. Van het totaal aantal huisartscontacten.
2. Van het totaal aantal contacten per praktijk.

Tabel 2. Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau van ziekenfondsverzekerden, particulieren met huisartsverzekering en particulieren zonder huisartsverzekering.

	parti-culier met huis-arts	parti-culier zonder huisarts	zieken-fonds
GESLACHT			
man	51,2	51,4	46,9
vrouw	48,7	48,6	53,0
LEEFTIJD			
0-14	24,5	20,3	17,2
15-24	13,4	13,3	18,7
25-44	33,6	28,7	32,0
45-64	19,0	24,6	19,2
65+	9,1	13,0	12,6
ONDERWIJSNIVEAU			
geen	0,9	1,4	1,8
lager	15,6	14,1	32,9
voortgezet	62,2	56,5	59,8
HBO/univ.	21,3	28,0	5,5

Tabel 3. Aantal consulten, visites, etc. per patiënt per drie maanden per verzekeringsvorm.

	zieken- index fonds	part. + huisarts	part. - huisarts	part. ?	part. totaal
spreekuur	0,6149 (100)	0,4921 (80)	0,4167 (68)	0,3605 (59)	0,4632 (75)
visite	0,1287 (100)	0,1105 (85)	0,1133 (88)	0,1227 (95)	0,1124 (87)
spoedconsult	0,0444 (100)	0,0348 (78)	0,0281 (63)	0,0348 (78)	0,0335 (75)
spoedvisite	0,0112 (100)	0,0080 (71)	0,0059 (53)	0,0089 (80)	0,0077 (71)
telefoon	0,0371 (100)	0,0322 (86)	0,0306 (82)	0,0340 (91)	0,0321 (87)
overig	0,0007	0,0005	0,000	0,0006	0,0005
aantal verzekerden	204.550	73.243	19.527	11.756	104.526

Tabel 4. Kengetallen huisartsenbezoek per verzekeringsvorm, gewogen voor verschillen in leeftijd (index ZF=100 tussen haken).

CONTACTEN PER 1.000 met huisarts	ZF	Part +	Part -
met huisarts	836 (100)	73% (85)	71% (70)
met assistente	304 (100)	27% (61)	18% (46)
totaal	1.141 (100)	90% (79)	19% (64)
HUISARTSCONTACTEN PER 1.000 NAAR CONSULTDUUR			
< 5 min.	200 (100)	24% (68)	13% (56)
5-10 min.	440 (100)	53% (84)	36% (67)
> 10 min.	183 (100)	22% (110)	28% (94)
AANTAL PROBLEEMEN PER CONSULT			
	1,25 (100)	1,32 (105)	1,31 (104)
VERWIJZINGEN			
actieve verw. per 1.000 pat.	51,7 (100)	39,3 (76)	36,6 (71)
administr. verw. per 1.000 pat.	26,6 (100)	15,0 (56)	4,9 (18)
actieve verw. per 1.000 contacten	61,5 (100)	56,4 (92)	61,6 (100)

meld; rekening is gehouden met de verschillen in leeftijd tussen de groepen verzekerden; om de vergelijkbaarheid te vergemakkelijken zijn ook indexcijfers gepresenteerd (ziekenfondsverzekerden = 100).

Uit de in tabel 4 gepresenteerde cijfers kunnen we concluderen dat vooral het aantal contacten met de assistente lager is bij particulieren (vooral bij particulieren zonder huisartsverzekering), dat particulier verzekerden wat vaker lange consulten hebben en wat minder vaak consulten van minder dan vijf minuten dan ziekenfondsverzekerden, maar dat hier nauwelijks verschillen zijn tussen de beide groepen particulieren. Men presenteert ietwat meer problemen per consult in de particuliere praktijk (een verschil van 4% à 5% met de ziekenfondsverzekerden) en men wordt vooral minder vaak naar de specialist verwezen (dat geldt zeker voor personen zonder verzekering voor huisartsenhulp), zij het dat deze verschillen voornamelijk worden veroorzaakt doordat parti-

Tabel 5. Subjectieve gezondheidstoestand, psychische gezondheid, houding ten opzichte van medisch ingrijpen en ten opzichte van gezondheid naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd voor leeftijds- en opleidingsverschillen; multiple classificatie-analyse).

	ZF	part +	part -
SUBJECTIEVE GEZONDHEID			
% personen matig/slechte gezondheid	19% (100)	13% (68)	8% (42)
% personen chronisch ziek (matig ernstig)	45% (100)	40% (89)	39% (87)
% personen chronisch ziek (ernstig)	20% (100)	14% (70)	16% (80)
PSYCHISCHE GEZONDHEID			
GQH-score	1,99 (100)	1,65 (83)	1,20 (60)
NEIGING TOT MEDISCH INGRUPPEN			
	36,25 (100)	37,42 (103)	38,00 (105)
LOCUS OF CONTROL			
intern	20,83 (100)	21,29 (102)	21,43 (103)
arts	23,63 (100)	22,86 (104)	22,60 (107)
toeval	22,06 (100)	22,86 (104)	22,60 (102)
aantal verzekerden (> 16 jaar)	7.088	2.692	511

culier verzekerden, inzonderheid degenen zonder verzekering voor huisartsenhulp minder vaak bij de huisarts komen. Het aantal actieve verwijzingen per contact is voor de drie groepen vrijwel gelijk. Als men bovendien bedenkt, dat bekend is dat personen zonder verzekering voor huisartsenhulp eenmaal naar de specialist verwezen ook nog eens 15% minder kosten aan specialistische en klinische verzorging declareren^{4 5}, dan kan men de krantekoppen al voor zich zien: 'Volksverzekering maakt gezondheidszorg duurder' . . . Het is derhalve van belang uit te vinden of personen zonder verzekering voor huisartsenhulp over een betere gezondheid beschikken, die misschien de gevonden verschillen kan verklaren. In de Nationale Studie is ook een groot enquêteonderzoek uitgevoerd; per praktijk zijn ongeveer 100 mensen ondervraagd over hun gezondheid, hun houding ten opzichte van ziekte en dokters en nog een aantal zaken meer. In tabel 5 vindt men een aantal resultaten uit de

enquête. Bij de presentatie van de cijfers is rekening gehouden met verschillen in leeftijd en opleidingsniveau tussen de groepen verzekerden. Ook hier zijn weer indexcijfers gebruikt. Gevraagd is naar: de subjectieve gezondheid (1), het lijden aan een matig ernstige of ernstige chronische aandoening (2), de psychische gezondheid (score op de General Health Questionnaire, GHQ) (3), de neiging bij kleine dingen heil van medisch ingrijpen te verwachten (4) en de mate waarin men denkt zijn eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden (de Health Locus of Control) (5).

ad 1. Particulier verzekerden en vooral degenen zonder huisartsverzekering voelen zich gezonder. Het gaat hier om forse verschillen.

ad 2. Bij chronische aandoeningen zijn de verschillen wel aanwezig, maar veel minder sterk.

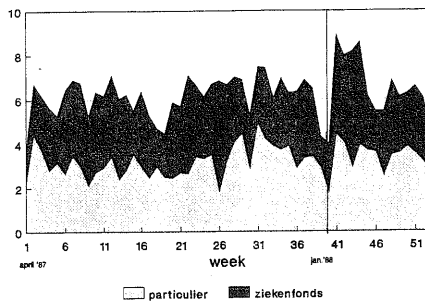
ad 3. Particulier verzekerden en vooral degenen die geen huisartsverzekering hebben, zijn psychisch gezonder en minder geneigd tot klagen dan ziekenfondsverzekerden.

ad 4. In de mate waarin men heil van medisch ingrijpen verwacht bij betrekkelijk onschuldige gezondheidsproblemen (een maat ontleend aan Van de Lisdonk⁶) verschillen de groepen nauwelijks van elkaar.

ad 5. Dat geldt ook voor de mate waarin men denkt de eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden. Deze maat bestaat uit drie delen; particulier verzekerden zijn iets meer geneigd dan ziekenfondsverzekerden te denken dat zij zelf hun gezondheid kunnen beïnvloeden en dat het opvolgen van adviezen van anderen (lees: artsen) hierbij helpt. De verschillen tussen de beide groepen particulier verzekerden zijn verwaarloosbaar.

Samengevat betekent het opheffen van de mogelijkheid zich *niet* voor huisartsenhulp te verzekeren, dat men voor een zich gezond voelende en vooral weinig last van spanningsklachten hebbende groep personen de drempel voor de huisartspraktijk verlaagt. Aangezien deze groep niet fundamenteel anders tegen ziekte en medisch ingrijpen aankijkt dan anderen en aangezien huisartsen de betrokken patiënten, als zij eenmaal komen, nauwelijks minder vaak naar de specialist verwijzen, mag men verwachten dat de gezondheidszorg inderdaad duurder wordt bij de nieuwe AWBZ-maatregelen. Het betreft een betrekkelijk kleine groep, waardoor het kosteneffect beperkt zal zijn.

Figuur 3. Verwijzingen per 1.000 patiënten.



Verwijzingen

Over verwijzingen is in het voorgaande al een en ander gezegd. Dit artikel wordt besloten met een analyse van de vraag of in de Nationale Studie iets terug te vinden is van het effect van de per 1 januari 1988 ingestelde (en inmiddels weer afgeschafte) eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden met betrekking tot een bezoek aan de specialist. Men zou een verhoging van het aantal verwijskaarten verwachten in december 1987 en een sterke daling in januari 1988. Bovendien zou dit effect alleen bij ziekenfondsverzekerden moeten optreden. In *figuur 3* zijn de verwijscijfers per patiënt per week weergegeven voor ziekenfonds- en particulier verzekerden. Er kan een verstoring effect optreden omdat per 1 januari een nieuwe

ploeg huisartsen aantrad in de studie, maar dit kan geen fundamenteel effect hebben op de cijfers. Het omgekeerde van het verwachte effect treedt op: minder verwijzingen in december 1987 en méér in januari 1988. Voor particulier verzekerden ligt dit niet anders. We mogen dus besluiten met een welgemeend: 'Adieu specialistengeeltje!'. □

Met bijzondere dank aan Diny de Bakker, Jack Hutten, Marja Tjihuis, Herman Sixma en Jan Pool.

Literatuur

1. Dopheide JP. Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Sluijs EM, Dopheide JP, Zee J van der (red). Overzichtsstudie Onderzoek Eerste Lijn. Utrecht: Nivel, 1985.
 2. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 1: Het overheidsbeleid. Utrecht: Nivel, 1987.
 3. Economische Controle Dienst Onderzoek Huisartspraktijken. ECD, 1987.
 4. KISG. Diverse jaarboeken sinds 1984.
 5. Zee J van der. Over de grenzen van de eerste lijn. Oratie Rijksuniversiteit Limburg. Utrecht: Nivel, 1989.
 6. Lisdonk EH van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk; een onderzoek met dagboeken. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press, 1972 (Maudsley Monographs nr 21).
- Halfens RJ. Locus of control; de beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg, 1985.

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.