

Spreekuurgedrag van huisartsen

De samenhang tussen de medisch-technische en de psychosociale aspecten

A. SMITS, H. MOKKINK, R. GROL, J. VAN EIJK, M. BEEK,
J. MESKER-NIESTEN EN P. MESKER*

Binnen de huisartsen-beroepsgroep ontstaat geleidelijk een steeds duidelijker visie op het ideale verloop van een spreekuurcontact. Essentieel daarin is de nadruk die wordt gelegd op de inbreng van de patiënt en op diens eigen verantwoordelijkheid. De vraag rijst, in hoeverre een dergelijke patiëntgerichte werkwijze samengaat met een adequaat diagnostisch en therapeutisch beleid. Deze vraag vormde het uitgangspunt voor een analyse van 815 spreekuurcontacten van in totaal 57 huisartsen. De belangrijkste uitkomst van het onderzoek is, dat huisartsen die meer openstaan voor de inbreng van de patiënt, en hun handelen meer expliciteren, ook adequater reageren op de naar voren gebrachte klachten.

Inleiding

In de huisartsgeneeskunde is de laatste jaren een steeds duidelijker visie ontwikkeld op de wijze waarop een spreekuurcontact in het algemeen dient te verlopen. Zo wordt in het Methodisch Werken veel nadruk gelegd op het belang van een systematische en gestructureerde werkwijze. In elke fase van het contact onderscheidt men bepaalde inhoudelijke thema's waaraan de huisarts aandacht dient te schenken. In het bijzonder wordt daarbij de verheldering van de hulpvraag van de patiënt benadrukt.¹

Preventie van Somatisch Fixatie kan men beschouwen als het Nijmeegs pendant van Methodisch Werken. Uitgangspunt is de opvatting dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen bij het voorkomen van processen van somatische fixatie.²

Het gemeenschappelijke van beide strategieën is dat sterk de nadruk wordt gelegd op de opbouw van de hulpverlening als een probleem-oplossend proces en op het belang van de eigen inbreng van de patiënt daarbij.

Men lijkt er inmiddels algemeen van overtuigd, dat het werken volgens deze inzichten de kwaliteit van de hulpverle-

ning ten goede komt. Deze overtuiging wordt voorlopig echter nog slechts in beperkte mate geschraagd door wetenschappelijk onderzoek. Dit is voor een deel een gevolg van de moeilijkheid om relevante kwaliteitscriteria toe te passen; daarnaast heeft het lange tijd ontbroken aan instrumenten om het spreekuurgedrag van de huisarts te meten.

Wat dit laatste betreft zijn de laatste jaren echter duidelijke vorderingen gemaakt. Voor methodisch werken ontwikkelde het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut een speciaal observatie-instrument.³ Het Utrechtse Instituut voor Huisartsgeneeskunde heeft, na enige jaren experimenteren met een simulatietechniek, onlangs ook een praktijkobservatie-instrument tot stand gebracht.^{4,5} In dit instrument wordt onder meer aandacht geschonken aan inhoudelijke aspecten van de hulpverlening, zoals aandacht voor psychosociale informatie en somatische aspecten van de klachten van de patiënt. Dat laatste is ook het oogmerk van het Nijmeegs observatie-instrument PREVARA.

De ongelijke verdeling van invloed, initiatieven, beslissingsmogelijkheden en verantwoordelijkheden tussen huisarts en patiënt kan de laatste meer dan nodig afhankelijk maken van de medische hulpverlening. Men mag aannemen dat de kans op een dergelijke afhankelijk-

heid kleiner is, als de huisarts de patiënt zoveel mogelijk betreft bij het zoeken naar een adequaat antwoord op de hulpvraag. Anderzijds is denkbaar dat zo'n werkwijze zou kunnen leiden tot een inadequaat diagnostisch en therapeutisch beleid. Als men patiënten vraagt wat zij denken te mankeren, noemen zij soms – na enige aarzeling – een specifieke (veelal ernstige) aandoening. Als de benadering van de huisarts daarna beperkt blijft tot de bevestiging of ontzenuwing van deze veronderstelling, dan schiet de hulpverlening te kort. Het proces van hypothesevorming en toetsing dient in de regel breed te beginnen, opdat alle relevante hypothesen aan bod kunnen komen en niet alleen die van de patiënt. Een grotere inbreng van de patiënt zou anderzijds ook kunnen leiden tot overbodige somatische handelingen.

In dit verband kan men zich afvragen, in hoeverre een meer op de patiënt gerichte werkwijze in de praktijk samengaat met een adequaat diagnostisch en therapeutisch beleid.

Methoden

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de audio-opnamen van 815 consulten die zijn vervaardigd in het kader van het project *Preventie van Somatische Fixatie*.

De medisch-technische vaardigheden van de huisartsen zijn beoordeeld aan de hand van de 24 PREVARA-protocollen: steeds werd gescoord welke *obligate* en welke *overbodige* handelingen door de geobserveerde huisarts werden verricht. Het aantal door elke huisarts verrichte handelingen is gerelateerd aan het theoretisch aantal obligate handelingen en aan het aantal geobserveerde consulten. De hieruit resulterende scores leverden een aantal maten op voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen. Voor dit artikel zijn hiervan vier maten van belang:

- voldoende diagnostiek;
- voldoende therapie;
- vermijden van overbodige diagnostiek;
- vermijden van overbodige therapie.

De gedragswetenschappelijke vaardigheden van de huisartsen zijn gemeten met behulp van een aantal beoordelingschalen. Op basis daarvan zijn scores berekend voor de volgende variabelen:

- openstaan voor de inbreng van de patiënt;
- expliciteren van het eigen handelen;
- psychosociaal handelen.

* Alle auteurs zijn als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

De variabelen

Gedragwetenschappelijke vaardigheden^a

- *Het openstaan voor de inbreng van de patiënt.* Heeft betrekking op de mate waarin de huisarts ruimte geeft voor en actief gericht is op inbreng, meningen, wensen en belevingen van de patiënt.
- *Het expliciteren van het eigen handelen.* Heeft betrekking op de mate waarin de huisarts duidelijk is over zijn denkproces, zijn bedoelingen en zijn handelen.
- *Psychosociale aandacht.* Heeft betrekking op de mate waarin de huisarts alert is op relevante psychosociale informatie, c.q. de mate waarin hij deze informatie in zijn aanpak betreft.

Medisch-technische vaardigheden^a

- *Voldoende diagnostiek.* Heeft betrekking op de mate waarin de huisarts noodzakelijke diagnostische handelingen verricht (anamnese, lichamenlijk

onderzoek en laboratoriumonderzoek).

- *Overbodige diagnostiek vermijden.* Heeft betrekking op de mate waarin de huisarts overbodige diagnostische handelingen nalaat.
- *Voldoende therapie.* Heeft betrekking op de mate waarin de huisarts noodzakelijke therapeutische handelingen verricht (voorlichting, advies, medicatie, verwijzing en terugbellen).
- *Overbodige therapie vermijden.* Heeft betrekking op de mate waarin de huisarts overbodige therapeutische handelingen nalaat.

^a De eerste twee vaardigheden kan men beschouwen als *voorwaardelijk*; zij hebben betrekking op de wijze waarop de huisarts vorm geeft aan het contact. De overige vaardigheden zijn meer *inhoudelijk* van aard; zij hebben betrekking op het diagnostisch en therapeutisch beleid van de huisarts.

Tabel 1 – Table 1. De samenhang tussen enkele spreekuurgedragaspecten bij 57 huisartsen (Pearson-correlaties) – Correlations between some surgery hour behaviour aspects of 57 general practitioners (Pearson correlations).

Substantive skills	Openness to patient's contribution	Explicitation of one's performance
Psychosocial attention	.57	.49
Adequate diagnosis	.45	.42
Avoidance of superfluous diagnosis	.05	.05
Adequate therapy	.41	.54
Avoidance of superfluous therapy	.28	.18

Correlation coefficients in excess of .21 are regarded as sufficiently high to be assigned statistical significance.

Tabel 2 – Table 2. Principale factor-analyse met betrekking tot enkele aspecten van het spreekuurgedrag (n = 57) – Principal factor analysis with regard to some aspects of surgery hour behaviour (n = 57).

Aspects of surgery hour behaviour	Factor 1	Factor 2
Openness to patient's contribution	.70	.00
Explicitation of one's performance	.69	-.09
Psychosocial attention	.63	.19
Adequate diagnosis	.70	-.40
Adequate therapy	.71	-.16
Avoidance of superfluous diagnosis	.18	.60
Avoidance of superfluous therapy	.42	.55
Own value	3.05	1.41
Percentage of explained variance	43.6	20.3

Een en ander is nader uiteengezet in de *bijlage* bij dit artikel.

De aldus geoperationaliseerde spreekuurvariabelen (*kader*) zijn geanalyseerd met behulp van twee statistische technieken: correlatie-analyse en factor-analyse.

Resultaten

Tabel 1 geeft de Pearson-correlaties tussen de voorwaardelijke en de inhoudelijke vaardigheden. Duidelijk blijkt dat het meer openstaan voor de inbreng van de patiënt en het meer expliciteren van het eigen handelen samengaan met meer aandacht voor relevante psychosociale factoren, én met het verrichten van meer obligate medisch-technische diagnostiek en therapie. Wat betreft de overbodige medisch-technische handelingen is er eigenlijk alleen een belangrijke correlatie tussen het openstaan voor de inbreng van de patiënt en het vermijden van overbodige therapie. Voor het overige ontbreken duidelijk correlaties. Anders gezegd: er kon geen negatieve samenhang worden aangetoond. Dat betekent dat meer openstaan en meer explicitering kennelijk geen overbodige medisch-technische handelingen met zich meebrengen.

In *tabel 2* zijn de factorladingen weergegeven op twee factoren. Hieruit blijkt dat (bijna) alle variabelen hoog laden op de generale factor en dat deze factor 43,6 procent van de variantie verklaart. Alleen de variabele „vermijden van overbodige diagnostiek” heeft een minder hoge lading, maar de richting is consistent met de overige variabelen. Dit betekent dat aan alle onderscheiden variabelen een gemeenschappelijke dimensie ten grondslag ligt, die het gehele spreekuurgedrag lijkt te bepalen. Het vaardigheidsniveau op het ene aspect gaat kennelijk hand in hand met het vaardigheidsniveau op elk ander aspect. Ook de tweede factor, die 20,3 procent van de variantie verklaart, lijkt van betekenis te zijn. Hierop laden alleen de medisch-technische aspecten van het spreekuurgedrag hoog. Opvallend is hier de tegengestelde richting van de ladingen op de variabelen „voldoende” en „overbodig”. Dit betekent dat het vermijden van overbodig medisch-technisch handelen ook deel kan uitmaken van een gedragspatroon van in het algemeen *te weinig* doen, waarbij dus noodzakelijke handelingen worden nagelaten. Het gaat hier om een dimensie in het spreekuurgedrag die is te benoemen als „uitgebreidheid van het medisch-technisch handelen”. Vermeldens-

waard hierbij is dat in deze dimensie de variabelen „openstaan” en „expliciteren” geen enkele rol spelen.

Beschouwing

Uit onze analyses concluderen we dat huisartsen die zich meer openstellen

voor de inbreng van de patiënt, en het eigen handelen voor de patiënt meer expliciteren, ook adequater reageren op de klachten van de patiënt, zowel in medisch-technisch als in psychosociaal opzicht. Omdat het hier een cross-sectioneel onderzoek betreft, is het niet duidelijk of het één voorafgaat aan het

ander. Men zou kunnen stellen dat het openstaan voor de inbreng van de patiënt een noodzakelijke voorwaarde is voor een adequate informatieverzameling, zeker als het gaat om persoonlijke belevingen en gedachten van de patiënt in de relatie tot zijn klachten. Het bespreken van dergelijke informatie stelt eisen aan de relationele vaardigheid van de huisarts.

Ten aanzien van het expliciteren van het eigen handelen kan men stellen dat een dergelijk spreekuurgedrag de patiënt beter in staat stelt medeverantwoordelijkheid te dragen. Anderzijds kan men redeneren dat een inhoudelijk meer adequaat werkende huisarts beter in staat is zijn deskundigheid over te dragen op de patiënt. We hebben hier waarschijnlijk te maken met een interactieproces waarbij oorzaak en gevolg niet gemakkelijk te scheiden zijn.

De conclusie die we uit de twee analyses kunnen trekken, luidt dat de verschillende aspecten van de spreekuurvaardigheid van een huisarts over het algemeen in gelijke mate ontwikkeld zijn. Deze uitkomst is in overeenstemming met de veronderstelde betekenis van de voorwaardelijke vaardigheden voor de inhoudelijke kwaliteit van de hulpverlening. De combinatie van vermijden van overbodige handelingen en verrichten van noodzakelijke handelingen lijkt deel uit te maken van een gedragspatroon waartoe ook psychosociale aandacht, aandacht voor de inbreng van de patiënt en het expliciteren van het eigen handelen behoren: de „integrale en preventieve werkwijze, die ertoe bijdraagt processen van somatische fixatie te voorkomen”.²

Een interessante nuancerings van het geschetste totaalbeeld komt tevoorschijn uit de factor-analyse, waarbij een tweede dimensie in het spreekuurgedrag kon worden vastgesteld. Deze exploratieve bevinding is aanleiding tot de formulering van de veronderstelling, dat de uitgebreidheid van het medisch-technisch handelen een tweede dimensie vormt in het spreekuurgedrag van een huisarts; een dimensie die onafhankelijk is van de voorwaardelijke vaardigheden en de aandacht voor psychosociale factoren. Als deze veronderstelling juist is, dan dient men extra voorzichtig te zijn met de beoordeling van het handelen van de huisarts op basis van één enkel gegeven, zoals de diagnostische werkwijze. Het gegeven dat een huisarts relatief veel noodzakelijk lichamelijk onderzoek doet, kan immers duiden op twee totaal verschillen-

Synopsis

Smits A, Mokkink H, Grol R, Van Eijk J, Beek M, Mesker-Niessen J, Mesker P. Surgery hour behaviour of general practitioners. Correlation between medical-technical and psychosocial aspects. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 121-5.

Introduction: In the past few years general practice has evolved more defined views on the general lines along which a surgery hour encounter should proceed. Strong emphasis is placed on the structuration of care provision as a problem-solving process and on the importance of the patient's contribution to it. An uneven distribution of influence, initiatives, decision-making possibilities and responsibility between general practitioner and patient can make the latter excessively dependent on the provision of medical care. The risk of this kind of dependence can be presumed to be smaller if the general practitioner optimally involves the patient in the search for an adequate answer to the request for help. On the other hand it is conceivable that such an approach might lead to an inadequate diagnostic and therapeutic strategy. In this context the question arises as to the extent to which a more patient-oriented approach is reconcilable in practice with an adequate diagnostic and therapeutic strategy.

Methods. The study was based on audiotapes of 815 encounters with a total of 57 general practitioners. The latter's medical-technical skills were assessed on the basis of 24 protocols, always scoring which *obligatory* and which *superfluous* activities were performed by the general practitioner observed. The number of activities performed by each general practitioner was related to the theoretical number of obligatory activities and to the number of encounters observed. The resulting scores provided a number of variables of the quality of medical-technical performance. Four of these variables are of importance to this article: adequate diagnosis, adequate therapy, avoidance of superfluous diagnosis and avoidance of superfluous therapy. The behaviour science skills of the general practitioners were measured with the aid of a number of rating scales. On this basis scores were calculated for the following variables: openness to patient's contribution, explicitation of one's perform-

ance, and psychosocial performance.

Thus operationalized, the surgery hour variables were analysed using two statistical techniques: correlation analysis and factor analysis.

Results. Table 1 presents the Pearson correlations between the conditional and the substantive skills. It clearly shows that more openness to the patient's contribution and more explicitation of one's performance correlated with more attention to relevant psychosocial factors and with more obligatory medical-technical diagnosis and therapy. With regard to superfluous medical-technical performance there was a significant correlation only between openness to the patient's contribution and avoidance of superfluous therapy; no other distinct correlations were found.

Table 2 shows the factor loads on two factors and reveals that (nearly) all variables load high on the general factor, which explains 43.6 percent of the variance. Only the variable „avoidance of superfluous diagnosis” has a less high load, but the direction is consistent with the other variables. This implies that all the variables used are based on a common dimension which would seem to explain the entire surgery hour behaviour. The level of skill in one respect appears to go hand in hand with the level of skill in every other respect. The second factor, which explains 20.3 percent of the variance, also seems to be of significance. Only the medical-technical aspects of surgery hour behaviour load high on this factor. A striking finding is the opposite direction of the loads on the variables „adequate” and „superfluous”. This means that avoidance of superfluous medical-technical performance can also be part of a behaviour pattern of generally doing *too little*, in which obligatory activities are omitted.

Discussion. We conclude from our analyses that general practitioners more open to the patient's contribution and more explicit to the patient about their own performance, react more adequately to the patient's complaints, both in medical-technical and in psychosocial terms. We are probably dealing here with an interaction process in which it is difficult to distinguish cause from effect.

Keywords: Encounter; Family Practice; Professional behaviour.

Address of authors: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen, The Netherlands.

de gedragspatronen: het kan zijn dat er sprake is van een integrale werkwijze, maar het kan ook zijn dat de huisarts nu eenmaal in het algemeen veel lichame-lijk onderzoek doet, of het nu nodig is of niet.

Voortgezet onderzoek naar dimensies in het spreekuurhandelen is echter gewenst. Enerzijds moet worden nagegaan of de bevindingen bij deze 57 huisartsen ook bij andere huisartsen gelden; het onderzoeksprogramma van het NUHI voorziet in deze mogelijkheid. Anderzijds kan dit type onderzoek direct ten nutte gemaakt worden voor de praktijk; het onderzoeksinstrument PREVARA is namelijk reeds goed bruikbaar gebleken in het kader van de huisartsopleiding en de onderlinge toetsing. Voortgezet onderzoek zal hopelijk de bruikbaarheid en de nauwkeurigheid ervan bevorderen.

Bijlage: PREVARA

Met het meetinstrument PREVARA kunnen zowel medisch-technische, als „gedragswetenschappelijke” vaardigheden van de huisarts worden gemeten:

- Het medisch technisch handelen kan worden gemeten aan de hand van 24 protocollen die betrekking hebben op evenzovele veel voorkomende ziekten. Over deze protocollen is in dit tijdschrift reeds veelvuldig gepubliceerd – zie onder meer het artikel van *Tielens e.a.* in het februarinummer van *Huisarts en Wetenschap*⁶ – zodat hier volstaan kan worden met enkele aanvullende opmerkingen.

De protocollen zijn gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek en talrijke panelbesprekingen met ervaren huisartsen. Het spreekt vanzelf, dat lang niet alle onderdelen wetenschappelijk zijn onderbouwd, maar zij vertegenwoordigen naar ons oordeel wél de huidige stand van kennis.

Wat de betrouwbaarheid van het medisch-technische deel van PREVARA betreft, vonden wij *interreliability*-coëfficiënten variërend van .70 tot .90.

- Het gedragswetenschappelijk deel van PREVARA heeft betrekking op de drie basisvaardigheden *Hanteren van de arts-patiënt relatie*, *Gericht en systematisch werken* en *Psychosociaal handelen*. Om deze vaardigheden te meten, wordt gebruik gemaakt van een aantal beoordelingschalen. Daartoe is elke vaardigheid opgesplitst in twee of meer deelactiviteiten. Het oordeel berust aldus op een aantal afzonderlijke waarnemin-

gen, waarbij zo concreet mogelijk omschreven beoordelingscriteria worden gehanteerd.

We noemen hier alleen de items die geselecteerd zijn op basis van hun discriminerend vermogen.

De vaardigheid *Gericht en systematisch werken* wordt gemeten aan de hand van de volgende vragen:

- in welke mate is de beginfase van het contact globaal en oriënterend?
 - in welke mate doet de huisarts expliciete pogingen om de vragen van de patiënt te verhelderen?
 - worden belangrijke momenten in het hulpverleningsproces (zoals de probleemdefinitie) duidelijk gemarkeerd?
- De vaardigheid *Hanteren van de arts-patiënt relatie* wordt eveneens gemeten aan de hand van drie vragen:
- in welke mate geeft de huisarts duidelijk informatie aan de patiënt?
 - in welke mate luistert de huisarts serieus naar en gaat hij serieus in op vragen, informatie en opvattingen van de patiënt?
 - in welke mate stimuleert de huisarts de patiënt om actief mee te denken in het hulpverleningsproces?

Door optelling en middeling van de beoordeling over alle geobserveerde contacten worden per huisarts zes scores verkregen, die deze zes deelvaardigheden indiceren. Vervolgens is met behulp van factor-analyse onderzocht, of de verschillende deelvaardigheden gegroepeerd en gesommeerd konden worden volgens de twee onderscheiden basisvaardigheden.

Uit tabel 3 blijkt dat dit niet het geval is: de deelvaardigheden zijn overigens wel onder te brengen in twee dimensies die als volgt kunnen worden benoemd:

- factor 1: openstaan voor de inbreng van de patiënt;
- factor 2: expliciteren van het eigen handelen door de huisarts.

Met deze indeling is het mogelijk de zes

deelvaardigheden terug te brengen tot twee, met een minimum aan informatieverlies.

Daarmee vervalt echter niet de betekenis van de oorspronkelijke twee basisvaardigheden *Gericht en systematisch werken* en *Hanteren van de arts-patiënt relatie*; deze zijn goed bruikbaar voor het onderwijs en bij onderlinge toetsing. De factor-analyse heeft wél aan het licht gebracht dat er een duidelijke dwarsverbinding is tussen deze twee basisvaardigheden: in beide zit een element van openstaan voor de inbreng van de patiënt en een element van expliciteren van het eigen handelen. De onderlinge verwevenheid van de twee basisvaardigheden komt bovendien tot uiting in het feit dat bij factor-analyse een scheve rotatie de meeste verklaarde variantie opleverde ($r = .46$).

Het *Psychosociaal handelen* wordt beoordeeld aan de hand van observaties over:

- de mate waarin de huisarts psychosociale signalen/informatie laat liggen;
- de mate waarin de patiënt signalen toont, die erop duiden dat psychosociale factoren een relevante rol spelen (risicoscore).

Door beide beoordelingen te combineren, kan worden berekend, bij welk deel van de contacten de huisarts relevante psychosociale signalen en informatie opmerkt en betreft bij zijn aanpak.

Het is duidelijk dat bij de gedragswetenschappelijke beoordelingen subjectieve interpretaties onvermijdelijk zijn. We raken hier een ingewikkeld methodisch probleem: het dilemma tussen enerzijds de eis van *betrouwbare* gegevens en anderzijds de eis van *relevante* gegevens. Dit dilemma hebben wij al eens omschreven als het zogenaamde RVT-syndroom (High Reliability plus High Validity kan leiden tot High Triviality).⁷ We beperken ons er hier toe op te

Tabel 3 – Table 3. Factor-analyse (oblique rotatie): deelvaardigheden van gedragswetenschappelijk deel van PREVARA (n = 57 huisartsen) – Factor analysis (oblique rotation): contributing skills of behaviour science part of PREVARA (n = 57 general practitioners).

Contributing skills	Factor 1	Factor 2
1. General start	.87	
2. Elucidation of question	.92	
3. Marking of problem definiton		.82
4. Giving information	.49	.59
5. Listing and taking seriously	.79	
6. Actively stimulating	.83	

Pearson's correlation coefficient factor 1/factor 2 $r = .46$.

merken, dat wij gekozen hebben voor beoordelings-items zoals „vraagverheldering”, die in de eerste plaats relevant zijn, maar vanwege hun complexiteit minder betrouwbaar. De *interreliability*-coëfficiënten van de gedragswetenschappelijke beoordelingen bleken dan ook matig te zijn (variërend van .30 tot .60).

Dat maakte het noodzakelijk enkele maatregelen te treffen om toch verantwoord gebruik te kunnen maken van deze gegevens. Zo werd onder meer het beoordelen van contacten van een huisarts gespreid over een aantal beoordelaars. Bovendien werd de scoring van de werkwijze van de huisarts gebaseerd op het totaalbeeld over alle beoordeelde contacten. De analyse vond daarom niet op contact-niveau, maar op huisarts-niveau plaats.

Ter beperking van een mogelijk *HALO*-effect, waarbij een oordeel over het ene gedragsaspect alle andere onderdelen mede bepaalt, werden medische en gedragswetenschappelijke aspecten niet door dezelfde beoordelaar gescoord, maar door respectievelijk een huisarts en een gedragswetenschapper. Voor meer gedetailleerde informatie omtrent het meetinstrument moge naar onze eerdere publikaties worden verwezen.⁸

¹ Van Aalderen H, Hollenbeek P, Brouwer P. Syllabus methodisch werken. Amsterdam; Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, 1981.

² Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

³ Hoed F, Sluis E. Het meten van methodisch werken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

⁴ Jacobs H, e.a. Hulpverlening door de huisarts bij vage klachten. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1980.

⁵ Pieters H, Jacobs H. Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst, een gedetailleerde consult-observatie. *Med Contact* 1983; 49: 1534-42.

⁶ Tielen V, Mokkink H, Mesker P. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 44-8.

⁷ Mokkink H, Smits A, Grol R. Prevara: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. *Ned Tijdschr Psychol* 1982; 37: 35-50.

⁸ Anoniem. Project: Preventie van somatische fixatie [Eindrapport]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

Towards 2000

Elfde WONCA-wereldcongres, Londen, 1-6 juni 1986

WONCA is de wereldorganisatie van wetenschappelijke huisartsenverenigingen. Elke drie jaar wordt een wetenschappelijk congres georganiseerd onder auspiciën van een van de leden. In 1986 zal het Royal College of General Practitioners als zodanig optreden. Het congres zal plaatsvinden in Londen, van 1 tot en met 6 juni van het volgend jaar.

Het volgende is bedoeld om reeds in een vroeg stadium algemene bekendheid te geven aan dit „om de hoek” te houden congres, en voorts specifieke informatie te verschaffen aan degenen die wetenschappelijk kunnen en wensen te contribueren.

Het congres-motief – Towards 2000 – is ontleend aan het devies van de Wereldgezondheidsorganisatie, geformuleerd tijdens de in 1978 in Alma Ata gehouden internationale conferentie over *primary health care: Health for All by the Year 2000*. Uit de zeven aan *primary health care* gerelateerde gebieden zijn er vier geselecteerd waarop gedurende de plenaire ochtendbijeenkomsten de aandacht zal worden gericht: Maatschappelijke betrokkenheid, Gezondheidszorg voor moeder en kind, Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, en voeding. Getracht zal worden de recente ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde aan de WHO-slogan te toetsen. Behalve de plenaire vergaderingen zal het wetenschappelijke programma bestaan uit originele bijdragen, die als *freestanding papers* of als *poster presentations* worden gegeven. Hierbij zal worden gestreefd naar clustering rondom thema's. De organisatoren hebben de neiging het aantal *freestanding papers* te beperken en de *poster presentations* te stimuleren. Bij het laatste krijgt de presentator gedurende een hele of halve dag de beschikking over een demonstratiebord

in een speciale demonstratieruimte. Deze manier van kennisoverdracht wekt associaties met een beurs en verwierf in korte tijd grote belangstelling, onder meer in de Verenigde Staten. Voorts wordt gestreefd naar een nauwe samenwerking met de verschillende Standing Committees van de WONCA.

In juli 1985 zullen de uitnodigingen voor de wetenschappelijke bijdragen, het programma, de formulieren voor de *abstracts* en voor de registratie door het congressecretariaat worden verzonden, onder meer aan het bureau van het NHG. Zij die zich op voorhand willen verzekeren van de toezending van dit materiaal, kunnen daartoe een verzoek richten aan het congressecretariaat: Conference Associates WONCA, 27A Medway Street, London SW1P 2BD, U.K.

Abstracts van te houden voordrachten en poster-demonstraties dienen voor 15 oktober 1985 bij het congressecretariaat te zijn ingeleverd. Alle *abstracts* zullen in gebundelde vorm aan de congresdeelnemers bij de aanvang worden uitgereikt.

Tot slot een overzicht van de voor de plenaire bijeenkomsten uitgenodigde sprekers. De openingsrede zal worden uitgesproken door Dr. Hanno Vuori, werkzaam bij de WHO in Kopenhagen. Met betrekking tot het onderwerp Maatschappelijke betrokkenheid spreken Dr. R. S. Arole (India), Dr. J. de Maeseneer (België) en Dr. W. J. Stelmach (v.s.); Over Gezondheidszorg voor moeder en kind: Dr. Anna-Karin Furhoff (Zweden), Dr. Leela De A. Karunaratne (Sri Lanka) en Prof. Dr. M. Klein (Canada); Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: Dr. P. M. Barham (Nieuw Zeeland), Prof. Z. Jaksic (Joegoslavië) en Dr. H. Siem (Noorwegen). Voeding: Prof. W. P. T. James (U.K.), Prof. M. Kamien (Australië) en Dr. P. Sive (Israël).

A. Hofmans