

# Implementaties van technologische en wetenschappelijke vernieuwingen

K. GILL

**Implementatie van technologische en wetenschappelijke vernieuwingen wordt onder andere bepaald door het ontbreken van een 'formal limit' van de huisartsgeneeskunde en is niet los te zien van sociale structuren als het gezin en de organisatie van de gezondheidszorg. Het veilig voorschrijven van nieuwe farmaca vraagt een kritische houding en grote aandacht ten aanzien van de leeftijd van de patiënt, alsmede van de farmacokinetiek en -dynamiek, de bijwerkingen, toedieningsvorm, interacties en het genezingspercentage, en niet in de laatste plaats de kosten. Nederland steekt tegenover de Westeuropese landen en de Verenigde Staten gunstig af met betrekking tot het niet-voorschrijven van medicijnen. Technologische implementaties hebben op diagnostische en therapeutisch gebied zich vooral toegespitst op urineweginfecties, electrocardiografie en cardiofonie, audiometrie en de vroege opsporing van gehoorstoornissen. Psychosociale vernieuwingen hebben een dimensie aan de stethoscoop van de huisarts toegevoegd. De waarde van alle implementaties vereist van iedere huisarts een goed evenwicht tussen kunde en kunst te vinden.**

**Gill K. Implementaties van technologische en wetenschappelijke vernieuwingen. Huisarts Wet 1991; 34(3): 146-8.**

Prof. dr. K. Gill, Plein 2, 2471 AN Zwammerdam.

## Inleiding

*Nullius in verba  
Royal Society of London*

De uitnodiging een essay te schrijven over implementatie van technologische en wetenschappelijke vernieuwingen in het huisartsgeneeskundig denken en handelen vergt allereerst een omschrijving van de begrippen technologisch en wetenschappelijk. Onder technologisch zal worden verstaan therapeutische en diagnostische verichtingen die een zekere vaardigheid vereisen. Onder wetenschap verstaan we een verzameling van kennis, wetten, theorieën en hypothesen, die de basis kunnen vormen voor het verkrijgen van nieuwe kennis.

Zolang deze elementen van wetenschap producenten zijn van kritisch denken en van intellectuele verantwoordelijkheid,<sup>1</sup> en niet gefalsificeerd zijn, mogen ze voorlopig als onweerlegbare paradigma's worden gehouden en uitgangspunten zijn voor denken en handelen. Omdat kennis en waarheid altijd relatief zijn en er geen onomstotelijke waarheid bestaat, moeten wetenschappelijke vorderingen evenwel provoceren tot nadenken alvorens ze te implementeren. Dat maakt ook het merkwaardige motto van de eerbiedwaardige Royal Society of London (1660) ter bevordering van kennis 'Neem niets op gezag van anderen aan' tot een aanvaardbaar uitgangspunt.

## Nieuwe geneesmiddelen

Tot de verwickelingen en verwarringen in de implementaties kan worden gerekend het terrein van het zich snel uitbreidende assortiment geneesmiddelen na de Tweede Wereldoorlog. Dat betreft voornamelijk de hart-vaatmiddelen, de antibiotica, psychofarmaca, middelen tegen aandoeningen van de ademhalingswegen en analgetica. Van deze middelen wordt een groot aantal door de huisarts voorgeschreven. Derhalve is kennis vereist van de geneesmiddelkeuze, de farmacokinetiek en farmacodynamiek, de bijwerkingen, de toedieningsvormen, de interacties en inzicht in het genezingspercentage. Vooral bij ouderen heeft een lacunaire kennis in een aanzienlijk

aantal gevallen tot morbiditeit en mortaliteit geleid.

Aan de kennis en het voorschrijven gaat onderzoek vooraf, dat moet voldoen aan eerlijkheid, objectiviteit, verdraagzaamheid, twijfel aan zekerheid en onbaatzuchtige inzet.<sup>2</sup> Door het ontbreken van *at random* onderzoek met controlegroepen heeft het verschillende keren tot zwarte bladzijden in de geneeskunde geleid. De moderne iatrogenese met ziekten door de medische vooruitgang begon met het thalidomide-drama in 1961, waardoor 8000 kinderen zonder armen of benen werden geboren. Tien jaar later verbood de Japanse regering de verkoop van Clotrimazol (Enteroform®) ter behandeling van onschuldige diarree en darmklachten. Ten minste 10.000 mensen waren toen het slachtoffer geworden van de 'subacute neuromyelitis optica' en ettelijke kinderen zijn eraan overleden.<sup>3</sup> Slechts op theoretische gronden is Diethylstilboestrol (DES), dat miskramen zou tegengaan, aan moeders vroeg in de zwangerschap voorgeschreven. Thans zijn enkele honderden gevallen van kanker vastgesteld als gevolg van dit volledig ineffectieve middel.

Van recente datum is het toedienen van bloed besmet met Aids-virus, waardoor patiënten een dodelijk verloopende ziekte door een geneeskundige handeling hebben opgelopen.

Helaas blijkt dus de doeltreffendheid van nieuwe middelen en methoden te worden overschaduwed door schadelijke bijwerkingen. Deze zijn van toxische en allergische aard; de resistentie tegen bepaalde middelen vormt een apart probleem. Maximale effectiviteit en minimale nevenverschijnselen zijn derhalve het doel, opdat het middel niet erger dan de kwaal wordt. De verantwoordelijkheid inzake het voorschrijven van farmaca is daarmee toegenomen.

Het boek 'Schadelijke nevenwerkingen van geneesmiddelen' van Meyler<sup>4</sup> was in 1951 een vernieuwing van kennis, die om implementatie vroeg. We kunnen ons afvragen wat het effect hiervan is geweest. Enerzijds stelt Merkus bijna 25 jaar later dat in ons land naar schatting 4 tot 5 procent van de schadelijke nevenwerkingen van farmaca tot ziekenhuisopnamen leiden. Omgerekend naar geld betekent dit voor

het einde van de jaren zestig 120 miljoen gulden.<sup>5</sup> Als we anderzijds de implementatie in 1986 afwegen tegen het percentage diagnoses van huisartsen en specialisten in andere Westeuropese landen en de Verenigde Staten waarbij géén medicijnen worden voorgeschreven, steekt ons land daarbij gunstig af. In Nederland is dat bij 46 procent van de diagnoses het geval, tegen Italië met 5 procent, België 8 procent, Spanje 16 procent, Frankrijk 20 procent, Verenigd Koninkrijk 29 procent en de Verenigde Staten 36 procent.<sup>6</sup> De farmacotherapie-gesprekken met apothekers zullen hieraan hebben bijgedragen.

## Technologie

De implementatie van de technologische geneeskunde is in 1956 gestart met het voornemen van een nieuwe taakopvatting met hoge eisen en wetenschappelijke normen.<sup>7</sup> Naast de technologische ontwikkelingen en mogelijkheden in de geneeskunde van reparatieve aard zijn het vooral de diagnostische en therapeutische innovaties, die door verschillende huisartsen na training en bijscholing werden overgenomen. Voorbeelden hiervan zijn het onderzoek en de implementatie van de betrouwbaarheid van diagnostiek en behandeling van urineweginfecties.<sup>8, 9</sup>

Een andere diagnostische vaardigheid is de electrocardiografie, later gevolgd door de cardifonie.<sup>10-12</sup> Door onderzoek krijgt het hartinfarct in de huisartspraktijk een nieuwe dimensie,<sup>13</sup> evenals de diagnostiek van het glaucoma simplex.<sup>14</sup>

De audiometrie vindt meer ingang in de huisartspraktijk dan de reeds genoemde vaardigheden, terwijl de fundusfotografie bij het vroegtijdig opsporen van diabetische retinopathie met een geringe toename van de werkdruk realiseerbaar blijkt te zijn.<sup>15</sup> Het resultaat is een positieve bijdrage aan de preventie van blindheid.

Uit deze onvolledige opsomming mag blijken dat verschillende huisartsen een dissertatie-onderzoek hebben verricht naar een technologisch-diagnostisch model in de praktijk, dat echter niet door alle huisartsen in de praktijkvoering is geïmplementeerd.

Van specialistische zijde zijn verschillen-

de wetenschappelijk bewerkte technologische vaardigheden, zoals de methode Ewing voor de opsporing van gehoorstoornissen op de leeftijd van negen maanden,<sup>16, 17</sup> de 'kleine chirurgie' en het voorschrijven van een bril in de praktijk overgenomen, inclusief de meting van de intraoculaire druk volgens Schiötz.

Tot besluit van de implementatie van technologie is het faciliteren van laboratoriumonderzoek vermeldenswaard. Het heeft de huisarts op diagnostisch gebied aanzienlijk meer mogelijkheden gegeven.

## Kennis uit de psychosociale wetenschappen

Van geheel andere aard is de implementatie van kennis, die betrekking heeft op het patiënt-huisarts contact, het gezin, seksueel gedrag en de medische ethiek.

### • *Het patiënt-huisarts contact, 'le phénomène hollandais'*

De psychiaters Weyel en Balint kregen in de jaren zestig invloed op de implementatie van research. Weyel maakte de psychiatrie<sup>18</sup> en later de medische psychologie<sup>19</sup> voor de huisarts toegankelijk. De klinische psychiatrie was immers zowel diagnostisch als therapeutisch ontoereikend voor de psychische en sociale problemen en stoornissen in de huisartspraktijk. Hij verschaftte hiermee de huisarts een psychosociale stethoscoop voor het gedrag van mensen in een tijd waarin Buma reeds had gesteld dat in 38 procent van alle aandoeningen die de huisarts ziet, psychische en omgevingsinvloeden een rol spelen.<sup>20</sup> Voorts wees Weyel op de verwarring van klacht en symptoom, waarbij de somatische klacht als symptoom wordt geïdentificeerd. Hij betrok daarbij de premedische fase, waarmee de klacht een geschiedenis krijgt.

Weyel en Balint<sup>21</sup> slaagden erin de somatische klacht, hoe sociaal aanvaardbaar ook, te ontmantelen en de huisarts als somatisch deskundige het vermogen te bieden zijn patiënt meer integraal te benaderen. Het resultaat van hun inspanning was dat minstens 10 procent van de huisartsen aan de studiegroepen Medische psychologie deelnam.<sup>22</sup> Het charisma van de huisarts kreeg hiermee een nieuw impuls,

hetgeen van belang was in een tijd waarin de verwachtingen van de geneeskunde sterk werden overtrokken.

Dat hier uitvoeriger is stilgestaan bij Weyel en minder bij Balint, vindt zijn oorzaak in het feit dat Dokter reeds verschillende publikaties aan Balint heeft gewijd.<sup>23, 24</sup>

### • *Gezins- en levensloopgeneeskunde*

Eind jaren zestig en begin jaren zeventig vonden twee belangrijke gebeurtenissen plaats. Huygen bracht 'the nuclear family' als microbiologische, psychologische en sociologische eenheid onder de aandacht van de huisarts. Hij ontvouwde een visionair beeld van deze werkeenheden: bevordering van gezondheid door continue zorg, met zicht op ecologie en epidemiologie, verhoging van het diagnostisch niveau door gezinsdiagnostiek en het speuren naar familiale disposities.<sup>25</sup> Huygens longitudinale onderzoeken leiden tot zijn inmiddels klassiek geworden *Family medicine*.<sup>26</sup>

Een jaar voor de oratie van Huygen wees Van Es op de mens in zijn gezinsmilieu als een persoon met een geschiedenis.<sup>27</sup> Hij werkte dit concept later uit in de levensloopgeneeskunde, dat in zijn leerboek – het eerste leerboek huisartsgeneeskunde – doortintelt.<sup>28</sup> Niet alleen de lichamelijke, maar eveneens de sociale en psychologische veranderingen in de levensfasen van mensen vallen hierin op hun plaats. In zijn afscheidscollege benadrukte Van Es het primaat van het woord en het gesprek, dat hersteld moet worden in die zin, dat het onderzoek daarvan is afgeleid en het karakter van aanvullend onderzoek herkrijgt.<sup>29</sup>

### • *Love and freedom*

In de seksuele revolutie 'Love and freedom' van de jaren zestig lagen andere vernieuwingen op implementatie te wachten. De orale anticonceptie, die condoom en pessarium leek te verdringen, bleef niet beperkt tot het voorschrijven van een medicament. Seksueel gedrag, relaties en de leeftijd van de betrokkene kwamen binnen de gezichtskring van de huisarts. Deze vereisten kennis van de werking en bijwerkingen van de te onderscheiden middelen, de voor- en nadelen van pil, 'prik-pil' en IUD, alsmede in het begin onderzoek van ge-

wicht, bloeddruk, urine en inwendige genitaliën. Door de receptuur en het controle-onderzoek werd de vrouw voor haar anti-conceptie huisarts-afhankelijk. En dat in een tijd dat de opkomst van de patiëntenverenigingen liet zien dat de patiënt in de arts-patiënt relatie meer protagonist was geworden.

#### • Ethiek

Naast de implementatie van de strikt medisch-wetenschappelijke bevindingen inzake anticonceptie kwamen meer ethische problemen om de hoek kijken. Later bleek dat het nog maar een begin was geweest van een reeks medisch-ethische problemen, zoals abortus provocatus, kunstmatige inseminatie, in-vitro fertilisatie, draagmoederschap en levensverlengende technologie versus menswaardig sterven. Sinds namelijk in de tweede helft van deze eeuw de derde revolutie zich heeft aangediend, die welzijn en geluk als doeleinden nastreeft,<sup>30</sup> vraagt de ethiek als wetenschap van de moraal om implementatie. Dat betekent een systematische bezinning en een methodische reflectie op verantwoord handelen. Tegelijkertijd zien we de dokter als autoritaire betweter vervagen,<sup>31</sup> doordat in dit proces van implementatie de ontmoeting plaatsvindt met de mondig geworden patiënt, die in een latere fase zich op zijn zelfbeschikkingsrecht beroept. Principes als weldoen en barmhartigheid doen hun intrede, waaraan de huisarts moet wennen omdat ze in de opleiding niet expliciet aan de orde worden gesteld, maar worden verondersteld impliciet aanwezig te zijn. Was het niet Baron Georges Cuvier (1769-1832) die schreef dat 'on n'a pas le droit d'être un mauvais médecin'?

#### Post scriptum

Uit het voorgaande is gebleken dat een expliciet onderscheid tussen technologische en wetenschappelijke vernieuwingen niet goed mogelijk is. Voorts wreekt zich in dit essay het gemis aan de *formal limit* van ons vakgebied.<sup>32</sup> Omdat onbesproken aspecten en het maken van keuzen inherent aan een essay zijn, zijn andere implementaties zoals de specifieke beroepsopleiding tot huisarts, multidisciplinair samenwer-

ken, toetsing, methodisch werken, de protocollen, het standaardenbeleid, nascholing, deskundigheidsbevordering, patiëntenvoorlichting en de kwaliteit van hulp op maat niet aan de orde gesteld. Huisartsgeneeskunde is per slot niet louter en alleen een wetenschap die met een verlangen naar kennis wordt beoefend. Zij is – bij de een meer, de ander minder – ook op de geneeskunst gericht. Als die met compassie en respect voor de patiënt impliciet wordt uitgeoefend, zal het geweten steeds opnieuw de grens en de waarden van implementaties bepalen, samen met de patiënt. Goethe zegt het in Faust nog beter:

*Ein guter Mensch in seinem dunklen Drange*

*Ist sich des rechten Weges wohl bewusst.*

#### Literatuur

- 1 Popper KR. Conjectures and refutations. The growth of scientific knowledge. London: Routledge and Kegan Paul, 1963.
- 2 Dunning AJ. Broeder Ezel. Amsterdam/ Utrecht: Meulenhoff/Bunge, 1981.
- 3 Taylor R. Stuurloze geneeskunde. Lochem, Popering: De Tijdstroom, 1983.
- 4 Meyer L. Schadelijke nevenwerkingen van geneesmiddelen. Assen: Van Gorcum, 1951.
- 5 Merkus FWHM. De kwaliteit van de huidige farmacotherapie [Oratie]. Amsterdam: Bohn, 1974.
- 6 Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie (Nefarma), Utrecht, 1986.
- 7 Gill K. Van ideaal naar adaptatie. In: Ten Cate RS, Huygen FJA, Hogerzeil HHW, et al. In het perspectief van toen. Lelystad: Meditekt, 1988.
- 8 Luger GW. Urineweginfecties in de algemene praktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1967.
- 9 Trommel MJ. Huisarts en urineweginfectie [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1968.
- 10 De Beus, ChH. Elektrocardiografie in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1969.
- 11 Burger AKC. Een algemeen lichamelijk en elektrocardiografisch onderzoek bij een groep bejaarden in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1971.
- 12 Schilperoot J. De toepasbaarheid van elektrocardiografische diagnostiek in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1977.
- 13 Van der Does E, Lubsen J. Aucte coronary events in general practice [Dissertatie]. Rot-

terdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1978.

- 14 Rens JWGA. Glaucoma simplex in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1976.
- 15 Van der Kar WJAM. Een onderzoek naar de waarde van de fundusfotografie bij het opsporen van diabetische retinopathie in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
- 16 Van Laar F. Opsporing van dove en slechthorende kinderen op het consultatiebureau voor zuigelingen. Tijdschr Ziekenverpleging 1970; 23(1):3.
- 17 Van Laar F. Opsporing gehoorstoornissen bij 9-maanden oude zuigelingen. Voordracht Symposium 'Het slechthorende kind'. Amsterdam, 1970.
- 18 Weyel JA. Psychiatry in general practice. Amsterdam: Elsevier, 1958.
- 19 Weyel JA. Medische psychologie. Den Haag: Van Stockum, 1960.
- 20 Buma JT. De huisarts en zijn patiënt. Amsterdam: De Lange, 1950.
- 21 Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman, 1960.
- 22 Veldhuizen van Zanten RC. Naar een integrale geneeskunde. Huisarts Wet 1959; 2: 192-7, 214-8.
- 23 Dokter HJ, Verhage F, Balint herzien. In: Van Es JC, Joossens JV, Mandema E, Olthuis G, red. Het medisch jaar 1984. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
- 24 Dokter HJ. Werken aan de arts-patiënt relatie. In: Van Es JC, Joossens JV, Mandema E, Olthuis G, red. Het medisch jaar 1984. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
- 25 Huygen FJA. Gezin en gezondheid [Oratie]. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1968.
- 26 Huygen FJA. Family medicine. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1978.
- 27 Van Es JC. Het moderne gewaad van de huisarts [Oratie]. Assen: Van Gorcum, 1967.
- 28 Van Es JC. Patiënt en huisarts. 1e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1974.
- 29 Van Es JC. Huisarts en universiteit. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.
- 30 Weyel JA. De derde revolutie. Socialisme en democratie 1968: 1-21.
- 31 Van den Hoofdakker RH. Het bolwerk van de betweters. Amsterdam: Van Gennep, 1970.
- 32 Gillie A. The field of work of the family doctor. Report of the Subcommittee Standing Medical Advisory Committee. London: HMSO, 1963.

# In de zorg, uit de zorg

## Huisarts en thuiszorg

**Het NHG-congres werd op 30 november 1990 in Groningen gehouden en had als thema: huisarts en thuiszorg.**

### Opening

NHG voorzitter V. Tielens opende het congres. Hij ging hierbij niet op het thema in, maar bracht drie belangrijke beleidslijnen van het NHG voor de komende jaren onder de aandacht:

- het kwaliteitsbeleid, waarvan de standaarden een goed voorbeeld zijn;
- de toetsing;
- de preventie.

Hij benadrukte dat het NHG het buitengewoon spijtig vindt dat de staatssecretaris van WVC voornamelijk om financiële redenen zijn veto heeft uitgesproken over de driejarige beroepsopleiding. Met een tweejarige beroepsopleiding en het voorziene tekort aan huisartsen zullen plannen en projecten langzamer gerealiseerd kunnen worden.

### NHG-prijs

Vervolgens reikte H. Dokter de NHG-prijs 1990 uit aan S. Verhoeven voor zijn artikel 'Kanttekeningen bij een standaard. De NHG-standaard Diabetes Mellitus type II vergeleken met de uitkomsten van een onderzoek onder 137 patiënten'. De NHG-prijs wordt jaarlijks uitgereikt en is bestemd voor de huisarts die naar het oordeel van de jury in het afgelopen jaar het beste artikel in *Huisarts en Wetenschap* heeft geschreven. In zijn artikel (Huisarts Wet 1990; 33: 375-8) vergeleek Verhoeven het beleid bij 137 patiënten met diabetes mellitus type II uit vier huisartspraktijken met de NHG-standaard. Zowel de behandeling als de controle bleken niet aan de richtlijnen te voldoen. Verder werden gegevens verzameld over de late complicaties bij de onderzochte groep. Hieruit bleek dat er in het jaarlijks onderzoek meer nadruk gelegd moet worden op funduscontrole, inspectie van de voeten, meting van de bloeddruk en cholesterolbepaling.

Daarna maakte F. Garnier, lid van de congrescommissie en voorzitter van de Stichting Thuiszorg Amsterdam, bekend dat de jaarlijkse prijs van de Stichting ten bedrage van NLG 10.000 was toegekend aan de Buddy's voor een rouwverwerkingsproject.

### Thuiszorg

Het inhoudelijke gedeelte van het congres werd ingeleid door M. Bootsma-de Langen, die de plaats van de huisarts binnen de thuiszorg toelichtte. Spreekster maakte een onderscheid tus-

sen algemene thuiszorg, zoals die vanouds door huisartsen in samenwerking met andere thuisdisciplines wordt gegeven, en intensieve thuiszorg, die een groter beslag legt op tijd, inzet en improvisatievermogen. Per week zou de huisarts gemiddeld vijf tot zeven uur aan thuiszorg-taken besteden. Benadrukt werd dat de huisarts over voldoende kennis en vaardigheden moet beschikken om deze taken goed te kunnen verrichten en zich hiertoe moet nascholen en laten toetsen.

### Parallelsessies

Vervolgens gingen de congresgangers uiteen voor de parallelsessies: per deelnemer één lezing, één workshop en één 'samenwerkingservaring'. Daarnaast bestond voor sommigen de mogelijkheid te oefenen met een aantal vaardigheden die van belang zijn voor thuiszorg, zoals catheteriseren, sondevoeding toedienen en wondverzorging.

In de lezingen werd wetenschappelijk onderzoek over aspecten van thuiszorg gepresenteerd. Aan de orde kwamen: handelen van de huisarts bij verlening van intensieve zorg, de verschillen tussen thuiszorg in de grote stad en op het platteland, de demente bejaarde thuis, thuiszorg aan Aids-patiënten, het protocollenproject *ulcus cruris* en de CVA-patiënt thuis.

In de elf workshops konden de congresbezoekers zich wat actiever opstellen en zich bezighouden met onderwerpen als communicatie in de thuiszorg, 'kijk eens naar je eigen sterfbed', en educatie van patiënten met diabetes mellitus type II. De door mij bezochte workshop over technologie in de thuiszorg bleek een heel praktisch karakter te hebben. Enkele misverstanden over het gebruik van morfine bij pijnbestrijding van terminale patiënten kwamen aan de hand van een casus aan de orde. Als nieuwe ontwikkeling werden infuuspompjes gedemonstreerd, waarmee thuis voor een 24-uurs toediening van subcutane morfine kan worden gezorgd.

Verder werden drie aspecten van samenwerking bij de thuiszorg gepresenteerd: het home-team, het eerste-tweedelijnsproject van de VU en de huisarts in het verzorgingstehuis. Dit laatste onderwerp werd uiterst smeuig gepresenteerd door vier Groningse huisartsen, die de problemen rond huisartsenzorg in een verzorgingshuis inventariseerden. Eén van de knelpunten werd zeer beeldend weergegeven: er waren maar liefst 463 streepjes nodig op een kaart van de stad Groningen om de relatie tussen alle bejaardenhuizen en alle huisartsen van die stad weer te geven. Aanbevolen werd om in PHV-verband af te spreken om de medische verzorging van een bejaardenhuis door één of hooguit twee waarneemgroepen te laten verrichten.

### Slot

In de slotbeschuiving van E. Schadé werd geconstateerd dat de beroepsgroep huisartsen de uitdaging van de thuiszorg als nieuw zorgconcept heeft aangenomen en adequaat aan het beantwoorden is. De spreker concludeerde dat de huisarts staat voor geïndividualiseerde zorg met toenemende aandacht voor de patiënt met chronische ziekten of beperkingen. De thuiszorg moet kwalitatief hoogwaardig zijn. Samenwerking is belangrijk op basis van complementariteit, zowel binnen dezelfde functie als tussen de functies en met bijzondere aandacht voor het mantelzorg-systeem.

Aan het einde van de dag mocht als uitsmijter ook nog een patiënt het woord voeren. Deze krasse bejaarde vertelde treffend over zijn ervaringen met de ambitieuze leden van een thuiszorgteam op een wijze die van veel inside information deed blijken en tot grote hilariteit in de zaal leidde.

### Nabeschouwing

Na afloop doemt bij mij altijd de vraag op wat ik ervan heb opgestoken. Over het geheel genomen heb ik me in ieder geval prima geamuseerd. Het gedeelte in de wandelgangen was gezellig en ontspannen, met name doordat de voedsel- en drankvoorziening in de Groningse Oosterpoort heel goed was georganiseerd. De uitgereikte voorlichtingsmap over thuiszorg bleek nuttige informatie te bevatten. Deze losbladige map is bedoeld als ondersteuning bij het geven van voorlichting over thuiszorg aan patiënten en kan met eigen materiaal worden aangevuld.

Voor mij als praktiserend huisarts is thuiszorg beslist geen 'nieuw zorgconcept', maar een altijd al bestaand deel van het dagelijks werk. Het horen van al die definities en omschrijvingen van thuiszorg had voor mij dan ook een wat vreemdend effect. Belangrijk is hoe de inhoudelijke kwaliteit en organisatorische aspecten verbeterd kunnen worden. Hiertoe zijn op het congres zeker aanzetten gegeven. Op zo'n groot congres, waar elke deelnemer maar een klein deel van het programma-aanbod kan meemaken, kun je als individu echter niet veel verder komen dan wat algemene intenties.

Leuk vond ik dat de congrescommissie erin was geslaagd om een divers aanbod van recente onderzoeksresultaten over thuiszorg te laten presenteren.

Het volgende NHG-congres is op 22 november 1991 in Amsterdam en zal als titel hebben: *Huisarts en continuïteit: verbanden leggen of doekjes voor het bloeden?*

Marjolijn Hugenholtz

# Standaarden

## Standaarden – Stand van zaken

U vindt weer oproepen voor deelname aan de ontwikkeling van standaarden. Specifieke deskundigheid is daarbij niet altijd vereist, sterker nog: in iedere werkgroep wordt een huisarts opgenomen, die géén specifieke deskundigheid heeft maar die wel bereid en in staat is actief aan het ontwerp mee te werken.

Als u deelname aan enige groep overweegt, wendt u dan tot de Afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG of tot de directeur. Zie voor een nadere uitleg van de werkwijze van de groepen het novembernummer 1989 van H&W (Stand van Zaken).

## Standaarden – Oproepen

### • Leden voor de werkgroepen standaarden-ontwikkeling

Voor de volgende werkgroepen vragen wij behalve ter zake deskundige huisartsen ook geïnteresseerde (niet specifiek deskundige) collegae, die bereid zijn actief aan de ontwikkeling van een standaard bij te dragen.

- Koortslijdende Kinderen;
- Hyper- en Hypothyreoïdie;
- Varices.

Aanmeldingen op korte termijn, NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, Postbus 14006, 3508 SB Utrecht; telefoon 030-516.741.

## NOTA BENE

De symptomen van een patiënt met de voor een bepaald ziektebeeld klassieke symptomatologie zijn vaak juist niet het beste uitgangspunt voor een diagnostische classificatie van een groep patiënten met een overeenkomstige problematiek.

Stelling bij: Segaar RW. Decision support for the differential diagnosis of jaundice [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.

Journaalnotities dienen kort en ter zake doende te zijn. Dit lijkt te kunnen worden bereikt door na te denken over waarom men iets vastlegt of dat juist nalaat.

Stelling bij: Meyboom WA. Verslaglegging van huisartsgeneeskundig handelen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.

### Gepubliceerd in 1990

- Mammografie (januari 1990);
- Medische Verslaglegging (maart 1990);
- Schouderklachten (mei-I 1990);
- Otitis Media Acuta (mei-II 1990);
- Problematisch Alcoholgebruik (juni 1990);
- Acute Keelpijn (juli 1990);
- Oogheelkundige Diagnostiek (september 1990);
- Perifeer Arterieel Vaatlijden (oktober 1990).

### Geautoriseerd

- IUD (januari 1991);
- Acne (maart 1991).

### Becommentarieerd

- Hypertensie (april 1991);
- Ulcus cruris (mei 1991).

### In ontwikkeling

- Dementiesyndroom bij Bejaarden (juni 1991);
- Subfertiliteit;
- Migraine;
- Otitis Media met Effusie;
- Abnormaal Vaginaal Bloedverlies;
- Herkenning Cara-patiënt;
- Behandeling en Begeleiding Cara-patiënt;
- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Cholesterolbepalingen en de Huisarts;
- Cara bij Kinderen.

### In voorbereiding

- Atriumfibrilleren;
- Koortslijdende Kinderen;
- Zwangerschap en Kraambed;
- Bloedonderzoek bij verdenking op Leveraandoeningen;
- Bloedonderzoek bij klachten van Algemene Aard;
- Hyper- en hypothyreoïdie;
- Varices;
- Begeleiding van patiënten na een Hartinfarct.

### Op de rol

- Patiëntenvoorlichting;
- Lage-rugpijn;
- Knieklachten;
- TIA.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 5 (april) moeten op uiterlijk 21 maart in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

## Februari

■ **Kwaliteit van de zorg: een gedeelde zorg?** (Groningen, 28 februari, 13.00-17.30 uur). Nascholingsmiddag Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, mw. M. Ploeg, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen; telefoon 050-632.868.

## Maart

De eerste lijn en verslavingsziekten (Amsterdam, 12 maart, 18.00-22.00 uur).<sup>4</sup>

■ **Hyperreactiviteit en immunologie van de bovenste luchtwegen Amsterdam, 14 maart.** Symposium Astma Fonds, Rai-congrescentrum.

■ **De chronische patiënt thuis (Rotterdam, 14-15 maart).** Tweedaagse blok cursus.<sup>9</sup>

Goedgekeurd, dan ook goed gekeurd? (Utrecht, 15 maart). Symposium VVAA, Postbus 8153, 3503 RD Utrecht; telefoon 030-454.456.

Management bij diabetes II in de huisartspraktijk (Rotterdam, 21 maart, herhaling).<sup>9</sup>

Medische statistiek (Leiden, 4-8 maart).<sup>1</sup>

Rational pharmacotherapy in general practice (Göttingen, 15-16 maart). Symposium. Inlichtingen: Prof. Michael M. Kochen, Department of General Practice, Georg-August-University, Robert-Koch-Strasse 40, D-3400 Göttingen, Germany; telefoon 09-49.551.392.638; fax 09-49.551.399.530.

Sexuologie voor de huisarts (Nijmegen, 20 maart).<sup>5</sup>

Importziekten (Leiden 21-22 maart).<sup>1</sup>

International conference of primary care obstetrics and perinatal health (Den Bosch, 21 en 22 maart). Congres Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; telefoon 030-319.946; fax 030-319.290.

Psychiatrie voor de huisarts (Nijmegen, 27 maart).<sup>5</sup>

■ **Anti-infectie beleid (Enschede, 22 maart).**<sup>3</sup>

## April

32e Jaarlijkse bijeenkomst van de Federatie van Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen (Amsterdam, 3-4 april).<sup>4</sup>

2nd International Congress on Emergency Psychiatry (Leiden, 3-5 april). Inlichtingen: Leids Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden; telefoon 071-275.299; fax 071-275.264.

Health for minorities by the year 2000. Closing the gap (Nazareth, Israël, 3-6 april). Inlichtingen: Galilee Society for Health Research and Services, P.O. Box 92 Rama, 30055 Israel; telefoon/fax 09-9724.881.723.

Vrouwenmishandeling in het gezin (Amsterdam, 9 april, 18.00-22.00 uur).<sup>4</sup>

■ **Changing mental health care in the cities of Europe** (*Amsterdam, 10-13 april*). Internationale WHO-conferentie, Rai-congrescentrum. Inlichtingen: QLT/Congrex, Keizersgracht 782, 1017 EC Amsterdam; telefoon 020-261.372; fax 020-259.574.

■ **De chronische patiënt thuis** (*Rotterdam, 11-12 april*). Tweedaagse blokcurcus.<sup>9</sup>

■ **Quality & inequality in health care** (*Newcastle, 12-14 april*). National Spring Meeting Royal College of General Practitioners. Inlichtingen: Registration Secretary, RCGP, North of England Faculty, Education Centre, Queen Elizabeth Hospital, Gateshead, Newcastle; telefoon 09-44.91.491.0894.

■ **Bejaarde patiënt IX** (*Nijmegen, 17-19 april*).<sup>5</sup>

■ **Warffum-cursus** (*Nieuw Haarstede, 22-26 april*).<sup>9</sup>

■ **De gemeente en spoedeisende hulpverlening** (*Utrecht, 24 april*). Inlichtingen: Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, p/a Lebuïnusstraat 5, 2382 XN Zoeterwoude; telefoon 071-410.066.

■ **Zeventiende WEON-congres** (*Nijmegen, 25-26 april*). Workshops rond de thema's 'GGD's en epidemiologie', 'Aids' en 'Epidemiologie en registraties'; minisymposium 'Randomised trials and errors'. Inlichtingen: Mw. Ir. Y.T. van der Schouw, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen; telefoon 080-513.125; fax 080-541.862.

■ **Functionele buikklachten** (*Nijmegen, 26 april*).<sup>5</sup>

■ **Heupfracturen** (*Rhenen, 26 april*). Symposium Stichting Education Permanente, Postbus 8495, 3503 RL Utrecht; telefoon 03455-76.642.

**Mei**

■ **Kleine chirurgie voor de huisarts** (*Nijmegen, 1 mei*).<sup>5</sup>

■ **24th Annual Spring Conference** (*Philadelphia, PA, 4-8 mei*) Meeting van de Society of Teachers of Family Medicine. Inlichtingen: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114, USA.

■ **Besliskunde voor de huisarts** (*Almelo, 8 mei*).<sup>3</sup>

■ **Vaardigheidstraining: Oogheelkunde of Dermatologie** (*Amsterdam, 14 mei, 18.00-22.00 uur; zie ook 11 juni*).<sup>4</sup>

■ **Warffum-cursus** (*Nieuw Haarstede, 27-31 mei*).<sup>9</sup>

■ **Zwanger worden en bevallen** (*Drachten, 29 mei*). Congres SDH Noord-Nederland. Inlichtingen: Huisartsenbureau Friesland, Spanjaardslaan 147, 8917 AS Leeuwarden; telefoon 058-125.520; fax 058-815.0578 / Huisartsenbureau Groningen, Ubbo Emmiusingel 19, 9711 BB Groningen; telefoon 050-127072; fax 050-189.527.

■ **Zorg en welzijn : op één lijn** (*Amsterdam, 29*

*mei*). Congres Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Inlichtingen: NIZW, p/a RAI Organisatiebureau Amsterdam, telefoon 020-549.1212, toestel 1744.

■ **De chronische patiënt thuis** (*Rotterdam, 30-31 mei*). Tweedaagse blokcurcus.<sup>9</sup>

**Juni**

■ **Huisarts en assistente: team met toekomst** (*Utrecht, 6 juni*). Studiedag O&O, telefoon 030-332.113; fax 030-368.947.

■ **Vaardigheidstraining: Dermatologie of Oogheelkunde** (*Amsterdam, 11 juni, 18.00-22.00 uur; zie ook 14 mei*).<sup>4</sup>

■ **Vlaamse referatendag** (*Kortrijk, 15 juni*). Inlichtingen: Vlaams Huisartsen Instituut, Anne Marie Ryckaert, Sint Hubertusstraat 58, Berchem 2600, België; telefoon 09-32.3.239.7930.

■ **XIV World conference on health education** (*Helsinki, 16-21 juni*). Inlichtingen: Finnish Council for Health Education, Karjalankatu 2 C 63, SF-00520 Helsinki, Finland; telefoon 09.3580.148.5640; fax 09.3580.148.5919.

■ **Sex Matters** (*Amsterdam, 18-22 juni*). Zie Berichten februari-1.

**September**

■ **Health problems in modern civilisation** (*Klagenfurt, 9-13 september*). 44e SIMG-congres. Inlichtingen: Mrs. Sigrid Taupe, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk. Telefoon 09-43.463.55.449; fax 09-43.463.514.624.

■ **Adipositas, een eetstoornis?** (*Enschede, 13 september*).<sup>3</sup>

■ **Mental health and multicultural societies in the Europe of the nineties** (*Rotterdam, 15-18 september*). Conferentie SOGG, Postbus 23115, 3001 KC Rotterdam.

■ **Samenwerking 1e en 2e lijn** (*Amsterdam, 17 september, 18.00-22.00 uur*).<sup>4</sup>

■ **Scientific meeting American Academy of Family Physicians** (*Washington DC, 26-29 september*). Inlichtingen: AAFFP, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114-2797, USA.

■ **Medarts International** (*Den Haag, 29 september t/m 4 oktober*). Inlichtingen: Hoboken Congres Organisatie, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

**Oktober**

■ **Beeldvormende technieken** (*Amsterdam, 8 oktober, 18.00-22.00 uur*).<sup>4</sup>

■ **Spoedeisende gevallen in de huisartsenpraktijk** (*Almelo, 9 oktober*).<sup>3</sup>

■ **L'Europe de l'aide et des soins à domicile** (*Straatsburg, 10-11 oktober*). Inlichtingen: Association Européenne d'Organisation d'Aides et de Soins à Domicilie, Avenue Ad. Lacomblé 69, B-1040 Brussel; telefoon 09.32.2.739.3511; fax 09.32.2.739.3599.

**November**

■ **Menopauze... loden last of lieve lust** (*Delft, 1 november, 15.00-20.00 uur*). Inlichtingen: mw. M. Petit, Reinier de Graaf Gasthuis Delft, telefoon 015-603.060, toestel 1411.

■ **Reguliere geneeskunde, als u begrijpt, wat ik bedoel** (*Enschede, 7 november*).<sup>3</sup>

■ **Oncologische dermatologie** (*Amsterdam, 12 november, 18.00-22.00 uur*).<sup>4</sup>

■ **General practice in the new Europe** (*Londen, 15 november*). Symposium Royal College of General Practitioners, 14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU; telefoon 09-71.581.3232, toestel 243.

**December**

■ **First European congress on nutrition and health in the elderly** (*Noordwijkerhout, 5-7 december*). Inlichtingen: Mw. R. Hoogkamer, Vakgroep Humane Voeding, Landbouwniversiteit Wageningen, Bomenweg 2, 6703 HD Wageningen; telefoon 08370-84214; fax 08370-83342.

■ **Diabetes mellitus** (*Amsterdam, 17 december, 18.00-22.00 uur*).<sup>4</sup>

■ betekent: eerste vermelding.

<sup>1</sup> Boerhaave Commissie, Postbus 84, 2301 CB Leiden; telefoon 071-275.293.

<sup>3</sup> Van Hoytema Stichting, Postbus 89, 7500 AB Enschede; telefoon 053-892.409.

<sup>4</sup> PAOG Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam; telefoon 020-566.4801/3.

<sup>5</sup> PAOG Nijmegen, Johannes Wierlaan 1, 6500 HG Nijmegen; telefoon 080-517.051.

<sup>9</sup> Commissie voor de Artsencursus, 's Lands- werf 219, 3063 GG Rotterdam; telefoon 010-411.6614.

OUDE JAARGANGEN

**Aangeboden**

Bij het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap* zijn de jaargangen 1977 t/m 1990 ter overname aangeboden. Reacties gaarne schriftelijk naar Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.

# Richtlijnen voor auteurs

De volgende richtlijnen voor auteurs zijn in overeenstemming met de *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* (de 'Vancouver style'). Inzenders van kopij wordt dringend verzocht zich aan deze richtlijnen te houden; bijdragen die hiermee niet in overeenstemming zijn, zullen niet voor publikatie worden aanvaard.

**Algemeen** Typ of print het manuscript op wit papier, formaat A4, met links een brede marge van ten minste 4 cm. Gebruik slechts één kant van het papier en gebruik anderhalve of dubbele regelafstand. Nummer de bladzijden doorlopend, in de rechter bovenhoek van elke bladzijde.

Gebruik de voorkeurspelling; gebruik voor medische termen de spelling volgens het 'Geneeskundig woordenboek' van Pinkhof-Hilfman en voor geneesmiddelen de spelling volgens het 'Farmacotherapeutisch kompas'. Gebruik voor huisartsgeneeskundige termen en begrippen zoveel mogelijk de 'International glossary for primary care'.

Zend het manuscript in drievoud in een stevige envelop naar het redactiesecretariaat. Kopij dient vergezeld te gaan van een aanbiedingsbrief van de schrijver die verantwoordelijk is voor de verdere correspondentie over het stuk.

Bij de beoordeling van een manuscript gaat de redactiecommissie ervan uit dat het niet tegelijkertijd aan een ander tijdschrift is aangeboden of zal worden aangeboden, en dat het niet reeds eerder is gepubliceerd of door een ander tijdschrift voor publikatie is aanvaard.

De redactiecommissie behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor, aanvaarde artikelen en andere kopij redactioneel te (doen) bewerken.

**Titelblad** Op het titelblad moeten staan: de titel van het artikel; de voorletters en achternaam van elke auteur met vermelding van de hoogste academische graad (graden); de naam van de vakgroep(en) of instelling(en) waaraan het onderzoek moet worden toegeschreven; naam en adres van de auteur die verantwoordelijk is voor de correspondentie over het manuscript.

**Samenvatting** De tweede bladzij moet een samenvatting van niet meer dan 150 woorden bevatten. De samenvatting moet de doelstelling (c.q. vraagstelling of hypothese) van de studie vermelden, de gevolgde werkwijzen (proefpersonen, observatiemethoden, berekeningsmethoden), de voornaamste bevindingen en de voornaamste conclusies.

**Structuur** De tekst van artikelen over waarnemingen of experimenten wordt onderverdeeld in vier paragrafen: Inleiding, Methoden, Resultaten en Beschouwing:

**Inleiding** Geef de aanleiding tot het onderzoek kort weer. Vermeld alleen strikt noodzakelijke literatuurverwijzingen en geef geen uitgebreid overzicht van het onderwerp. Besluit de Inleiding met een vraagstelling of hypothese.

**Methoden** Beschrijf de samenstelling van de groep waarin de waarnemingen of experimenten zijn verricht (patiënten, controlegroepen). Beschrijf de methoden van onderzoek, apparatuur en werkwijzen voldoende gedetailleerd om andere

onderzoekers in staat te stellen het resultaat te reproduceren. Volsta met een verwijzing bij algemeen toegepaste methoden (inclusief statistische methoden); geef bij methoden die niet algemeen bekend zijn, bovendien een korte beschrijving.

**Resultaten** Beschrijf de resultaten in een logische volgorde, bij voorkeur aan de hand van de vraagstelling, in tekst, tabellen en figuren. Herhaal in de tekst niet alle gegevens uit de tabellen en figuren; benadruk alleen belangrijke waarnemingen of vat deze samen.

**Beschouwing** Leg in de Beschouwing de nadruk op de nieuwe en belangrijke aspecten van het onderzoek en de daaruit getrokken conclusies. Herhaal niet in detail uitkomsten die al in de Resultaten zijn genoemd. Betrek in de Beschouwing de betekenis van de uitkomsten en hun beperkingen, en breng deze in verband met de bevindingen van anderen. Bespreek het verband tussen de conclusies en het doel van het onderzoek, maar vermijd daarbij gevolgtrekkingen en uitspraken die niet ten volle op de bevindingen kunnen steunen. Formuleer nieuwe hypothesen en aanbevelingen wanneer dat gerechtvaardigd is.

Andere soorten artikelen, zoals casusbeschrijvingen, overzichten en redactionele commentaren, vereisen vaak een andere vorm, en auteurs doen er goed aan zich op de hoogte te stellen van hetgeen op dit gebied gebruikelijk is in *Huisarts en Wetenschap*.

**Dankbetuiging** Dank alleen personen die in belangrijke mate tot het onderzoek hebben bijgedragen. Personen en instellingen mogen uitsluitend in een dankbetuiging worden genoemd, indien zij daartoe expliciet toestemming hebben verleend.

**Literatuurverwijzingen** Geef verwijzingen in de tekst naar de literatuur aan met opklimmende rangnummers. Verwijzingen die alleen in tabellen en figuren voorkomen, krijgen het nummer dat overeenkomt met de eerste plaats in de tekst waarin naar de desbetreffende tabel of figuur wordt verwezen.

**Tabellen** Typ elke tabel uit op een afzonderlijke bladzijde, met dubbele of anderhalve regelafstand. Nummer de tabellen doorlopend en voorzie elke tabel van een bondig opschrift. Voorzie elke kolom van de tabel van een kopje waarin bij voorkeur geen afkortingen dienen te worden gebruikt. Nadere uitleg van een tabel wordt gegeven in voetnoten, niet in het opschrift. Gebruik in tabellen geen verticale lijnen en maak slechts spaarzaam gebruik van horizontale lijnen.

Als in een tabel gepubliceerde of ongepubliceerde gegevens van anderen zijn gebruikt, vermeld dan de bron en verzeker u van toestemming.

Nadere inlichtingen kunnen worden ingewonnen bij het redactiesecretariaat (telefoon 030 – 516 741) of de eindredacteur (telefoon 03200 – 41 891).