

derlandse huisartsgeneeskunde als wetenschap en professie zijn in de wereld vrijwel uniek.

Beschouwing

Een sabbatical is niet alleen voor hoogleraren nodig, maar evenzeer voor andere senior stafleden. Ook bij langdurig praktiserende huisartsen dreigt het gevaar van vastgeroest raken aan eigen ideeën en gewoonten. De explosie van de onkunde kan niet altijd worden gecompenseerd door grotere ervaring. Ervaring heeft zijn goede en slechte kanten, met name als 'resistance to change' erdoor bevordert wordt. Een sabbatical betekent het doorbreken van de sleur en het openstellen voor nieuwe mogelijkheden. Daarom zouden ook huisartsen in staat gesteld moeten worden eens een tijdje uit de praktijk te gaan. Naast bijscholingscursussen en zelfstudie kan ook gedacht worden aan gerichte stages, zowel in de huisartspraktijk als in andere gezondheidszorginstellingen. Verblijf in het buitenland kan het blikveld en het perspectief verruimen.

Voorwaarde voor een sabbatical zijn een goede inhoud en structuur en financiering. Het NHG zou zich over het eerste, de LHV over het tweede aspect moeten beraden. Ook de UHI's kunnen bij de ontwikkeling van de programma's een rol spelen, onder meer door hun buitenlandse contacten. Daarnaast lijkt een sabbatical voor iedere huisartsopleider en huisartsdocent van belang. Nu herregistratie in de nabije toekomst vorm zal krijgen, lijkt het nut van een periode voor studie en bezinning nog toegenomen.

Literatuur

- ¹ De Melker RA. Pneumatische otoscopie en tympanometrie. *Huisarts Wet* 1990; 33: 482-7.
- ² De Melker RA. Een tympanometer voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1990; 33: 511-3.

Somatische fixatie 4

Uit het antwoord van *Hofmans* in deze rubriek over somatische fixatie¹ blijkt overduidelijk dat er sprake is van een fundamenteel misverstand over de inhoud van dit door ons geïntroduceerde begrip. Het gaat daarbij niet om een nosologische classificatie van een (zeldzaam) ziektebeeld, wat *Hofmans* dan ook vergeefs zoekt in de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie. Neen, het betreft een conceptie, een theorie die bijvoorbeeld kan helpen begrijpelijk te maken welke processen er mede aan ten grondslag liggen dat in ons land met zijn hoge gezondheidspeil toch bijna 10 procent van de werkende bevolking blijvend arbeidsongeschikt wordt geacht (onder tal van medische diagnoses). De oorzaak van het misverstand van *Hofmans* kan misschien worden gezocht in de eerste publicaties over somatische fixatie in dit blad, dertien jaar geleden, waarin wij mogelijk niet duidelijk genoeg zijn geweest, hoewel daarin reeds expliciet werd gesteld dat het niet om een bepaald ziektebeeld ging, maar om processen, waarbij werd verwezen naar publicaties van *Illich* over 'medicalisering' en van *Van Es* over een taak van de huisarts bij 'preventie van de patiëntenrol'.²⁻⁵ Er werd in die allereerste artikelen expliciet gesteld dat het niet alleen ging om klachten zonder aantoonbare organische afwijkingen, maar ook om 'echte' aandoeningen en dat die allerlei vormen konden hebben.

In de tweede druk van het boek 'Huisarts en somatische fixatie' en zowel de Duitse als de Engelse uitgave wordt uitvoerig uiteengezet en verduidelijkt wat de auteurs verstaan onder de term somatische fixatie.⁶⁻⁸ De ingezonden stukken van *Hofmans* wijzen erop dat hij onvoldoende kennis heeft genomen van deze uiteenzettingen c.q. deze niet goed heeft begrepen. Een discussie waarbij de betrokkenen met dezelfde termen wezenlijk verschillende begrippen bedoelen, van zelfs een ander abstractieniveau, kan moeilijk tot helderheid, laat staan tot overeenstemming leiden. Voortzetting van een discussie op een dergelijke basis heeft naar mijn mening weinig zin.

Degenen die deze discussie hebben gevolgd, wil ik echter wel op het volgende wijzen. *Hofmans* stelt in bovengenoemd naschrift: 'In Poppers visie moet de opsteller van een theorie echter wél aangeven onder welke voorwaarden zijn theorie onjuist is. En dát hebben Huygen en zijn medewerkers niet gedaan'. Dit verwijt acht ik onterecht, omdat wij gedurende de afgelopen jaren een groot onderzoek hebben verricht met de centrale vraagstelling of een op preventie van somatische fixatie gerichte werkwijze van huisartsen niet ten koste zou gaan van de gezondheidstoestand van hun patiënten. Als dit wel het

Deze aflevering van 'Ingezonden' bevat opnieuw een aantal discussiebijdragen over het onderwerp 'somatische fixatie'. De redactiecommissie verwelkomt in principe verdere reacties, maar wil tevens waarschuwen tegen nodeloze herhalingen van eerder uitgesproken standpunten.

geval zou blijken, zou dat zo'n door Popper genoemde voorwaarde zijn, wijzend op onjuistheid van onze theorie. Ik kan de lezers hier overigens mededelen dat de uitkomsten van dit onderzoek gelukkig eerder op het tegendeel wijzen. Een aantal artikelen over de uitkomsten van dit onderzoek zijn aangeboden aan *Huisarts en Wetenschap*. De eerste vier hiervan zijn echter door de redactiecommissie afgewezen. *Hofmans* moet als eindredacteur hiervan op de hoogte zijn geweest. Het is dan naar mijn mening wel uiterst merkwaardig dat juist na deze afwijzingen plotseling van de hand van deze redacteur een ingezonden verscheijnt, waarin wordt gesteld dat er geen onderzoek is gepubliceerd naar de juistheid van het basisconcept en als dit dan wordt gevolgd door het hierboven genoemde verwijt.

F.J.A. Huygen

- ¹ Hofmans EA. Naschrift [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1991; 34(4): 192-3.
- ² Huygen FJA. Preventie van somatische fixatie I. *Huisarts Wet* 1978; 21: 363-5.
- ³ Smits A, Van Eijk J, Grol R, Huygen F, van Mierlo G, Mookink H. Preventie van somatische fixatie II. *Huisarts Wet* 1978; 21: 366-9.
- ⁴ Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. New York: Pantheon, 1976.
- ⁵ Van Es JC. Mogelijkheden en onmogelijkheden van de huisarts als gezondheidsbevorderaar. *Med Contact* 1976; 31: 1357-63.
- ⁶ Grol R, red. *Huisarts en somatische fixatie*. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ⁷ Grol R, Herausg. *Die Prävention somatischer Fixierung*. Berlin, etc.: Springer, 1985.
- ⁸ Grol R, ed. *To heal or to harm*. London: Royal College of General Practitioners, 1988.

Somatische fixatie 5

In een opvallend stukje in het januarinummer 1991 van *Huisarts en Wetenschap* meldt de Neerlandicus *Hofmans* dat hij twijfelt aan het bestaan van somatische fixatie.¹

Het zou weleens moeilijk kunnen zijn, om aan iemand die nooit een spreekuur heeft gedaan, uit te leggen wat ermee bedoeld wordt, maar hij legt een vinger op een wonde plek. Ook onder huisartsen valt nog weleens te beluisteren dat het

verband tussen het begrip somatische fixatie en het rondom dat begrip uitgevoerde onderzoek niet altijd even helder is.

De theorie van Preventie van Somatische Fixatie gaat uit van een aantal veronderstellingen. Eén van de belangrijkste daarvan is, dat het handelen van de huisarts zelf een factor kan zijn in de ontwikkeling van een hoogst frustrerende situatie, die iedere huisarts zal kennen. Het gaat daarbij om de patiënt die, zelf passief, kritiek heeft op de (huis)arts die hem – nog steeds – niet beter heeft gemaakt. In zijn meest uitgesproken vorm kan de situatie getekend worden met het beeld van de passief in de kussens achterover leunende 'koning' patiënt die, al naar het hem uitkomt, met complimenten en kritiek strooit naar al die dokters die zich in de meest kromme bochten wringen om maar van de patiënt te horen dat 'het helpt' wat ze doen. Misschien zijn de complimenten nog wel het gevaarlijkst, want éven krijgt de dokter het gevoel dat hij toch wel een 'goede dokter' is, om vervolgens met des te meer effect naar de hoek van de incompetent dokters te worden terugverwezen.

Dát is een van de meest uitgesproken vormen. Maar in minder duidelijke vorm komt het veel meer voor. Het gaat daarbij niet alleen om psychische of psychosomatische aandoeningen, maar in feite om alle aandoeningen. Somatische fixatie is zelf geen aandoening. Het is een *proces*, dat zich kan afspelen bij het behandelen van klachten en aandoeningen. Het gaat erom hoe de patiënt (én zijn dokter én zijn omgeving...) omgaat met zijn klachten. Zelfs met een gebroken been kun je somatisch gefixeerd raken.

Een tamelijk simpel voorbeeld. De collegae uit mijn waarneemgroep sturen weleens een patiënt met gynaecologische problematiek met wie ze vastlopen, naar mij toe. Het gaat dan vooral om problematiek waarbij van specialistische zijde niet veel te verwachten valt, en waarmee de huisarts ook niet verder komt. Het gaat daarbij nogal eens om fluor vaginalis. Bij het uitdiepen van de anamnese blijkt dat het probleem meestal heel onopvallend begonnen is. De patiënte vroeg hulp voor een vervelende klacht – afscheiding – en de dokter wist daar wel een middelje voor. Meestal nystatine of miconazol. Klus geklaard, volgende patiënt.

Als de patiënte terugkomt, 'omdat het niet geholpen heeft', is er geen vuiltje aan de lucht. Er is nog een hele serie middeljes en zo loopt het via metronidazol en tetracycline naar amphoteciline.

Dan wordt het moeilijk. Intussen is er uitgebreid speculumonderzoek gedaan, maar meestal is daarbij niets gevonden. Soms was er een ectropion – dat kun je coaguleren (gelukkig...), maar ook dat helpt niet, of maar even. De seksuele anamnese wordt uitgediept, maar daar

schiet men al evenmin veel mee op, want als de dokter nou maar even zorgde dat de afscheiding overging, zou dat ook wel beter gaan... Of het is allemaal goed, en dan valt er ook al niet veel mee aan te vangen.

Waar het nu om gaat, is dat het somatisch fixerende van de geschiedenis al in het eerste consult zit: de dokter heeft te weinig diagnostiek gedaan en zonder meer therapie gegeven. Door in dat consult de klacht als ziekte te accepteren – de dokter schrijft immers een geneesmiddel voor – kan men later moeilijk zeggen dat er van ziekte geen sprake is. De patiënt kan dat overigens al even moeilijk, want hoe leg je dat uit aan je man, je moeder of de vriendin die je in vertrouwen nam? Daarom helpt meer diagnostiek niet meer, als je inmiddels in de vicieuze cirkel van 'niet geholpen: volgende poging' zit, tenzij je het geluk hebt alsnog een te verhelpen ziekte te vinden. Die kans wordt echter steeds kleiner. Verwijzen naar de specialist helpt om dezelfde reden meestal al evenmin. Integendeel: het bestaan van ziekte wordt bevestigd, wat alleen kan worden teruggedraaid als de patiënt het geluk heeft een gynaecoloog te treffen die oog heeft voor het gevaar van somatische fixatie.

Preventie van somatische fixatie in dit soort gevallen is niet eens ingewikkeld: de klacht dient in perspectief te worden geplaatst in het eerste consult. Ten eerste weet echt niemand hoeveel afscheiding normaal is. Verder dient, vóór therapie wordt bedreven, eerst een diagnose te worden gesteld. Het maakt een groot verschil of inderdaad candida, chlamydia en/of trichomonas aantoonbaar is, of niet. Als iets dergelijks gevonden wordt, kun je dat in het perspectief plaatsen dat er vele asymptomatische draagsters zijn, maar dat het zinvol lijkt om een poging te wagen met een geneesmiddel. Wordt het niet gevonden, dan is voor iedereen duidelijk dat het niet zo simpel is, etcetera.

Op deze wijze is de Ausgangssituatie tijdens het volgende consult heel anders en is het mogelijk om samen met de patiënte, in een bondgenootschap, naar een oplossing te zoeken. Soms zal dan blijken dat er niets hoeft of kan worden gedaan, omdat er sprake is van fysiologische fluor, maar dat is eenieder dan ook duidelijk. Soms gaat het ook om andere dingen. Is het hebben van geslachtsorganen eigenlijk wel zo leuk? Altijd?

Kortom, somatische fixatie bestaat mijn inziens. Werken aan preventie kan veel ellende voor zowel dokters als patiënten voorkómen. Vroeger hadden we alleen oog voor het afhankelijk gedrag van de patiënt die 'lastig en altijd ontevreden' was, en daar moest je als dokter maar mee leren leven. De waarde van de theorie van Preventie van Somatische Fixatie lijkt vooral te zijn, dat we beter zijn gaan zien wat er eigenlijk

gebeurt. Het is een zich steeds vaster draaiend *proces*, waarbij de patiënt meer dan nodig afhankelijk wordt van de 'hulp'verlener. Aan dit proces dragen dokter, patiënt en omgeving vaak ieder hun steentje bij.

Persoonlijk heb ik niet het gevoel dat daarbij veel *geloof* te pas komt, hoewel ik *heilig* pleeg te geloven in de dingen die ik dagelijks zie gebeuren.

Twee zaken van een geheel andere orde dan het bestaan van religieuze gevoelens lijken echter veel belangrijker.

Ten eerste is mijns inziens de invloed van praktiserende huisartsen bij de vertaling van de onderzoeksgegevens naar de dagelijkse praktijk te kort geschoten. Te veel zwaarwichtige theorie en te weinig herkenbare voorbeelden. Daardoor is misschien niet helder uit de verf gekomen dat de beste manier om somatische fixatie te voorkómen gewoon het uitvoeren van 'goede (huis)arts)geneeskunde' is, compleet met voldoende diagnostiek, vraagverheldering en het betrekken van de patiënt bij wat er gebeurt.

Ten tweede is er de positie van de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap*. Eén zin uit het stuk van *Hofmans* slaat alles: 'Aan de stroom van rapporten, boeken en artikelen over somatische fixatie is inmiddels een eind gekomen.' Van 1985 tot 1990 heb ik meegewerkt aan het 'Nijmeegs Outcome Onderzoek'. Gedeeltelijk is dit een herhaling van het project Preventie van Somatische Fixatie. Er werd een geheel nieuwe groep huisartsen onderzocht ter validering van de eerder gevonden uitkomsten en daarmee van de door *Hofmans* gewraakte theorie. Daarnaast werd ingegaan op de vraag of er iets bij patiënten van terug te vinden valt als een huisarts werkt volgens een werkstijl die gericht is op preventie van somatische fixatie. Met name was van belang of patiënten inderdaad minder afhankelijk van hun dokter zouden zijn en hoe het zou zijn met hun gezondheidstoestand. De betrekkelijk opmerkelijke resultaten konden echter tot op heden niet in *Huisarts en Wetenschap* worden gepubliceerd, omdat reeds het allereerste artikel door de redactiecommissie werd afgewezen. De indruk bestaat dat dit kwam door redactionele vooroordelen ('Oosterse wijsheden over somatische fixatie') en persoonlijke verhoudingen die ook de eindredacteur hebben beïnvloed.

Die indruk zou kunnen berusten op een vooroordeel, ditmaal van de onderzoekers. Het probleem is echter dat een inhoudelijke discussie niet goed mogelijk is, zolang de stukken niet gepubliceerd zijn. Om dan van de eindredacteur te lezen dat 'de stroom artikelen is opgehouden', is echter wel het absolute einde.

Voor het onder de loop nemen van persoonlijk-

ke verhoudingen is een tijdschrift niet het aangewezen medium. Bovendien moet nog maar blijken dat zij een rol spelen in het afwijzen van genoemde artikelen. Het stuk van *Hofmans* wijst echter wel sterk in die richting. Hier lijkt een taak te liggen voor NHG-bestuurders. Een en ander heeft echter tot gevolg dat vijf jaar werk van gekwalificeerde onderzoekers met een subsidie van het Praeventiefonds van 1,4 miljoen over een voor de huisartsgeneeskunde zeer relevant onderwerp niet leidt tot wetenschappelijke onderbouwing van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. En dat is iets wat iedere huisarts ter harte gaat.

Wout Meyboom

¹ Hofmans EA. Somatische fixatie [Discussie]. Huisarts Wet 1991; 34(2): 96.

Somatische fixatie 6

Hofmans dient geprezen te worden voor zijn (welbewuste?) provocatie aan het adres van de bedenkers van het somatische-fixatieconcept. Door te insinueren dat somatische fixatie een geloofsartikel uit het oosten des lands is, heeft hij de knuppel in het hoenderhok gegooid.¹ Dit is nu juist het zetje dat nodig was om het concept somatische fixatie uit de schijnnode toestand te halen waarin het al een aantal jaren verkeerde. De laatste jaren hebben er zoveel ontwikkelingen op terreinen die met somatische fixatie verband zijn, plaatsgevonden dat een nieuwe waardebepaling van dit concept op zijn plaats is.

Voor een beter begrip van de mijns inziens grote betekenis van het concept somatische fixatie is het gewenst om het in een breder en internationaal veel meer geaccepteerd perspectief te plaatsen. Dit is het perspectief van somatisatie. Er is in de laatste tien jaar een groeiende stroom artikelen over somatisatie verschenen. Bijna al deze artikelen zijn afkomstig van psychiatrische zijde en wel speciaal van psychiaters die zijn verbonden aan algemene ziekenhuizen. Ze zijn gebaseerd op dat gedeelte van de patiëntenpopulatie van klinieken en poliklinieken van algemene ziekenhuizen, dat (hardnekkige) lichamelijke klachten vertoont zonder dat er een organische aandoening als verklaring voor de klachten te vinden is. Door hun groeiend aantal zijn deze patiënten bron van grote zorg voor de tweedelijns gezondheidszorg.

De meest geaccepteerde definitie van somatisatie is die van *Lipowski*. De definitie luidt: somatisatie is de neiging om lichamelijke klachten en ongemakken te ervaren en te rapporteren die niet door pathologische bevindingen ver-

klaard kunnen worden, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken.²

Somatisatie, dat aldus in een beschrijvende zin wordt gedefinieerd, is een fenomeen dat ook voor huisartsen zeer herkenbaar is en waarmee ze dagelijks vaak te maken krijgen. Want als het aantal somatiserende patiënten dat een beroep doet op de tweede lijn van de gezondheidszorg zo groot is dat ze een onderwerp van zorg zijn, hoe groot is dan wel niet het aantal somatiserende patiënten dat een beroep doet op de huisarts? Door de zeeffunctie die de huisarts heeft, laat hij immers slechts een beperkt aantal somatiserende patiënten door naar de tweede lijn. De omvang van somatisatie in de huisartspraktijk is zo groot dat de diagnose 'niet ziek' de meest gestelde diagnose in de huisartspraktijk is.^{3,4}

Doordat het ontbreekt aan een conceptueel model, is het voor huisartsen vaak moeilijk de 'zieken' van de 'niet zieken' te onderscheiden en mede daardoor worden somatiserende patiënten toch nogal eens verwezen voor uitgebreide, kostbare maar niettemin vruchteloze onderzoekingen, en verdwijnen zij vaak langdurig in het 'medisch circuit'. Deze handelwijze kan leiden tot iatrogene schade, instandhouding van chronisch klaaggedrag, maatschappelijke invaliditeit en hoge kosten voor de gezondheidszorg.⁴ Voor (huis)artsen vormen deze patiënten, die hardnekkig kunnen claimen lichamelijke ziekte te zijn, uitvoerig onderzoek kunnen wensen, maar niettemin ontevreden blijven, een bron van irritatie en frustratie.⁵ Deze patiënten zijn er mijns inziens de hoofdoorzaak van dat het beroep van huisarts als zwaar en belastend wordt ervaren.

We spreken van somatische fixatie als mensen door een proces van voortdurend inadequaat omgaan met en reageren op ziekte, onlustgevoelens, klachten of problemen, door henzelf, hun sociale omgeving of vertegenwoordigers van de gezondheidszorg, meer dan nodig afhankelijk worden van anderen, met name van (medische) hulpverlening of zelfs gaan vastlopen in het medisch kanaal.⁶ Somatische fixatie is dus geen diagnose, maar net als somatisatie de beschrijving van een fenomeen dat vele klinische manifestaties kent.

Somatische fixatie is ruimer gedefinieerd dan het somatisatieconcept. Aan de definitie somatische fixatie voldoen immers niet alleen patiënten met lichamelijke klachten die niet door het bestaan van een lichamelijke oorzaak verklaard kunnen worden, maar ook mensen van wie het ziektegedrag buitenproportioneel is in vergelijking met de aantoonbare lichamelijke aandoening. In feite is het een omschrijving van abnormaal ziektegedrag, waarbij het niet uit-

maakt of er nu wel of geen lichamelijke aandoening aanwezig is.

Een tweede verschil is, dat in de definitie van somatische fixatie de oorzaken en bestendige factoren zijn opgenomen: de patiënten zelf, hun omgeving of de medische hulpverleners. Een derde verschil is, dat aan het somatische-fixatieconcept een aantal signalen zijn ontleend, op basis waarvan de huisarts patiënten kan herkennen die een neiging tot somatisch fixeren vertonen.

Mijn conclusie is, dat somatische fixatie, wanneer het geplaatst wordt naast het meer geaccepteerde somatisatieconcept, overeind blijft als een krachtig concept, dat speciaal voor de huisarts van grote waarde is. Somatische fixatie komt zo vaak voor in de huisartspraktijk, dat omgaan met dit probleem tot de kern van goed huisartsgeneeskundig handelen gerekend dient te worden. De waarde ervan is sterk onderschat en het concept is helaas in de vergeethoek terechtgekomen. Het is 'somatisatie avant la lettre'.

Ik verwacht dat met de groeiende erkenning dat somatisatie een belangrijk medisch, sociaal en economisch probleem is, een hernieuwde belangstelling voor somatische fixatie zal optreden. Tegenover de insinuatie van *Hofmans* dat somatische fixatie een geloofsartikel uit het oosten des lands is, poneer ik de stelling dat somatische fixatie een wetenschappelijke parel van internationale allure is.

M.F. Cox,
huisarts te Den Haag

¹ Hofmans EA. Somatische fixatie [Discussie]. Huisarts Wet 1991;34(2): 96.

² Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application: Am J Psychiatr 1988; 145: 1358-68.

³ Katon W, Ries RK, Kleinman A. The prevalence of somatization in primary care. Compr Psychiatr 1984; 25: 208-15.

⁴ Barsky AJ, Wyshak G, Klermann GL. Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization. Med Care 1986; 24: 548-63.

⁵ O'Dowd TC. Practice observed. Five years of heart-sink patients in general practice. Br Med J 1988; 297: 528-30.

⁶ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

Naschrift 1

Blijkens zijn opmerkingen over 'redactionele vooroordelen' en 'persoonlijke verhoudingen' worden de integriteit en de competentie van de redactiecommissie door Meyboom in twijfel getrokken. Hij wordt hierin gesteund door Huy-

gen, die zich over dezelfde aangelegenheid direct tot het Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft gewend. Zich expliciet beroepend op zijn status als oud-voorzitter van het Genootschap, heeft Huygen het Bestuur opgeroepen zijn 'uiteindelijke verantwoordelijkheid' waar te maken, daarbij kennelijk de redactionele autonomie van de redactiecommissie negerend.

Deze aantijgingen stemmen niet overeen met de feitelijke gang van zaken:

- In april 1990 werden drie manuscripten elk op grond van hun eigen tekortkomingen afgewezen voor publikatie. De afwijzingsgronden werden, zoals gebruikelijk, met argumenten verwoord in een brief aan de betrokken auteurs.
- Deze auteurs hebben nooit hun beklag gedaan bij de redactiecommissie, waardoor een inhoudelijke discussie over de afwijzingsgronden niet aan de orde is geweest.
- De oud-hoogleraar van de auteurs – Huygen – heeft zich op zijn beurt evenmin tot de redactiecommissie gewend, maar wel rechtstreeks tot het Bestuur van het Genootschap. Het Bestuur heeft vervolgens contact opgenomen met de redactiecommissie.

De redactiecommissie wijst de beschuldigingen van Meyboom en Huygen van de hand. Haar handelwijze met betrekking tot de afwijzing is zorgvuldig geweest en komt voort uit de primaire taak die aan de redactiecommissie is opgedragen: het beoordelen van manuscripten op hun wetenschappelijke merites. Over inhoudelijke aspecten – zoals argumenten voor afwijzing – is natuurlijk altijd discussie mogelijk en die wordt in voorkomende gevallen ook niet uit de weg gegaan. Het initiatief daartoe ligt echter bij de auteurs van een afgewezen manuscript. Als auteurs een dergelijke discussie niet willen aangaan, ligt voor hen altijd de weg open om het manuscript voor publikatie aan te bieden aan een ander tijdschrift. Het gaat echter niet aan om achteraf en deels via een omweg ongefundeerde beschuldigingen te ventileren zonder een inhoudelijke discussie te willen aangaan.

De redactiecommissie betreurt het voorts dat het Bestuur van het Genootschap in bovenvermelde omstandigheden geen reden heeft gezien Huygen in eerste instantie te verwijzen naar de redactiecommissie (of naar de auteurs zelf). Door dit optreden lijkt een precedent geschapen waardoor de wetenschappelijke onafhankelijkheid van Huisarts en Wetenschap in het geding zou kunnen komen.

Frans J. Meijman,
voorzitter van de redactiecommissie

Naschrift 2

Als iemand mij zou vragen of somatische fixatie een wezenlijk huisartsgeneeskundig probleem is (maar dat doet natuurlijk niemand meer), zou ik twee antwoorden geven:

1. 'Ik geloof er niets van'.
2. 'Dat weet ik niet'.

Het lijkt wel of mijn opponenten maar één antwoord hebben: 'Natuurlijk, ik zie het iedere dag in de praktijk.' En dát antwoord heeft misschien wel alles met hulpverlening te maken, maar heel weinig met wetenschap. Waar het in deze discussie in wezen om gaat, is de spanning tussen wat door pratici in de dagelijkse praktijk wordt 'gezien' en 'herkend', en de eisen die in de wetenschap worden gesteld aan een geldig verklaringsmodel voor die 'observaties'. Mijn stelling is dat het door Huygen c.s. gehanteerde verklaringsmodel voor bepaalde observaties – de theorie der somatische fixatie – wetenschappelijk gezien aan alle kanten te kort schiet.

Ik zal dit toelichten in een aantal punten.

- Mijn opponenten stellen dat huisartsen de ervaring hebben dat veel mensen voortdurend inadequaat omgaan met ziekten en problemen. Tegenover een dergelijke vaststelling heb ik vooral *vragen*. Om hoeveel mensen gaat het? Wat is precies 'inadequaat' omgaan, en wie bepaalt dat en op grond van welke criteria? Is het niet denkbaar dat 'inadequaat' omgaan met klachten ook de minst slechte optie kan zijn in een verder uitzichtloze situatie? Gaat het hier om een karaktereigenschap of om een proces dat zich bij iedereen kan voordoen? En is dat proces dan niet meestal tijdelijk van aard, waarna het 'vanzelf' overgaat? Dat soort vragen – en er zijn er veel meer – zijn bij mijn weten nooit beantwoord. Sterker nog: ze lijken zelfs nooit gesteld.
- De observatie dat veel mensen 'inadequaat' zouden omgaan met ziekten en problemen, wordt dan verklaard door middel van een 'theorie' – de theorie der somatische fixatie. Enige poging tot *toetsing* van deze theorie aan empirische gegevens heeft echter nooit plaatsgevonden. Er is destijds wel een onderzoek geweest (onder ruim 400 gezinnen), maar dat was uitsluitend niet opgezet om 'de totale theorie of delen hiervan te toetsen', maar 'om risicofactoren met betrekking tot het proces van somatische fixatie op het spoor te komen' (p. 369).¹ Volgens Tielens is toetsing van de theorie der somatische fixatie zelfs niet mogelijk: 'In wezen is dit een normatieve theorie. Aan de hand van de onderhavige empirische gegevens (afkomstig uit het project Preventie van Somatische Fixatie – EAH) kan deze daarom niet bevestigd worden' (p. 179).² Een dergelijke theorie heeft volstrekt niets te maken met wat *De Groot* onder dat begrip verstaat.³

• Ook intern hangt de theorie der somatische fixatie aan elkaar van de veronderstellingen en verklaringen die niet nader zijn onderzocht. Aan de basis van het concept staat bijvoorbeeld een buitengewoon discutabel model voor het ontstaan van ziekte, terwijl naar de drie gepostuleerde circulaire processen bij mijn weten geen enkel onderzoek is gedaan. Ook hier rijzen talloze vragen. Hoe verhouden de verschillende circulaire processen zich tot elkaar? Kan een niet-adequaat werkende huisarts een wel-adequaat handelende patiënt tot somatische fixatie drijven? En zo niet, kunnen we dan uitgaan van bepaalde risicogroepen met een risicoprofiel? Wanneer kan je in een concreet geval spreken van 'somatische fixatie'? En waarom zou je in een dergelijk geval niet ook kunnen spreken van een *diagnose* 'somatische fixatie'?

• Aan de theorie wordt tenslotte een viertal richtlijnen voor het praktisch handelen gekoppeld: gericht en systematisch werken, aandacht voor de arts-patiënt relatie, adequaat psychosociaal handelen, en adequaat somatisch handelen.⁴ De verbinding tussen deze basisvaardigheden en de eigenlijke theorie is echter bijzonder zwak. Er is bijvoorbeeld geen sprake van dat de vier basisvaardigheden dwingend en onontkoombaar uit de theorie volgen. Het gaat daarentegen om *algemene* basisvaardigheden die moeten leiden tot goed huisartsgeneeskundig handelen onder *alle* omstandigheden. Dat betekent dat de vier basisvaardigheden niet specifiek zijn voor de theorie der somatische fixatie: als ze werken, is dat niet bewijzend voor het bestaan van somatische fixatie, en als somatische fixatie niet bestaat, wordt daarmee niets afgedaan aan de vier basisvaardigheden. Beide concepten kunnen dus volstrekt los van elkaar bestaan. Mijn oorspronkelijke discussiebijdrage was dan ook in het geheel niet geïnspireerd door de drie afgewezen Nijmeegse artikelen; ik heb die artikelen destijds nauwelijks gelezen (dat is niet mijn taak) en ik heb ze geen moment in verband gebracht met het concept van de somatische fixatie.

• Meer in het algemeen is de theorie der somatische fixatie bijzonder weinig specifiek. Het zou bijvoorbeeld heel wel mogelijk zijn een vergelijkbare 'theorie van onnodig lichamelijk lijden' op te stellen, inclusief ziektemodel, circulaire processen en signaleringssysteem. En misschien zouden na verloop van tijd ook wel steeds meer huisartsen 'onnodig lichamelijk lijden' in de praktijk gaan herkennen. Maar ik denk niet dat een dergelijke theorie ons veel verder zou helpen.

Een praktizerend huisarts zal in 'Huisarts en somatische fixatie' wellicht veel herkennen en er een bruikbaar hulpverleningsmodel in vinden –

ik kan daar niet over oordelen. Waar het mij om gaat, is dat dit hulpverleningsmodel weinig te maken heeft met een wetenschappelijke theorie. Binnen het raamwerk van de theorie der somatische fixatie bestaan nog zoveel onbeantwoorde vragen, dat het opstellen van signaleringssystemen, preventieprogramma's en richtlijnen voor huisartsgeneeskundig handelen anders dan voor onderzoeksdoeleinden volstrekt prematuur is. Dat gold dertien jaar geleden, en dat geldt nu a fortiori. Het heeft volgens mij geen enkele zin het bouwwerk van de 'Preventie van Somatische Fixatie' steeds verder uit te breiden met nieuwe onderzoeksprogramma's, als niet eerst een diepgaand onderzoek naar de fundamentele van de hele constructie heeft plaatsgevonden.

Dat laat onverlet dat in de theorie der somatische fixatie allerlei waarden een rol kunnen spelen, en dat over die waarden binnen de huisartsenwereld wellicht een grote consensus bestaat. Die waarden heb ik echter niet ter discussie gesteld. Wél ben ik van mening dat een eventuele consensus over deze waarden volstrekt niets zegt over het wetenschappelijke karakter van de theorie der somatische fixatie.

Daarnaast ben ik van mening dat bij een nadere uitwerking van die waarden weleens zou kunnen blijken dat onder een oppervlakkige consensus uiteindelijk een diepe onenigheid schuilgaat. De door Meijman geëntameerde discussie over de klachtgerichte benadering heeft duidelijk gemaakt dat op dit punt in ieder geval juist geen consensus bestaat.⁵

Cox zwaait mij lof toe voor mijn knuppeltje in het Nijmeegse hoenderhok, maar zelf vind ik het vooral spijtig dat mijn provocatie niet heeft geleid tot de beoogde discussie over het wetenschappelijk gehalte van de theorie der somatische fixatie. Misschien dat deze uitvoeriger uiteenzetting mijn opponenten daartoe alsnog kan prikkelen.

Overigens ben ik geen Neerlandicus (ook nooit geweest).

E.A. Hofmans

Symptoms of low blood pressure: a population study Wessely S, Nickson J, Cox B. *Br Med J* 1990; 301: 362-5.

In Angelsaksische landen wordt een laag-normale systolische bloeddruk als wenselijk beschouwd. Studies hebben uitgewezen dat een lage bloeddruk samenhangt met lagere sterftecijfers. Er is echter weinig bekend over lage bloeddruk en morbiditeit. In dit onderzoek werd nagegaan of er een verband kon worden aangetoond tussen lage bloeddruk en klachten als moeheid, duizeligheid, hoofdpijn en hartkloppingen.

Het onderzoek vond plaats bij een steekproef uit de volwassen populatie van Groot-Brittannië. Ruim 7000 mensen beantwoordden vragen over hun gezondheid, vulden een vragenlijst in over hun psychische toestand en lieten hun lengte, gewicht en bloeddruk meten.

Er bleek een duidelijk negatieve relatie te bestaan tussen systolische bloeddruk en moeheid. Verder werd er een relatie gevonden tussen enerzijds duizeligheid en neiging tot flauwvallen en anderzijds lage bloeddruk, met name in de jongste en oudste leeftijdsgroep. Geslacht, leeftijd, gebruik van geneesmiddelen, ziekte, lichaamsbeweging en Quetelet-index bleken vertekende variabelen te zijn. Er werd geen relatie gevonden tussen de hoogte van de bloeddruk en psychische aandoeningen.

De auteurs concluderen dat zowel moeheid als flauwvallen geassocieerd zijn met een bloeddruk die als gunstig wordt beschouwd. Ze benadrukken dat deze bevindingen voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden, onder andere omdat er geen duidelijke pathofysiologische verklaring voor kan worden gegeven. Het is nog steeds mogelijk dat lage bloeddruk en moeheid samenhangen met een derde, nog onbekende variabele. De auteurs vinden het onjuist om op grond van dit onderzoek te besluiten om mensen met klachten van lage bloeddruk te gaan behandelen.

Marjolijn Hugenholtz

Relaxation therapy and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension: a controlled study Van Montfrans GA, Karemaker JM, Wieling W, Dunning AJ. *Br Med J* 1990; 300: 1368-72.

Wat is het lange-termijn effect van ontspannings therapie op de bloeddruk van patiënten met lichte, onbehandelde en ongecompliceerde hypertensie?

De onderzoeksgroep bestond uit 35 patiënten die door de huisarts waren verwezen om aan het onderzoek mee te doen en die een systolische bloeddruk hadden van 160-200 mm Hg of een

diastolische bloeddruk van 95-110 mm Hg. De patiënten werden *at random* verdeeld over een ontspanningsgroep en een controlegroep. In de ontspanningsgroep werden de patiënten acht weken lang gedurende één uur per week getraind in diverse ontspannings- en meditatieve technieken. Verder moesten ze thuis tweemaal daags gedurende 15 minuten oefenen met behulp van oefenboek en cassettebandjes. Daarna waren er maandelijks individuele contacten met de ontspanningstherapeut, waarbij ook de bloeddruk werd gemeten. In de controlegroep werden de patiënten begeleid door een verpleegkundige, die de patiënten vroeg zich thuis tweemaal daags gedurende 15 minuten te ontspannen in een luie stoel. Ook hier was een maandelijks *follow-up*.

Bij alle deelnemers werd aan het begin van de studie en na een jaar een ambulante 24-uurs registratie gemaakt van de intra-arteriële bloeddruk. De deelnemers kregen de instructie om tijdens het onderzoek niets te veranderen aan hun dieet en hun lichamelijke activiteiten.

De diastolische bloeddruk, gemeten met de kwikmanometer, daalde in de onderzoeksperiode in de onderzoeksgroep met 2 mm Hg en in de controlegroep met 3 mm Hg. De gemiddelde diastolische intra-arteriële bloeddruk was in beide groepen na een jaar niet veranderd.

Marjolijn Hugenholtz

Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism Beresford TP, Blow FC, Hill A, et al. *Lancet* 1990; 336: 482-5.

Bij opname van patiënten in een algemeen ziekenhuis wordt afhankelijkheid van alcohol zelden als zodanig herkend. In dit onderzoek werd de CAGE-vragenlijst als screeningsinstrument vergeleken met een aantal laboratoriumbepalingen.

De CAGE-vragenlijst bestaat uit vier vragen: Heeft u ooit gemeend dat u moest minderen (Cut down) met uw drinkgewoonten? Hebben anderen u ooit geërgerd (Annoyed) met kritiek op uw drinken? Heeft u zich ooit schuldig (Guilty) gevoeld door uw drinken? Heeft u ooit 's morgens een drankje nodig gehad om uw zenuwen te kalmeren of om van een kater af te komen? (Eye opener)? Een andere manier om alcoholisme te screenen is het vergelijken met een computer van een aantal laboratoriumbepalingen. Voor alle opnamepatiënten werd dit gerandomiseerd gedaan bij 915 volwassenen in een algemeen ziekenhuis. Of iemand alcoholafhankelijk was of niet (244 tegen 671 patiënten) werd beslist door middel van een gestructureerd interview volgens DSM-III-R-criteria als 'gouden standaard'.

¹ Smits A, Van Eijk J, Grol R, Huygen F, Van Mierlo G, Mokkink H. Preventie van somatische fixatie II. Een theoretisch model en onderzoeksgegevens. *Huisarts Wet* 1978; 21: 366-9.

² Tielens VCLMG. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

³ De Groot AD. Methodologie. 's-Gravenhage: Mouton, 1971.

⁴ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

⁵ Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigd? *Huisarts Wet* 1990; 33: 478-81.

De CAGE vragenlijst was zeer sensitief (75 procent) en specifiek (94 procent) bij het herkennen van alcoholafhankelijkheid (positief voorspellende waarde 87 procent). Geen enkele van de onderscheidende laboratoriumbepalingen gaf een herkenningsmogelijkheid groter dan voor het toeval alleen. Tenzij de sensitiviteit, specificiteit en positief voorspellende waarde van computer-ondersteunde methoden verbeteren, blijft een kort interview de beste screeningsmethode voor populaties in een algemeen ziekenhuis.

C.H.A. Westhoff

Improved outcome of paracetamol-induced fulminant hepatic failure by late administration of acetylcysteine Harrison PM, Keays R, Bray GP, Alexander GJM, Williams R. *Lancet* 1990; 335: 1572-73.

De beste therapie bij een paracetamolvergiftiging is acetylcysteine. Indien dit binnen tien uur gegeven wordt, voorkomt men een ernstige centrilobulaire levernecrose. Indien het later gegeven wordt, is het minder effectief. De auteurs deden een retrospectief onderzoek bij honderd opeenvolgende patiënten die werden opgenomen met een ernstige levernecrose na het innemen van een overdosis paracetamol. De patiënten werden in drie groepen onderverdeeld: twee patiënten die binnen tien uur na de paracetamolinnamewerden behandeld, een groep bij wie de behandeling na tien uur na de paracetamolinnamewerd begonnen en een groep die voor opname nog geen antidotum had gekregen. De behandeling bestond steeds uit intraveneus gegeven acetylcysteine.

Slechts twee patiënten uit de tweede groep kwamen in een ernstig coma, tegen 33 uit de derde groep. Ook de mortaliteit lag in de tweede groep duidelijk lager dan in de derde groep (respectievelijk 15 en 33 patiënten). Er was geen statistisch verschil tussen de tweede en de derde groep ten aanzien van het aantal nierdialyses wegens het optreden van een anurie of een oligurie. De twee patiënten bij wie de behandeling binnen tien uur na de paracetamolinnamewerd aangevangen, genazen zonder in een ernstig coma te zijn geweest en hadden geen dialyse nodig gehad.

Thijs Sanders

Diagnostic value of the erythrocyte sedimentation rate in general practice [Dissertatie]. Dinant GJ. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991. *Handelseditie: Amsterdam: Thesis, 1991; prijs NLG 29,50. ISBN 90-5170-054-7.*

In een aantal heldere betogen doet Dinant verslag van zijn onderzoeken naar de waarde van de meest gebruikte test in de huisartspraktijk, de BSE. Het eerste onderzoek gaat over de betrouwbaarheid van de BSE-bepaling in de huisartspraktijk. In vijf praktijken werden BSE-bepalingen verricht, terwijl de BSE ook in het referentielaboratorium werd bepaald. De spreiding in de uitkomsten van de BSE-bepaling tussen de praktijken bleek groot en klinisch relevant. De auteurs veronderstelden dat vooral het gebruik van niet goed schoongemaakte bezinkingsbuisjes de oorzaak van de inter- en intra-praktijkverschillen was en niet bijvoorbeeld het vervoer per auto naar het laboratorium. Na het verstrekken van standaard weggooiuizen en instructie over de juiste uitvoering van de test waren de inter- en intra-praktijkverschillen veel kleiner en niet meer klinisch relevant. Met simpele middelen is het dus mogelijk betrouwbaar laboratoriumonderzoek in de huisartspraktijk uit te voeren.

De kern van de onderzoeken behandelt de diagnostische waarde van de BSE. Bij 362 patiënten van negen huisartsen werd (op indicatie) in het referentielaboratorium een BSE bepaald. Drie maanden later werd door de onderzoeker op basis van patiëntenkaart en onderzoek van de patiënt vastgesteld wat de diagnose ten tijde van de BSE-bepaling was geweest. Deze follow-up diende als 'gouden standaard'. De meeste diagnoses kwamen niet verder dan symptoomdiagnosen (25 procent); gewrichts- en spieraandoeningen (17 procent), infectieziekten (14 procent), ziekten van de ademhalingswegen (11 procent) en ziekten van de tractus digestivus (10 procent) waren andere belangrijke groepen. Van de 362 patiënten bleken er negen een carcinoom te hebben.

Op grond van de antwoorden van twintig huisartsen op een enquête over het gebruik van de BSE werd een onderscheid gemaakt tussen 'pathologie' en 'geen pathologie'. Onder het begrip pathologie werden maligniteiten en infectieziekten gerekend; symptoomdiagnosen, bijwerkingen en preventieve gezondheidszorg vormden 'geen pathologie'. Alle andere aandoeningen werden ondergebracht in een groep 'overige ziekten'. Met hulp van goed inzichtelijke Receiver Operating Characteristics (ROC) curves laat de auteur zien bij welke afkapwaarden van de BSE de resultaten optimaal zijn voor het onderscheid tussen pathologie en geen pathologie. Het beste afkappunt zou voor mannen 12

mm/h en voor vrouwen 28 mm/h zijn, in beide gevallen ongeacht de leeftijd.

Op deze bevindingen voortbordurend, onderzocht Dinant bij dezelfde patiëntengroep de diagnostische impact van de BSE: veranderde de mening van de huisarts over de aard van de klacht ('pathologie' of 'geen pathologie') door de uitslag van de BSE, en veranderde de werkdia-gnose? Bij elke patiënt werd de huisarts gevraagd werkhypothesen op te schrijven, de uitslag van de test te voorspellen en aan te geven of er sprake was van pathologie. De diagnostische 'impact' van de BSE werd gemeten door de diagnoses voor de test te vergelijken met de diagnoses na de test en met het algemene oordeel van de huisarts.

Na de BSE bleek 68 procent van de 'pathologie'-diagnosen te worden bevestigd en 92 procent van de 'andere ziekten'. De bepaling van de BSE bevestigde de gedachten van de huisarts. Tussen de diagnoses na de BSE door de huisarts en de follow-up-diagnosen door de onderzoeker bestond een overeenstemming van 78 procent voor de 'pathologie'- en 80 procent voor de 'niet pathologie'-diagnosen.

In vergelijking met het onderzoek over de diagnostische waarde kleven aan dit deelonderzoek enkele schoonheidsfoutjes. Er is een betrekkelijk grote groep waarbij de diagnose vooraf of achteraf diagnoses niet bekend is. Verder zet de auteur de diagnoses 'pathologie' en 'geen pathologie' af tegen het algemene oordeel van de huisarts over pluis of niet pluis. Het is nogal logisch dat hij zodoende een verband aantreft; het zijn immers gekoppelde grootheden. Het veranderen van de diagnoses schrijft de auteur toe aan de BSE, terwijl onduidelijk is of niet ook nog ander onderzoek is gedaan, met name in de 'pathologie'-groep. Bij het algemene oordeel van de huisarts over het wel of niet aanwezig zijn van een ernstige aandoening zou bovendien tussen vooraf- en achteraf-diagnose ook de gewone intra-doktervariatie een rol kunnen spelen.

In een ander onderzoek werd de BSE vergeleken met de plasmaviscositeit bij het juist indelen van reumatoïde artritis en M. Bechterew. Op een reumatologie-polikliniek werden 192 controlepatiënten zonder indexaandoening vergeleken met 169 RA- of Bechterew-patiënten. De BSE maakte een beter onderscheid tussen de indexpatiënten en de controlepatiënten dan de plasmaviscositeit. Voor huisartsen is dit deel van het onderzoek minder interessant. Zo brengt ook een bijdrage over het diagnostisch vermogen van de leukocytentelling, waarbij dezelfde patiëntengroep werd gebruikt als bij het BSE-onderzoek, weinig nieuws.

Ondanks de kleine kritiekpunten toont dit proefschrift hoe onderzoek naar diagnostische tests in

de huisartspraktijk vorm moet krijgen. Huisartsen kunnen met deze bundel in de hand duidelijk maken dat de normaalwaarden in de laboratoria moeten worden bijgesteld. Voor elke huisarts die een BSE doet of aanvraagt, en zeker niet alleen voor besliskundig geïnteresseerde artsen is dit proefschrift aan te raden kost.

Joost Zaat

Spoedeisende geneeskunde Keeman JN, Schadé E, red. Houten, Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990; 591 pagina's, prijs NLG 145,-. ISBN 90-313-0888-9.

Op het gebied van de acute geneeskunde wordt de huisarts steeds minder belangrijk. Enerzijds wordt dit veroorzaakt door het gebrek aan kennis, vaardigheden en organisatiestructuur onder huisartsen, anderzijds dreigt het vertrouwen in de huisarts voor hulp bij (levens)bedreigende situaties verloren te gaan. Het gevolg is wat genoemd kan worden de '06.11-rage'. 'Spoedeisende geneeskunde' voorziet dus in een behoefte.

De auteurs beschouwen een hulpvraag als spoedeisend wanneer huisarts en patiënt van mening zijn dat het verzoek nog dezelfde dag gehonoreerd moet worden; daardoor worden ook ogenschijnlijk minder voor de hand liggende gebieden als keel-, neus- en oorheelkunde en dermatologie beschreven. Daarnaast wordt aandacht besteed aan cardiovasculaire aandoeningen, trombose en embolie, respiratoire gevallen, gastro-intestinale pathologie, aandoeningen van nier- en urinewegen, endocrinologie, spier- en gewrichtsproblematiek, neurologisch en psychiatrisch lijden, verloskunde en gynaecologie, kindergeneeskunde, oogheelkunde, vergiftigingen en traumata.

De uitgave heeft het karakter van een leerboek. In redelijk uniform opgezette hoofdstukken wordt de acuut aandacht vragende pathologie kort weergegeven. Dankzij de schematische indeling in *symptomen, diagnose en behandeling* wordt de lezer snel geïnformeerd. De uiteenzetting over de te nemen beslissingen wordt verduidelijkt door een onderverdeling in drie niveaus: is er sprake van een spoedgeval of niet; hoe dient de huisarts te handelen; wat zal het intramurale beleid zijn? Een uitgebreid register maakt het mogelijk de problematiek in kwestie vlot op te zoeken.

Naast zuiver medisch-technische informatie bevat het boek ook wetenswaardigheden op meer beleidsmatig terrein, bijvoorbeeld over het weigeren van een medische behandeling door de acuut psychiatrische patiënt of de gang van zaken rond kindermishandeling. Een aparte vermelding verdient het eerste hoofdstuk, geschreven

door de nestor van de 'spoedgevallen', Piet Smit; het vormt de basis voor de verdere, veelal vanuit specialistische optiek gegeven informatie in het boek. Aandacht voor werk en emotionele belasting, de wijze van bereikbaarheid en de inhoud van de praktijk-, verlos- en ongevallentas maken duidelijk wat er op dit gebied van de huisarts mag worden verwacht.

Eén punt van kritiek: in de titel had het woord 'huisartsgeneeskunde' niet mogen ontbreken: dit boek zou iedere huisarts binnen handbereik moeten hebben.

Jaap van Binsbergen

Veiligheid en risico in de gezondheidszorg. Epidemiologische aspecten van iatrogene schade Tempelaar AF. Groningen: Styx, 1990; 115 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-72371-22-4.

Over iatrogene schade, veiligheid en risico in de gezondheidszorg wordt gelukkig steeds vaker gepubliceerd. De omvang van dit probleem neemt toe met de vergrijzing van de bevolking en met de steeds toenemende mogelijkheden van de geneeskunde. Tempelaar is vele jaren huisarts geweest en werkt nu als sociaal geneeskundige bij een zorgverzekeraar. Hij is al lange tijd geïnteresseerd in het onderwerp en publiceert er regelmatig over sinds 1980. Met dit boek is het hem goed gelukt een uitgebreid literatuuroverzicht samen te stellen.

De resultaten van dit onderzoek liggen er niet om. In Nederland zouden jaarlijks 4700-7900 mensen in ziekenhuizen overlijden aan de gevolgen van medische ongevallen. Hiervan nemen ziekenhuisinfecties ongeveer 1100 en fouten bij operaties ongeveer 1000 slachtoffers voor hun rekening. Ongeveer 3,5 tot 4 procent van alle in Nederland in ziekenhuizen opgenomen patiënten ondervindt min of meer ernstige schade aan de gezondheid door iatrogene complicaties. Mensen van 65 jaar en ouder lopen het meeste risico.

Over de schadelijkheid van een teveel aan zorg handelt een heel hoofdstuk. Wat betreft onnodig diagnostisch onderzoek en het onnodig voorschrijven van geneesmiddelen steekt Nederland gunstig af bij de rest van Europa en zeer gunstig bij de VS en Japan. Expliciet komt aan de orde dat het verwijfs- en voorschrijfgedrag van huisartsen kwaliteitsbepalende factoren zijn. Een weloverwogen en terughoudend verwijfs- en voorschrijfgedrag van huisartsen leidt tot een vermindering van iatrogene schade.

In de laatste hoofdstukken bespreekt Tempelaar de instanties en structuren die een bijdrage leveren aan de bewaking van de veiligheid van de gezondheidszorg en geeft hij een aantal suggesties voor mogelijke verbeteringen.

Een zeer interessant en goed geschreven boek. Het bevat veel nuttige informatie, onder andere voor artsen en beleidsmakers.

E.P. Walma

Hoe raak ik je aan. Grensverkenningen rond contact maken, hechten, intimiteit en seksualiteit Veenbaas W, Weisfelt P. Utrecht: Phoenix, 1990; 135 bladzijden, prijs NLG 32,50. Te bestellen door overmaking van NLG 32,50 over te maken op giro 805642 van de uitgever.

Dit boek beschrijft de begrippen contact maken, hechten, intimiteit en seksualiteit als noodzakelijke stappen in de ontmoeting van mensen. Wat gebeurt er als mensen hun 'grenzen' slecht bewaken, als grenzen moedwillig overtreden worden? Door middel van een consistente theorie wordt een kader geboden om seksuele ervaringen bespreekbaar te maken.

In het eerste deel van het boek worden de theoretische begrippen uitgewerkt. Het tweede deel geeft een aantal aandachtspunten die van belang zijn bij het bespreekbaar maken van seksualiteit. In het volgende deel staat men stil bij de gevolgen van seksuele intimidatie. Het vierde deel biedt een aantal aanwijzingen voor de opvang en begeleiding van de slachtoffers van seksueel geweld. Het boek wordt besloten met een aantal oefeningen.

In dit vlot leesbare boek, dat is ontstaan in de praktijk van opleidingen voor begeleiders en hulpverleners, wordt een helder en eenduidig begrippenkader gehanteerd. Het is rijk geïllustreerd met voorbeelden en citaten uit de therapiepraktijk. Voor de huisarts, die beroepshalve met de in dit boek genoemde thema's te maken heeft, is dit een nuttig boek. Vooral in de begeleiding van slachtoffers van seksueel geweld biedt het een steunend kader; men kan het deze patiënten ter lezing aanbevelen.

Eugene Broecheler

Relaxation therapy in cardiac rehabilitation: a randomised controlled clinical trial of breathing awareness as a relaxation method in the rehabilitation after myocardial infarction [Dissertatie]. Van Dixhoorn JJ. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1990; 150 pagina's. ISBN 90-9003834-5.

Door middel van een gerandomiseerd en gecontroleerd therapeutisch experiment werd onderzocht wat een individuele ademhalings- en ontspanningstherapie kan toevoegen aan een standaard-hartrevalidatieprogramma. Daarnaast werd onderzocht of de uitkomst van de revalidatie voorspelbaar was op grond van gegevens die

Standaarden

bij de aanvang van het programma beschikbaar waren. Daartoe werden de resultaten van een inspanningsproef, de antwoorden op psychologische vragenlijsten en een aantal ademhalingsvariabelen voor en na de revalidatie met elkaar vergeleken. Verder werd het optreden van cardiale incidenten na de revalidatie onderzocht. De voorspelbaarheid van het fysieke en psychische succes van de revalidatie werd berekend met behulp van logistische regressie-analyse.

De patiënten die de gecombineerde behandeling ondergingen, voelden zich beter, ademen rustiger, hyperventileerden minder, hadden een tweemaal zo kleine kans op het mislukken van de hartrevalidatie en hadden een tweemaal zo kleine kans op een nieuw cardiaal incident, vergeleken met de patiënten in de controlegroep die alleen lichamelijk getraind werden. Deze eenvoudige inspanningstraining was slechts effectief voor een deel van de patiënten en niet bepalend voor het bereiken van psychische verbetering. In de toekomst zullen revalidatieprogramma's mogelijk door middel van een voorspellingsanalyse kunnen worden gedifferentieerd en toegesneden op individuele patiënten.

Hoewel ik niet in staat ben de statistische bewerkingen te beoordelen, vond ik het een boeiend proefschrift. Dat de schrijver de effecten van een 'soft' therapieprogramma als ademhalings- en ontspanningsoefeningen heeft kunnen meten, zodat deze therapieën een wetenschappelijke onderbouwing krijgen, stemt tot vreugde. In de appendix vindt de geïnteresseerde lezer een gedetailleerde beschrijving van de verschillende ontspanningstechnieken: passieve ontspanningstechnieken, actieve ontspanningstechnieken en regulatie van de ademhaling. Wie geïnteresseerd is in de niet-medicamenteuze behandeling van lichamelijke aandoeningen, kan ik dit proefschrift zeer aanbevelen.

Dick Arentz

RECTIFICATIE

Wielink G, Kok HC, Nijhoff AH. Huisartsge-neeskunde in een centrum voor asielzoekers. Huisarts Wet 1991; 34(6): 257-9.

In tabel 2 (pag. 258) wordt binnen de rubrieken 6 en 8 onderscheid gemaakt tussen A en B, maar bij de legenda ontbreken de bijbehorende verklaringen. Deze luiden als volgt: 6A Ziekten van het zenuwstelsel; 6B Ziekten van de zintuigen; 8A Ziekten van de bovenste luchtwegen; 8B Ziekten van de onderste luchtwegen.

Standaarden – Stand van zaken

Onlangs startte een werkgroep met de ontwikkeling van een NHG-standaard 'Hypo-/hyperthyreoïdie'. Deze groep bestaat uit de huisartsen A. van Bommel, A. Boer, V. Pop, I. de Voogd-van der Straten en Y. Winants.

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:

- Zwangerschap en Kraambed;
- Verloskunde (praktijkvoering);
- Maagklachten;
- Varices.

Aanmeldingen op korte termijn: NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881700.

Call for abstracts

The College of Family Physicians of Canada had issued a call for papers for the 13th WONCA World Conference on Family Medicine to be held in Vancouver, Canada, May 9-14, 1992. The Conference theme is 'Family Medicine in the 21st Century'. All papers will be presented in poster format, in either French or English. Some papers will also be selected for oral presentation. Abstract forms are available by writing to the Conference Co-ordinator, Ms. Terri Garbutt, The College of Family Physicians of Canada, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada M2K 2R9; telephone 09-1.416.493.7513; facsimile 09-1.416.493.3224.

Jan van der Feen-prijs 1991

De Beoordelingscommissie die adviseert over de jaarlijkse toekenning van de Jan van der Feen-prijs, verzoekt om op gedocumenteerde wijze te worden geattendeerd op personen, groeperingen en/of instellingen die zich in het afgelopen jaar bijzonder hebben onderscheiden op het gebied van de deskundigheidsbevordering. Signaleringen kunnen binnen drie weken worden gericht aan: Landelijke Huisartsen Vereniging, Beoordelingscommissie Jan van der Feen-prijs, Postbus 20056, 3502 LB Utrecht.

Gepubliceerd in 1990

- Mammografie M07 (januari);
- Medische Verslaglegging O02 (maart);
- Schouderklachten M08 (mei-I);
- Otitis Media Acuta M09 (mei-II);
- Problematisch Alcoholgebruik M10 (juni);
- Acute Keelpijn M11 (juli);
- Oogheelkundige Diagnostiek M12 (september);
- Perifeer Arterieel Vaatlijden M13 (oktober).

Gepubliceerd in 1991

- IUD M14 (januari-II);
- Acne M15 (maart);
- rectificatie Mammografie (april 1991);
- Ulcus Cruris Venosum M16 (mei 1991);
- Hypertensie M17 (juli 1991).

Geautoriseerd

- Otitis Media met Effusie (augustus 1991).

Becomentarieerd

- Migraine (september 1991);
- Dementiesyndroom bij Bejaarden (oktober 1991).

In ontwikkeling

- Cholesterol;
- Subfertiliteit;
- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Herkenning Cara-patiënt;
- Cara bij Kinderen;
- Behandeling en Begeleiding Cara-patiënt;
- Abnormaal Vaginaal Bloedverlies;
- Atriumfibrilleren;
- Bloedonderzoek bij verdenking op Leveraandoeningen;
- Kinderen met Koorts;
- Hyper-/hypothyreoïdie.

In voorbereiding

- Acute diarree;
- Zwangerschap en Kraambed;
- Verloskunde (praktijkvoering);
- Bloedonderzoek bij Klachten van Algemene Aard;
- Varices;
- Maagklachten;
- Begeleiding van Patiënten na een Hartinfarct.

Op de rol

- Begeleiding van Carcinoompatiënten.

Jaarverslag 1990 CPV

Het verslagjaar was voor de Commissie Praktijkvoering een jaar waarin de activiteiten zich opstapelden. Een accurate organisatie van de praktijkvoering wordt door de huisarts steeds meer als een must ervaren en de CPV merkt dan ook dat in toenemende mate aanspraak wordt gedaan op haar deskundigheid.

Structuur

Zoals in het jaarverslag van 1989 werd genoemd, was het streven van de commissie om op korte termijn een harde kern te gaan vormen met daaromheen een groep adviseurs/deskundigen. Deze zogenaamde projectmedewerkers worden op basis van hun deskundigheid betreffende een actueel praktijkvoeringsonderwerp uitgenodigd om te adviseren.

In 1990 is een aantal leden uit de commissie getreden om vervolgens als projectmedewerker te gaan functioneren. Eén huisarts met brede belangstelling voor praktijkvoering is als nieuw lid tot de commissie toegetreden. Het zo ontstane zevental vormde de CPV-nieuwe-stijl. De voltallige commissie vergaderde tien maal, de projectgroepen zo vaak als nodig.

Beleidsplan en activiteitenplan

De commissie begon met het uitbrengen van een beleidsplan voor 1990. Daarin werden de drie werkerterreinen omschreven van de commissie: advisering naar bestuur en leden, rapportage en voorlichting omtrent praktijkvoering via publicaties en tenslotte het ontwikkelen van nieuwe hulpmiddelen. De werkzaamheden van de commissie hebben zoveel mogelijk dit beleidsplan gevolgd.

Als vervolg op het beleidsplan stelde de commissie een activiteitenplan op waarin stapsgewijs wordt aangegeven wanneer activiteiten worden gepland en langs welk tijdspad ze moeten worden uitgevoerd.

Overleg met huisartsen- en andere organisaties

Het overleg met het Dagelijks Bestuur van het NHG is in het afgelopen jaar verder gestructureerd. Belangrijk waren de adviesfunctie van de commissie en de autorisatie van CPV-uitgaven door het bestuur.

Het afgelopen jaar is er regelmatig overleg gevoerd met de Landelijke Huisartsen Vereniging. Belangrijke onderwerpen waren: het opstellen van een praktijkfolder voor patiënten en de bereikbaarheid van de huisarts met de daarbij behorende telecommunicatiemiddelen (de CPV stelde samen met de LHV het LHV-referentiemodel telecommunicatie op).

De voorzitter van de CPV onderhield contacten met de praktijkvoeringscommissie van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen. Zo is er vanuit de CPV regelmatig

overleg met de leden van die commissie in Antwerpen.

De commissie overlegde verder met de verloskundigen over aanpassing van de verloskundige verslaglegging, had zitting in de begeleidingscommissie van de Medica en werkte mee aan een promotie-onderzoek over de managementtaken van de huisarts.

Ombudsfunctie

Elke dinsdagmiddag en vrijdagochtend was er een NHG-stafid bereikbaar op het NHG-adres om over praktijkvoeringszaken informatie te verschaffen. Vele huisartsen hebben gebruik gemaakt van deze beschikbaarheid. Een groot aantal vragen op het gebied van de praktijkvoering is gesteld.

Een deel van de problemen werd opgelost door het toezenden van de brochures. De meeste vragen werden vanuit het NHG beantwoord. Een aantal vraagstellers werd verwezen naar instanties als O&O en het Nivel.

Bouwstenen Praktijkvoering/Brochures

In het verslagjaar werd aan alle NHG-leden de ringband Bouwstenen Praktijkvoering toegeleverd. In de ringband zaten de volgende bouwstenen:

- De uitrusting van de praktijk;
- De inhoud van het ampullenétui;
- De uitrusting onderweg;
- Verbandmiddelen.

De brochure gehooronderzoek en audiometrie behoeft enige uitbreiding. De verspreiding werd verschoven naar 1991.

Ook de brochure 'De medische kaart' was oorspronkelijk gereed om gedrukt te worden. De commissie achtte het echter verstandig om alsnog een uitgebreid eerste hoofdstuk in te laten waarin extra aandacht werd besteed aan de NHG-standaard Medische Registratie en aan het privacy-reglement en het recht op inzage. Tevens werd er een kort hoofdstuk over automatisering ingevoegd.

Naar aanleiding van het concept van de brochure 'De praktijkfolder' hebben CPV en LHV frequent besprekingen gevoerd. Een en ander resulteerde in een CPV-brochure met als inlegger een door de CPV en de LHV gemaakte voorbeeldfolder. Het project werd gesubsidieerd door WVC, waardoor aan het eind van 1990 de brochure aan alle huisartsen in Nederland kon worden toegezonden.

De telecommunicatie speelde dit jaar een belangrijke rol. Zoals gezegd stelde de commissie samen met de LHV het referentiemodel voor telecommunicatie in de huisartspraktijk op. Parallel aan het overleg over dit model werd er gewerkt aan de brochure 'Bereikbaarheid met

behelp van telecommunicatie', waarin bereikbaarheidseisen en nodige en mogelijke telecommunicatiemiddelen worden besproken.

Over desinfectie en sterilisatie in de huisartspraktijk heeft de commissie een concept-brochure opgesteld. Zo ook over elektrocardiografie door de huisarts.

Autorisatie bouwstenen

Ter bewaking van de kwaliteit van de Bouwstenen Praktijkvoering heeft de commissie in het afgelopen jaar samen met bestuur en directie van het NHG een structuur opgezet, waarbinnen, analoog aan de procedure bij de NHG-standaarden, toetsing en autorisatie plaats vinden.

Patiënteninformatie op diskettes

Voorlichtingsteksten over ziekte en gezondheid, die door de huisarts kunnen worden uitgedeeld, worden in grote hoeveelheden en in zeer uiteenlopende kwaliteit beschikbaar gesteld door de farmaceutische industrie. Om de huisarts in folderland overzicht te verschaffen, werkte de commissie het plan uit om folderteksten te verspreiden op diskettes, zodat de over een computer beschikkende huisartsen informatie over ziekten en gezondheid zelf kunnen uitprinten en zo nodig met een tekstverwerkingsprogramma kunnen aanpassen aan hun eigen wensen.

POR-systeem

De werkgroep registratie heeft het systeem voor de probleemgeoriënteerde geëvalueerd en een herziening van het systeem uitgewerkt. De werkgroep bekeek verder nog de mogelijkheid om het POR-systeem op A5-formaat uit te brengen, zodat het gemakkelijk is in te passen in het opbergsysteem van de groene NHG-kaart.

Onderzoekbank

In opdracht van de CPV werd een fraai prototype vervaardigd van een onderzoekbank waarvan de hoogte met een hydraulisch systeem aan de situatie van de patiënt kan worden aangepast. Net als de huidige NHG-onderzoekbank heeft deze bank een uitschuifbaar voetendeel. Het kantelprobleem bij de huidige bank is door aanpassing van de gewichtsverdeling in het nieuwe prototype verholpen.

Stikstofbehandeling

In overleg met een technisch deskundige van de firma Hoek Loos bereidde de commissie een artikel voor over de stikstofbehandeling van huidongerechtigden in de huisartspraktijk.

De cryojet, te gebruiken voor stikstofbehandeling in de praktijk, werd uitgetest in een gezondheidscentrum. Gebruiksgemak en werkzaamheid blijken niet groter te zijn dan van het eenvoudige wattenstokje.

Vacuümpomp

In het verslagjaar werd in drie verschillende praktijksituaties onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van de vacuümpomp en met name de waterstraalvacuümpomp om de gehoorgang schoon te zuigen. De commissie acht de onderzoeksperiode nog niet lang genoeg om duidelijkheid te krijgen over de bruikbaarheid en de mogelijkheden van het apparaat. Duidelijk werd wel dat ook buiten het KNO-terrein een aantal gebruiksmogelijkheden bestaat.

CPV-contactdag

In het najaar hield de commissie haar traditionele contactdag. Ditmaal ondernamen de huisartsen een excursie door een regenachtige Biesbosch, waarna er werd vergaderd in de praktijk van de voorzitter.

Leden CPV

Op 1-1-1990 waren lid van de commissie: R.P.H. Beijert, secretaris, H. Christijn, F.W. Dijkers, voorzitter, K. v.d. Els, P. v.d. Hombergh, H.C. de Lathouder en J.A. van Melle en mw. S. Rijnke.

In dit jaar namen afscheid: K. v.d. Els en mw. S. Rijnke. Zij houden echter contact met de CPV als projectmedewerkers.

Toegetreden is: R.O. van Heukelom.

Referatenmiddag Geschiedenis Huisartsgeneeskunde

Zoals bekend bestaat er sinds 1990 een NHG-studiegroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde. Deze groep stelt zich ten doel de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde te documenteren en hierover te publiceren. Als neven doel wil zij de interesse voor deze geschiedenis bij huisartsen bevorderen.

Velen houden zich nu reeds direct of indirect op verschillend niveau met deze geschiedenis bezig. Voor hen en voor andere geïnteresseerden wil de studiegroep een referatenmiddag organiseren. Deze referatenmiddag zal plaatsvinden op vrijdag 13 december 1991 om 14.00 uur ten kantore van het NHG, Lomanlaan 103 te Utrecht. Tijdens deze middag kan men gedurende 20 minuten over eigen naspeuringen rapporteren of van het werk van anderen kennis nemen.

Teneinde te kunnen beoordelen of het te behandelen onderwerp in het programma past, verzoekt de studiegroep belangstellenden nu reeds titel en/of onderwerp op te geven en vóór 15 september een samenvatting van het te houden referaat in te zenden. Inlichtingen: mw. J. Bladt, NHG-bureau, telefoon 030-881.700.

In deze Agenda worden geen cursussen van uitsluitend regionale of lokale betekenis opgenomen. Mededelingen voor de Agenda in nummer 9 (augustus) moeten op uiterlijk 18 juli in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Juli

Meeting Society of Teachers of Family Medicine/ Association of University Teachers of General Practice (Engeland, 18-21 juli). Inlichtingen: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City MO 64114, USA.

Augustus

Public health in the United States and in Europe, is there a difference? (Amsterdam, 23 augustus). Congres Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap en de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg. Inlichtingen: Postbus 124, 2300 AC Leiden; telefoon 071-178.871.

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.

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

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

Oktober

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 Domicile, Avenue Ad. Lacomblé 69, B-1040 Brussel; telefoon 09.32.2.739.3511; fax 09.32.2.739.3599.

November

General practice in the new Europe (Londen, 15 november). Symposium Royal College of General Practitioners, 14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU; telefoon 09-44.71.581.3232, toestel 243.

■ **Drug Prescription in General Practice** (Varenna, Italië, 10-13 oktober 1991) European General Practice Research Workshop. Inlichtingen: R. Kocken/N. Geraerts, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

De continuïteit van de huisartsgeneeskundige zorg; verbanden leggen of doekjes voor het bloeden (Amsterdam, 22 november). NHG-congres.

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.

■ **Gezondheidszorgonderzoekdag** (Amsterdam, 17 december 1991). Inlichtingen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, t.a.v. mw. B.J.M. Overdijk, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; telefoon 020-566.4602.

1992

Family medicine in the 21st century (Vancouver, 9-14 mei 1992). 13e WONCA-wereldcongres. Inlichtingen: NHG-bureau.

■ **Second International Congress of Behavioral Medicine** (Hamburg, 15-18 juli 1992). Inlichtingen: Dr. Irmela Florin, Department of Psychology, University of Marburg, W-3550 Marburg, Bondsrepubliek Duitsland; fax 09-49-6421-286.716.

■ betekent: eerste vermelding.

OUDE JAARGANGEN

Gevraagd

- 1× 'oude jaargangen'.
- 1× de jaargangen 1980-1990.

Lezers die hun oude jaargangen van de hand willen doen, kunnen zich schriftelijk wenden tot het redactiesecretariaat: Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; beide partijen worden dan met elkaar in contact gebracht.

H&W

Richtlijnen voor auteurs

Huisarts en Wetenschap volgt de 'Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals' (Vancouver style). Een samenvatting van deze richtlijnen is afgedrukt op de laatste pagina van de nummers 2 en 3 van deze jaargang.