

Consultvoering in de opleiding tot huisarts

E.A.B. VAN ZALINGE
E. SCHADÉ

Bij een inventarisatie onder de acht universitaire huisartseninstituten bleek dat er geen eenduidige omschrijving van het curriculum-onderdeel 'gesprekstraining' bestaat. Attitude- en kennisdoelen worden wel genoemd, maar de concrete onderwijsdoelstellingen worden vooral geformuleerd als vaardigheidsdoelen. Deze doelstellingen zijn voor het grootste gedeelte gebaseerd op ervaring, hoewel consensus, onderzoek en literatuur ook als bronnen worden genoemd. Een analyse van het aanvangsniveau is niet structureel in de onderwijsontwikkeling verwerkt, waarmee voorbij wordt gegaan aan het onderwijs tijdens de basisopleiding. Een exacte indicatie voor de hoeveelheid bestede onderwijstijd is nauwelijks te geven, doordat de uitvoering over zeer verschillende onderwijsvormen is verdeeld. Een schatting komt tot ongeveer 90 uur directe onderwijstijd – al met al een zesde van de totale instituutsonderwijstijd bij een tweejarige beroepsopleiding.

Van Zalinge EAB, Schadé E. Consultvoering in de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1991; 34(7): 356-8.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Drs. E.A.B. van Zalinge, psycholoog; Prof. dr. E.Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: Drs. E.A.B. van Zalinge.

Inleiding

Een van de belangrijkste instrumenten van de huisarts is het gesprek. Training in het voeren van gesprekken is sinds het begin van de beroepsopleiding tot huisarts één van de vaste onderdelen van het curriculum.

Aanvankelijk werd de inhoud van de training beïnvloed door non-directieve methoden uit de Rogeriaanse school; client-centeredness, empathie en echtheid waren sleutelbegrippen. Zo bestond in het begin van de jaren zeventig aan de Universiteit van Amsterdam een practicum vrije-attitude-interview – later 'exploreren' genoemd – dat in het basiscurriculum werd verzorgd door de afdeling Medische Psychologie. Aan arts-assistenten in opleiding tot huisarts werd in die tijd luisteren, samenvatten en doorvragen geleerd, meestal in een 1,5 uur durend programma op een aantal terugkomdagen. De waardering hiervoor was doorgaans niet erg hoog. Later werden uitgebreidere programma's ontwikkeld die meer toegesneden waren op de huisartspraktijk. De waardering steeg, vooral toen – onder invloed van het 'Methodisch Werken' – op de meeste instituten vraagverheldering en structurering van het consult in de gesprekstrainingen werden opgenomen. Het consult was niet meer iets dat je overkwam, maar een instrument dat je kon leren hanteren.

In die tijd kwam de LHV met een functiebeschrijving en een Basistakenpakket van de huisarts. Van het daarin beschreven consultmodel werden taken afgeleid, onder andere op het gebied van gespreksvaardigheden. De Commissie Curriculum Constructie voor de (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH) heeft onder andere dit Basistakenpakket als uitgangspunt genomen voor het formuleren van de doelstellingen van een meerjarig opleidingsprogramma. Deze doelstellingen hebben het karakter van eindtermen.

Als we de opleiding in deze richting willen structureren, is het nodig inzicht te hebben in datgene wat nu al tijdens de opleiding wordt gedaan. In dit artikel proberen wij antwoord te geven op de vraag wat er nu in feite in de meerjarige beroepsopleiding gebeurt aan gesprekstraining.

Methode

Om een indruk te krijgen van de stand van zaken op het gebied van de gesprekstraining is aan alle huisartseninstituten gevraagd de volgende vragen te beantwoorden:

1 Algemeen doel

- a omschrijving;
- b kennis-, vaardigheden- of attitude-doel c.q. combinatie

2 Aanvangsniveau

3 Concrete doelstellingen (zodanig samenvatten)

- a kennis/vaardigheden/attitude
- b waarop zijn deze gebaseerd (ervaring; opvattingen; onderzoek; consensus; anderszins).

4 Methodiek

5 Uitvoering

- a hoeveel direct onderwijs in gespreksvoering (uren/dagen) plus plaats in eerste en tweede jaar
- b hoeveel als onderdeel van andere onderwijsprogramma's (uren/dagen) (impliciet, expliciet).

Resultaten

Van alle instituten werd antwoord ontvangen. De reacties varieerden in volledigheid en lengte van de antwoorden.

In sommige gevallen is bij de beantwoording onderscheid gemaakt tussen gesprekstraining en onderwijs in consultvoering. Consultvoering is dan breder en gaat over structuur en fasering van een consult, arts-patiënt relatie en dergelijke. De meeste instituten echter betrekken deze aspecten bij de beantwoording en rekenen deze dus kennelijk tot het terrein van de gesprekstraining.

De antwoorden op de vragen kunnen als volgt worden samengevat.

Attitude- en kennisdoelen worden wel genoemd, maar het zijn vooral vaardigheden die als algemene en concrete doelstellingen worden geformuleerd. Bij sommige instituten is de aansluiting bij het LHV-Basistakenpakket en CCBOH-doelstellingen dui-

delijk zichtbaar. Als attitude-doelen worden genoemd, gaan deze meestal over 'bewustwording van de invloed van persoonlijk functioneren, onder andere taakopvatting, waarden, normen, vooroordelen op de consultvoering'.

Wat basale gesprekstechnieken betreft (luisteren, vragen stellen, samenvatten, reflecteren, informatie geven, advies geven, overleggen, slecht nieuws-brengen, ingaan op verwerkingsvragen, etc.) lijken er nauwelijks verschillen tussen de instituten te bestaan; ze komen in alle programma's voor.

Alle instituten besteden aandacht aan de structuur van een consult en hanteren daar

bij verschillende consultmodellen, van methodisch werken tot een eigen variant. Het onderscheid dat op sommige instituten wordt gemaakt tussen somatisch en psychosociaal handelen, is ook in hun gespreks-trainingen terug te vinden.

In wisselende mate worden – meestal afhankelijk van de lengte van de antwoorden – de opvattingen over goede hulpverlening verwoord. Er spreekt een zekere patiënt-centredness uit; begrippen als 'hulpvraag verhelderen', 'uitleg en voorlichting geven', 'hulpverlening die aansluit bij de patiënt' en 'persoonlijke zorgverlening' zijn hier voorbeelden van.

Als antwoorden op de vraag waarop de

doelstellingen gebaseerd zijn, wordt door de meesten ervaring genoemd en door een aantal: opvattingen, consensus, onderzoek/literatuur, zonder dat daar in detail op wordt ingegaan.

Het aanvangsniveau van de deelnemers wordt als zeer verschillend beoordeeld. In ieder geval is niet merkbaar dat men bewust aansluit bij de training die in de basisopleiding plaatsvindt. Sommige instituten doen een beginmeting, maar niet duidelijk wordt in hoeverre deze informatie ook wordt betrokken bij de uitvoering.

Qua methodiek zijn er weinig verschillen: theorie, oefening in de vorm van rollenspel (eventueel met simulatiepatiënten), bespreking van audio- en/of videobanden uit de praktijk en feedback zijn op alle instituten voorkomende middelen. Bij sommige worden spreekuurobservaties gedaan: door arts-assistenten onderling, door een staflid of door de huisartsopleider.

Vanwege de verschillende onderwijsvormen die door de instituten zijn gekozen, is het moeilijk te bepalen hoeveel onderwijstijd wordt gestoken in de gespreksstraining. Bovendien zijn bij een aantal instituten programma's nog in ontwikkeling. Grofweg wordt aparte gespreksstraining/consultvoering gegeven óf wel in een onderwijsvorm van 1,5-2 uur per terugkomdag óf wel in blokform (één- of tweedaagse cursussen) verspreid over de leertijd. Daarnaast wordt min of meer expliciet aan het onderwerp aandacht besteed in verschillende themaprogramma's, zoals stervensbegeleiding, gezinsgeneeskunde, seksuologie, verslaving, oncologie, vage klachten en impliciet in programma-onderdelen als spuien, supervisie, casuïstiekbespreking en persoonlijk functioneren (tabel).

Een schatting levert gemiddeld ongeveer 90 uur directe onderwijstijd op. Op basis van 90 terugkomdagen in twee jaar met een effectieve onderwijstijd van zes uur, betekent dit dat één zesde van de totale onderwijstijd wordt besteed aan direct onderwijs op het gebied van gespreksstraining/consultvoering.

Het was niet goed mogelijk een onderscheid te maken tussen eerste en tweede jaar (of tussen de blokken I, II en III). De

Tabel Aantal uren gespreksstraining/consultvoering volgens opgave instituten.

Instituut	Direct onderwijs		Onderwijs impliciet of expliciet opgenomen in:
	1,5-2 u per tkd of dagdelen van 2,5-3 u	1-2 dagen blok* praktijkobserv./ indiv. bandbespr. †	
RUG	ca 100 uur	† ca 8 × 2 uur	– programma-onderdeel 'spuien' (iedere tkd) – verschillende themaprogramma's
RUL	ca 40 uur	† 0,5-1 dag per arts-assistent	– ca 15 u in verschillende themaprogramma's
RL	ca 70 uur		– verschillende themaprogramma's
KUN	ca 120 uur		– 12 × 2 uur supervisie – ca 14 themadagen en casuïstiekbespreking – persoonsgerichte training (5 d)
ER	ca 60 uur	* ca 20 uur	– verschillende themaprogramma's
RUU	ca 150 uur		– programma-onderdeel 'ervaringsuitwisseling' (iedere tkd 1,5 uur)
VU	ca 20 uur	* ca 60 uur	– verschillende themaprogramma's
UvA		* ca 80 uur/ † ca 6 uur per arts-assistent	– persoonlijk functioneren programma's – verschillende themaprogramma's

tkd = terugkomdag

indruk bestaat dat de meeste gesprekst raining in het eerste jaar plaatsvindt.

Beschouwing

Alle instituten hebben op het gebied van de gesprekst raining in de afgelopen 15 jaar onderwijs ontwikkeld: van gesprekstechniek in engere zin tot cursussen consultvoering die niet alleen gespreksvaardigheden, maar ook de structuur van het consult en het persoonlijk functioneren van de dokter omvatten. Dit onderwijs heeft een vaste plaats verworven en is een door arts-assistenten gewaardeerd onderdeel van de opleiding.

Over het nut van onderwijs in gespreksvaardigheden bestaat geen twijfel, getuige ook de aanwezigheid hiervan in alle curricula; over het nut van onderwijs in structurering/ordening van een gesprek/consult zijn de meningen ook niet verdeeld. Dat ieder willekeurig gesprek een zekere ordening heeft, is genoegzaam aangetoond door linguïsten. Dit geldt ook voor het spreekuursprek. Er moeten immers zaken worden gedaan en wel in een logische volgorde: informatie inwinnen, informatie geven en beïnvloeding. Hoe die stappen worden genoemd, of er nog tussenstappen ingevoegd moeten worden, of het altijd in dezelfde volgorde moet gebeuren, of alle stappen altijd uitgevoerd moeten worden, is daarbij van ondergeschikt belang. Een ordening geeft houvast aan de gespreksdeelnemers en maakt de kans groter dat de zaken die

besproken moeten worden, ook werkelijk aan de orde komen. Een ordeningsmodel is voor een opleiding des te meer van belang, omdat beginnelingen vaak verward raken door de veelheid van vragen/klachten/ziekten etc. waarmee patiënten komen, en niet weten hoe daar orde in te scheppen. Het gezamenlijke referentiekader biedt de mogelijkheid gesprekken te analyseren en eventueel te beoordelen op kwaliteit.

Wel wordt verschillend gedacht over de – vaak impliciete – opvattingen met betrekking tot wat goede huisartsgeneeskundige hulpverlening is en wat dientengevolge onderwezen moet worden. Dit laatste moet in historisch perspectief worden bezien. Door het ontbreken van een onderwijstraditie ging de beroepsopleiding aanvankelijk te rade bij andere disciplines. Onder invloed van het tijdsgewricht (de jaren zestig) waren dat vooral vertegenwoordigers van de gedragswetenschappen. Het accent lag toen op de sociale vaardigheden van de dokter: openstaan voor en luisteren naar de patiënt, ruimte geven voor gevoelens en opbouwen van een goede relatie met de patiënt. Onderwijs in medisch-technische vaardigheden werd minder belangrijk gevonden. Inmiddels heeft in het emancipatieproces van de huisartsgeneeskunde de somatisch-medische hulpverlening terrein gewonnen, mede als gevolg van de behoefte aan een scherpere taakomschrijving. Deze ontwikkeling heeft ook invloed op het onderwijs ten aanzien van de gespreksvoering: niet alleen het proces is maatgevend

voor de kwaliteit van de hulpverlening, maar ook de relatie die dat heeft met de contactreden(en) van de patiënt en met de 'outcome'. Het onderwijs in de gespreksvoering tijdens de beroepsopleiding tot huisarts zal ook in dit licht moeten worden beoordeeld.

Mede vanwege veranderende opvattingen over doelen van gezondheidszorg zal nader onderzoek moeten worden gedaan. Thans is dit nog veelal gebaseerd op satisfactie- en procesmetingen bij de onderwijsgenieters. Onderzoek naar de effecten op het niveau van de patiënt is er nauwelijks. Dit ontbreken van empirische informatie maant tot bescheidenheid. De tijd dat automatisch alles wat 'dokter goed dunkt' inderdaad goed voor de patiënt is, ligt achter ons. Het is de patiënt die de eigenlijke vraag heeft. Patiëntgebonden onderzoek naar de invloed van een bepaalde methode van gespreksvoering op het verloop van de ziekte-episode zal moeten leren welke methode de voorkeur verdient. Waarschijnlijk zullen meerdere vormen van waarde zijn. De grootste gemene deler hiervan kan dan worden opgenomen in het vaardighedemonderwijs tijdens de beroepsopleiding tot huisarts, met voldoende garanties voor behoud van couleur locale.

Dan krijgt de gespreksvoering de plaats die zij verdient binnen het onderwijs gericht op een goede huisartsgeneeskundige hulpverlening en geldt zij niet langer als kapstok daarvoor. ■

Spiraaltje

Onder de kop 'Geen contra-indicaties' staan in de NHG-standaard Het Spiraaltje zowel nullipariteit als promiscuïteit vermeld.¹ Zolang niet vaststaat dat het spiraaltje de kans op het krijgen van PID niet verhoogt, lijkt het mij echter veiliger beide condities onder de kop 'Relatieve contra-indicaties' te plaatsen. Ten eerste is er in de vorm van de anticonceptiepil een uitstekend en veel veiliger alternatief; ten tweede is er door toename van het aantal Chlamydia-infecties een grotere kans op PID en daarmee op steriliteit.

H.J.G. Leerink

¹ Smeenk RCJ, Treffers JJ, Verblact HWJ, Westerveld MC, Wibaut P, Dukkers Van Emden DM. NHG-standaard Het Spiraaltje. Huisarts Wet 1991; 34(2): 89-94.

Naschrift

Allereerst het medisch-epidemiologisch aspect:

- Inmiddels staat vast dat een spiraaltje het opstijgen van een infectie *niet* bevordert, maar daar – in tegenstelling tot andere methoden van anticonceptie zoals de pil – ook geen bescherming tegen biedt.¹⁻⁵

- De correlatie tussen pariteit en infectierisico is louter statistisch, niet etiologisch. Voor het praktisch infectierisico vormt niet pariteit maar de (on)veiligheid van het vrijgedrag de onderscheidende factor.²⁻⁶ Daarom adviseert de standaard om daar rechtstreeks naar te informeren.

- Promiscuïteit is een risicofactor voor het oplopen van infecties. Het kiezen van een andere methode van anticonceptie als bescherming tegen het opstijgen van dergelijke infecties wordt

in de standaard als mogelijkheid genoemd. De beste bescherming tegen infecties bij heteroseksuele promiscuïteit zijn natuurlijk het gebruik van condooms en/of het vermijden van contact met bloed en sperma. Met de manifestatie van het Aids-virus is een discussie over het verschil in beschermingsgraad tegen infecties tussen pil en spiraaltje academisch geworden.

Het tweede aspect betreft de fase van het keuze-proces rond anticonceptie waarin deze overwegingen een rol spelen. Leerink rangschikt ze na de keuze voor het spiraaltje bij de contra-indicaties, in de standaard horen ze bij de factoren die de keuze mede bepalen. Reeds tijdens het beslissingsproces hoort dus aan de orde te komen dat promiscuïteit een risicofactor is voor het oplopen van infecties en dat andere vormen van anticonceptie het opstijgen van infecties kunnen bemoeilijken.

R.C.J. Smeenk et al.,
leden van de werkgroep

¹ Faúdes A. The efficacy and safety of new generation IUDs. Fertil Steril Contraception 1988; 50: 273-8.

² Kessel E. Pelvic inflammatory disease with intra uterine devices use: a reassessment. Fertil Steril 1989; 51: 6-10.

³ Lee NC, Rubin GL, Ory HW, Burkman RT. Type of intrauterine device and the risk of pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 1983; 62: 1-6.

⁴ Lamberts H, Brouwer HJ, Groen ASM. Het transitie-model in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 105-13. Supplement on ICPC rubric X74.

⁵ Burkman RT. Women's health study. Association between intrauterine device and pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 1981; 57: 269-76.

⁶ Dukkers van Emden DM, Van der Maas PJ. Risico van het IUD voor jonge vrouwen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1272-5.

Standaarden – Stand van zaken

Op korte termijn start een werkgroep met de ontwikkeling van een NHG-standaard Koortslijdende Kinderen.

Nieuwe onderwerpen worden voorbereid. U vindt daarvoor weer oproepen voor deelname aan de verschillende werkgroepen. 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, onder andere door literatuuronderzoek.

Als u deelname aan enige groep overweegt, wendt u dan tot de Afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG. 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 standaardenontwikkeling*

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;
- Acute Diarree;
- Varices.

Aanmeldingen op korte termijn, NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, telefoon 030-881.700.

NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik (M10)

De samenvatting van de NHG-standaard Problematisch Alcoholgebruik (M10) op de geplastificeerde kaart komt niet goed overeen met de strekking van de standaard zelf. In overleg met de leden van de werkgroep – Dr. W. van Zutphen, E.J. van Olst, M. Cornel, A.E. Willink en Dr. H.L. Hoeksema – heeft de redactie van de afdeling Standaarden Ontwikkeling een nieuwe samenvatting gemaakt. Deze treft u aan in dit nummer van *Huisarts en Wetenschap*. Deze herziene versie is dus geen aanvulling maar een *vervanging*. U wordt verzocht de oude kaart uit uw blauwe mapje te verwijderen en te vervangen door de herziene versie.

RECTIFICATIES

Zijlstra IE, Gribnau FWJ, Haaijer-Ruskamp FM. Tussen wens en werkelijkheid 2. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSIAD's) in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1991; 34(5): 223-9.

Bij het persklaar maken van dit artikel is verzuimd referentie 11 (p. 229) aan te vullen: deze referentie had als volgt moeten luiden:

¹¹ Zijlstra IE, Gribnau FWJ, Haaijer-Ruskamp FM, et al. Tussen wens en werkelijkheid. 1. Geneesmiddelen bij peptische aandoeningen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1991; 34(4): 158-65.

Smeenk RCJ, Treffers JJ, Verblact HWJ, Westerveld MC, Wibaut P, Dukkers Van Emden DM. NHG-standaard Het Spiraaltje. Huisarts Wet 1991; 34(2): 89-94.

In de NHG-standaard Het Spiraaltje is op pagina 91 in de tweede alinea een storende fout geslopen. De Gyne T 380 blijkt niet in Nederland verkrijgbaar te zijn. Dit betekent dat voor de high graded IUD's de keuze beperkt wordt tot de Multiload Cu 375.

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);
- Oogheekundige 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).

Becommentarieerd

- Hypertensie (juli 1991);
- Otitis Media met Effusie (augustus 1991);
- Dementiesyndroom bij Bejaarden (september 1991);
- Migraine (oktober 1991).

In ontwikkeling

- Subfertiliteit;
- Abnormaal Vaginaal Bloedverlies;
- Herkenning Cara-patiënt;
- Behandeling en Begeleiding Cara-patiënt;
- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Cholesterol;
- Cara bij Kinderen;
- Atriumfibrilleren;
- Bloedonderzoek bij verdenking op Leveraandoeningen;
- Koortslijdende Kinderen.

In voorbereiding

- Hyper- en hypothyreoïdie;
- Zwangerschap en Kraambed;
- Bloedonderzoek bij klachten van Algemene Aard;
- Varices;
- Maagklachten;
- Acute diarree;
- Verloskunde (praktijkvoering);
- Begeleiding van patiënten na een Hartinfarct.

Op de rol

- Begeleiding van carcinoompatiënten.

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.

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, Landbouwwuniversiteit Wage-

ningen, Bomenweg 2, 6703 HD Wageningen; telefoon 08370-84214; fax 08370-83342.

1992

Family medicine in the 21th 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.

REGISTER

In het Register 1972 - 1986 van *Huisarts en Wetenschap* zijn voor tien trefwoorden niet alleen de codes van de daaronder vallende artikelen vermeld, maar ook de volledige titelbeschrijvingen. Soortgelijke overzichten met de volledige titelbeschrijving zijn gemaakt voor nog eens 54 trefwoorden. Deze overzichten zijn verkrijgbaar à NLG 5,- per trefwoord.

Tevens is een auteursregister van 38 pagina's A4 verkrijgbaar à NLG 12,50. Voor niet-abonnees en voor gebruikers die behoefte hebben aan een tweede exemplaar, is bovendien nog een beperkt aantal exemplaren van het register beschikbaar. De kosten hiervan bedragen NLG 7,50.

Aanvragen kunnen schriftelijk worden gericht aan het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap*, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht.

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.