

Kennis van haio's

Op 7 december 1995 promoveerde de Maastrichtse huisarts Yvonne van Leeuwen op het proefschrift 'Growth in knowledge of trainees in general practice'.¹ Het proefschrift wordt besproken door dr. J. Schuling, huisarts en coördinator van de Groningse beroepsopleiding.

'Kennis heeft altijd mijn bijzondere belangstelling gehad', schrijft Yvonne van Leeuwen in haar voorwoord. Geen wonder dat zij juist de toename van kennis bij huisartsen-in-opleiding (haio) heeft gekozen als onderwerp van haar promotie-onderzoek. Weliswaar bestaat de Nederlandse huisartsopleiding al ruim 20 jaar, maar onderzoek naar de vraag in hoeverre deze opleiding ook beantwoordt aan het doel – opleiden tot competente huisartsen – is nauwelijks gedaan.

Bij het in 1987 uitgevoerde 'Opheva-onderzoek' werden de resultaten van het eenjarig curriculum aan twee afdelingen huisartsopleiding met elkaar vergeleken. Er werd aan beide afdelingen een duidelijke groei in kennis en vaardigheden gevonden, waarbij de haio's van de afdeling met het meer gestructureerde curriculum in sommige opzichten beter scoorden. Over de betekenis van deze bevinding zijn de betreffende onderzoekers het nooit geheel eens geworden.² Dit moge adstrueren dat het evalueren van een opleiding geen eenvoudige opgave is. In de volgende jaren zijn geen pogingen meer in deze richting ondernomen. Wel werden drastische wijzigingen in het curriculum doorgevoerd, maar kennelijk heeft de (in)competentie van de pas afgestudeerde huisarts daarbij geen rol van betekenis gespeeld.³

Van Leeuwen kiest *kennis* als uitkomstmaat voor de opleiding. De kwaliteit van het medisch redeneren, zo stelt zij, is in hoge mate afhankelijk van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis: van de omvang en de 'organisatie' van feitelijke informatie in het hoofd van de dokter.^{4,5} Bij het huidige medisch handelen heeft een verschuiving plaatsgevonden van 'experienced based medicine' naar 'evidence based medicine'. De sterke toename van huisartsgeneeskundig onderzoek en de ontwikkeling van standaarden hebben deze ontwikkeling mede mogelijk gemaakt. Op basis van deze gegevens betoogt de auteur, dat bij evaluatie van de huisartsopleiding de beoordeling van de kennis van de haio een essentieel onderdeel vormt. De vraag blijft dan natuurlijk, hoe deze kennis te onderzoeken.

Van Leeuwen en Pollemans hebben voor dit doel de landelijke huisartsgeneeskundige kennistoets ontwikkeld, waarmee inmiddels een groot deel van de Nederlandse huisartsen kennis heeft gemaakt.⁶ De totstandkoming van dit meetinstrument maakt het mogelijk de beide hoofdvragen van dit onderzoek te beantwoorden:

- Wat is de kennistoename van de haio's tijdens de opleiding en wat is het kennisniveau aan het einde van de opleiding?
- In welke mate wordt de kennistoename van de haio's beïnvloed door de opleidingsvariabelen morbiditeitspatroon, opleider, praktijk en theorie-onderwijs?

In twee aparte hoofdstukken legt Van Leeuwen verantwoording af over de validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument, de huisartsgeneeskundige kennistoets.

Validiteit

Van essentieel belang is dat een dergelijke toets alle relevante terreinen van de huisartsgeneeskunde bestrijkt, dat de aard van de vragen aansluit bij de problematiek van alledag die de huisarts ontmoet, en dat de verdeling van de vragen qua aantal recht doet aan de diverse aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen en de diverse patiënt- en ziektekenmerken, zoals leeftijd, sekse en chroniciteit. Het gebruik van de International Classification of Primary Care (ICPC) bood hiertoe de beste leidraad. Een panel van 25 deskundigen uit de beroepsgroep beoordeelde de gevolgde procedure en het uiteindelijke resultaat, de blauwdruk voor de kennistoets. Aan de ICPC hoofdstukken werd een hoofdstuk 'geen-ICPC' toegevoegd. Overigens wordt direct na elke toetsafname het oordeel van de 'consumenten' gevraagd over de items, zodat de validiteit per toetsafname wordt bijgewerkt.

De afname van de toets bij respectievelijk medische studenten, haio's van verschillende anciënniteit en ervaren huisartsen laat zien, dat de gemiddelde scores oplopen van medische studenten (laag) via beginnende haio's (beter), gevorderde haio's (nog beter) en bijna afgestudeerde haio's (het beste) naar ervaren huisartsen (lager). Intrigerend is de bevinding, dat tijdens de huisartsopleiding (tweejarig curriculum) geen toename in kennis viel waar te nemen van de 9e tot de 13e maand. De auteur wijt dit fenomeen aan de ziekenhuisstage die in deze fase van de opleiding plaatsvindt.

Betrouwbaarheid

In hoofdstuk 3 blijkt dat de betrouwbaarheid van de kennistoets sterk afhankelijk is van het

aantal vragen dat deze omvat. Daar echter het menselijk uithoudingsvermogen begrensd is, wordt gekozen voor een omvang van 160 vragen die een toetsduur van 2 uur met zich meebrengt. Bij een dergelijke keuze heeft het aanbrennen van een rangorde binnen de groep van haio's voldoende betrouwbaarheid. Wil men echter zak/slaag-beslissingen nemen op grond van de individuele toetsscore, dan zal men moeten kiezen voor een laag afkappunt, als men het ten onrechte afwijzen van haio's wil vermijden, of voor een hoog afkappunt als het ten onrechte slagen als een groter kwaad wordt gezien. Terecht werpt Van Leeuwen hier de validiteitsvraag op, welke score op de kennistoets samengaat met een huisartsgeneeskundig handelen dat kwalitatief beneden de norm valt. Of, zoals de praktiserende huisarts-lezer zich afvraagt: welk afkappunt zal de HVRC bij de herregistratie gaan hanteren?

De betekenis van de toetsscore ligt veeleer in de feedback, die de respondent inzicht geeft in zijn sterke en zwakke punten, waarmee hij tijdens opleiding of nascholing zijn voordeel kan doen.

Verandering in kennisniveau van huisartsen

De titel van dit hoofdstuk doet reeds het ergste vermoeden. Inderdaad is er, blijkens de resultaten van dit deel van het onderzoek, niet alleen sprake van kennistoename, maar ook van kennisafname en wel tijdens de beroepsuitoefening. Praktiserende huisartsen scoren lager dan bijna afgestudeerde haio's, en ook nog lager naarmate zij langer praktiseren. Ook als toetsscores worden uitgesplitst naar categorieën – diagnostiek, behandeling, chronische versus acute ziekten – blijft dit fenomeen bestaan. Worden wij huisartsen steeds dommer tijdens de uitoefening der geneeskunst, zo vroeg ik mij (24 jaar in het vak) bezorgd af. Deze vraag kan echter op basis van dit onderzoek nog niet worden beantwoord.

Allereerst dient een methodologisch bezwaar genoemd te worden: het betreft hier een transversaal onderzoek. Men kan dus niet van kennis toe- en afname spreken; in feite gaat het om een vergelijkend onderzoek naar het kennisniveau van verschillende groepen huisartsen (in opleiding) met een verschillend aantal jaren werkervaring. Hoe erg is dat? Eerlijk gezegd vind ik, dat de gekozen onderzoekszopzet een dergelijke interpretatie wel toestaat. Van veel wezenlijker belang vind ik, dat deze bevinding toch de vraag oproept, hoe valide de gekozen uitkomstmaat, de kennistoets, is. Ook de auteur vraagt zich af, of een kennistoets - hoe goed de inhoudsvaliditeit ook moge zijn - toch de wer-

kelijkheid van alledag wel recht doet en mogelijk de ervaren huisarts in een nadelige positie plaatst.

Onderwijscontacten

Van Leeuwen onderzocht de relatie tussen de hoeveelheid tijd die door de opleider wordt besteed aan onderwijs, en een aantal opleidingsvariabelen door de respondenten van de toets gedurende 12 (opeenvolgende?) werkdagen een logboek te laten bijhouden. De onderwijsactiviteiten waren ruim gekozen; zij konden variëren van observatie van de haio tot themabespreking, dagrapportage en een rubriek 'varia'. Voorts werden een aantal praktijkkenmerken en de score van de huisartsopleider op de kennistoets vastgelegd.

De gemiddelde tijd die dagelijks aan onderwijs werd besteed, bedroeg één uur. Dat lijkt geruststellend veel, maar de spreiding en de standaarddeviatie waren aanzienlijk. Dit betekent dat vermoedelijk niet alleen de tijd die per dag aan onderwijs wordt besteed varieert (wat logisch is gezien de aard van het huisartsenwerk), maar ook dat er grote verschillen tussen de opleiders bestaan. Helaas blijkt het observeren van de haio tijdens het spreekuur nog steeds geen populaire activiteit te zijn bij huisartsopleiders, terwijl het nabespreken van de patiënten die de haio heeft gezien en de rubriek 'informeel/elkaar assisteren' het leeuwendeel van de tijd beslaan.

Voorts blijkt dat van de onderzochte opleidingsvariabelen noch de praktijkgrootte, noch de praktijkorganisatie, noch het kennisniveau van de huisartsopleider samenhangt met de hoeveelheid tijd die werd besteed aan onderwijs. Wel besteedden ervaren huisartsopleiders meer tijd aan onderwijs. Wellicht is hier de invloed van de afdeling die de huisartsopleiders traint merkbaar.

Overigens is de waardering van haio en huisartsopleider voor elkaar verschillend: huisartsopleiders waarderen een haio die hen ruimte laat zich met patiëntenzorg bezig te houden, terwijl de haio's een huisartsopleider waardeerden die zich bekommert om hun professionele ontwikkeling.

De kennistoename van de haio toont geen verband met de hoeveelheid tijd die door de huisartsopleider aan onderwijs werd besteed. Dit lijkt teleurstellend, maar bedacht moet worden dat andere uitkomstmaten, zoals vaardigheden en attitude, niet zijn onderzocht. Anderzijds roept dit, zo schrijft Van Leeuwen, de vraag op of het verwerven van kennis niet meer een 'haio-zaak' is dan was aangenomen. Of wellicht meer een zaak van de afdeling huisart-

sopleiding, zou ik daaraan willen toevoegen.

Overigens is het gebruik van tijd uitgedrukt als de totale tijd van alle activiteiten gemiddeld per dag wellicht een minder geschikte parameter; men zou zich kunnen voorstellen dat binnen de beschreven categorie sommige onderwijsactiviteiten meer en andere minder effect hebben op de kennistoename van de haio.

Kennistoename

Freeman vond dat de competentie van de huisartsopleider een significante invloed heeft op de ontwikkeling van competentie bij de haio.⁷ Volgens Opheva zou een gestructureerd curriculum voor het terugkomdagonderwijs eveneens leiden tot een grotere competentie en 'performance' bij de haio.² Beide onderzoeken houden echter geen rekening met de interactie van diverse variabelen, zoals huisartsopleider en opleidingspraktijk, faculteit en curriculum, waardoor het aandeel van deze variabelen in het uiteindelijke resultaat niet helder is.

Van Leeuwen beantwoordt in dit hoofdstuk de vraag, hoeveel de verschillende onderdelen van de opleiding bijdragen aan de kennistoename van de haio. Naast het maken van een pre-toets (een maand na de start van de opleiding) en een post-kennistoets (na acht maanden opleiding, het eind van de eerst huisartsstage) hielden de haio's een logboek bij en vulden de deelnemende haio-hao-koppels vragenlijsten in. De tijd besteed aan onderwijs werd per haio opgeteld, waarna het gemiddelde per dag werd berekend. Met behulp van statistische bewerkingen kon interactie van de variabelen uitgesloten worden.

Van 58 haio-huisartsopleider koppels waren complete gegevens beschikbaar. Aan twee van de zeven afdelingen huisartsopleiding leek de gemiddelde kennistoename van de haio's beduidend minder te zijn; deze twee afdelingen hebben een minder sterk gestructureerd onderwijsprogramma voor de terugkomdag en besteden verhoudingsgewijs meer tijd aan attitudevorming dan aan kennisoverdracht. Na correctie voor interactie-effecten bleef nog slechts één afdeling over, waar dit het geval was. Overigens noopt het geringe aantal haio's per afdeling tot enige voorzichtigheid bij het trekken van conclusies.

De belangrijkste opleidingsvariabelen (aantal patiëntcontacten per dag van de haio, kenmerken van de huisartsopleider als huisarts en supervisor, kenmerken van de opleidingspraktijk) bleken geen bijdrage te leveren aan de verklaring van de variantie in kennistoename van de haio. Slechts vier variabelen verklaarden een betrekkelijk gering deel van de varian-

tie in kennistoename, waarbij de eerst drie een negatief verband lieten zien:

- Haio's die een grotere kennistoename toonden, waardeerden hun huisartsopleider lager. De auteur verklaart dit door te wijzen op het feit, dat het hier juist de 'kritische' haio's betreft.
- Huisartsopleiders die meer tijd aan het door-nemen van vakliteratuur besteedden, hadden haio's die minder kennistoename toonden. Een goede verklaring ontbreekt.
- Opleidingspraktijken in verstedelijkte gebieden hadden haio's die meer kennistoename toonden. Wellicht doordat daar de aangeboden morbiditeit gevarieerder is?
- De reeds aanwezige kennis bij de haio toonde de sterkste samenhang met het kennisniveau van de haio aan het eind van de onderzoeksperiode. Na correctie voor interactie-effecten bleek dit gegeven 50 procent van de variantie in post-toetsscore te verklaren; men kan dus stellen dat de verschillen in opleiding die de haio ontmoet van ondergeschikt belang zijn bij zijn kennistoename.

Het feit dat zo goed als geen verband werd gevonden tussen de kennistoename van de haio en allerlei opleidingsvariabelen, mag niet direct leiden tot de conclusie dat kennistoename een zaak van de haio is. De rol van de terugkomdagprogramma's is daarvoor nog onvoldoende onderzocht. Voorts kan de bijdrage van huisartsopleider en opleidingspraktijk waarschijnlijk pas zichtbaar worden gemaakt als andere uitkomstmaten worden gekozen dan het in dit onderzoek gebruikte instrument.

Selectie voor de huisartsopleiding

Van Leeuwen onderzocht de voorspellende waarde van de twee kennistoetsen die werden afgenomen bij aanvang van de opleiding en na acht maanden, ten aanzien van de prestaties op de kennistoets bij het einde van de opleiding. De scores van 67 haio's waren beschikbaar. De begintoets had geen voorspellende waarde voor de prestaties op de eindtoets; de toetsscore na acht maanden leverde wel een bijdrage aan de voorspelling van een zak/slaag-beslissing bij het einde van de opleiding, maar na toepassing van regressie-analyse bleek het gebruiken van deze score toch weinig beter dan gokken.

In de slotbeschouwing bezint Van Leeuwen opnieuw op de validiteit van de kennistoets als uitkomstmaat voor de huisartsopleiding. Zij komt tot de slotsom dat de huidige kennistoets weliswaar vragen uit de dagelijkse praktijk van de huisarts omvat, maar zeker niet alle soorten patiëntproblemen. In de toets worden im-

mers slechts vragen opgenomen waarop het antwoord in de literatuur te vinden is, gestaafd door wetenschappelijk onderzoek. Derhalve introduceert zij de term 'evidence based' kennistoets voor de huidige toets.

Veel redeneren en handelen van huisartsen is gebaseerd op persoonlijke ervaring, bijvoorbeeld het verlenen van terminale zorg, rekening houden met sociale context, hulp aan 'overspannen mensen', aandacht voor comorbiditeit. Hiervoor introduceert Yvonne van Leeuwen de term 'experienced based' kennis. Vermoedelijk is het juist deze kennis die tijdens de contacten tussen huisartsopleider en haio wordt overgedragen.

Een dergelijke benadering zou volgens de auteur ook de daling van de score op de kennistoets verklaren naarmate de huisartsen langer praktiseren; de experienced based kennis van de huisartsen neemt vermoedelijk toe en daarmee neemt de behoefte aan evidence based kennis af.

Dit moge waar zijn, daarnaast lijkt mij dat ervaren huisartsen selecteren in parate kennis. Wat minder gebruikt wordt, hebben zij niet paraat; vermoedelijk weten zij dit soort informatie op te zoeken, indien de noodzaak zich voordoet.

Kortom ook na dit onderzoek blijkt de huisartsopleiding nog steeds een 'black box' te zijn. Meer onderzoek naar de effecten van de terugkomdagprogramma's en de verschillen in morbiditeit van de opleidingspraktijk alsook naar het onderwijs van de huisartsopleider zou hierin verandering kunnen brengen. Huisartsgeneeskunde is voor het grootste deel gebaseerd op 'experience based' kennis; de huisartsopleider is degene die deze kennis overdraagt aan de haio. De afdelingen huisartsopleiding dienen complementair te zorgen voor de overdracht van de evidence based kennis in het onderwijs op de terugkomdag

Yvonne van Leeuwen heeft een belangrijk en goed onderzoek verricht, maar zoals dat in goede onderzoekstraditie gaat, de resultaten roepen vooral nieuwe vragen op. De ondertitel van haar dissertatie, 'Figures on facts', suggereert een studie bestaande uit cijfers over harde feiten. Na lezing blijft echter bij de lezer de vraag achter wat deze bevindingen nu betekenen.

De grote verdienste van dit onderzoek zou weleens kunnen zijn, dat Van Leeuwen laat zien dat er voor een competente huisarts meer nodig is dan 'evidence based' kennis. De uitdaging is nu, naast de huidige kennistoets, andere uitkomstmaten te ontwikkelen; een toets gericht

op 'experience based' kennis zou weleens een meer valide uitkomstmaat kunnen zijn. Het onderzoek van Hobus heeft aangetoond dat de diagnostische vaardigheden van huisartsen optimaal zijn na tien jaar praktijkervaring.⁸ Wellicht biedt zijn meetinstrument aanknopingspunten voor de ontwikkeling van een dergelijke toets. Uiteindelijk zal waarschijnlijk alleen een combinatie van verschillende soorten toetsen de noodzakelijke validiteit bezitten.

Van Leeuwen heeft de basis gelegd voor dergelijk vervolgonderzoek en daarmee de huisartsopleiding een grote dienst bewezen.

Jan Schuling

- 1 Van Leeuwen YD. Growth in knowledge of trainees in general practice. Figures on facts [Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1995; 128 bladzijden. ISBN 90-5278-204-0.
- 2 Bulte J, Van den Ende J, Grol R, et al. De beroepsopleiding tot huisarts. Evaluatie van de op de preventieve taak van de huisarts gerichte onderwijsprogramma's. Groningen/Nijmegen, 1988.
- 3 Dubois V, Everwijn S, Van Geldorp G, et al. De constructie van een nieuw curriculum voor de beroepsopleiding tot huisarts in Nederland. Utrecht: KNMG, 1987.
- 4 Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HPA. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Acad Med* 1990; 65: 611-21.
- 5 Schmidt HG, Boshuizen HPA. On acquiring expertise in medicine. *Educ Psychol Rev* 1993; 5: 202-21.
- 6 Pollemans MC. Kennistoetsing bij huisartsen. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers Maastricht, 1994.
- 7 Freeman J, Roberts J, Metcalf D, Hillier V. The influence of trainers on trainees in general practice. London: Royal College of General Practitioners, 1982.
- 8 Hobus P. Expertise van huisartsen [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.

Platteland

Cox J, ed. Rural general practice in the United Kingdom. Occasional Paper 71. Exeter: The Royal College of General Practitioners, 1995; 49 pagina's, prijs GBP 10.00 (leden), GBP 11.00 (niet-leden). ISBN 0-85084-217-4.

Voor een Nederlandse plattelandshuisarts is dit interessante literatuur. Je gaat uiteraard vergelijken met onze situatie, en dan hebben wij niet zoveel te klagen. Uit dit hele stuk komt een zekere somberheid naar voren. Het Britse platteland lijkt veelal een achtergebleven gebied

voor wat betreft sociale omstandigheden (veel werkloosheid en armoede), voorzieningen in het algemeen en dan vooral op medisch gebied.

In het kader van de planning door de National Health Service blijft het platteland achter. Het platteland lijkt niet te bestaan voor de NHS, en dat is in strijd met de opzet: zelfde medische zorg voor iedereen. Er is opvallend weinig wetenschappelijk huisartsgeneeskundige literatuur over het platteland. Een stuk van Huygen uit 1978 wordt onder andere aangehaald.

In het eerste hoofdstuk wordt geprobeerd een definitie te geven van het platteland. Vooral vergelijking met verstedelijkt gebied (urban) is moeilijk. Heeft het te maken met bevolkingsdichtheid of zijn er sociale kenmerken? Gaat het om de afstand tot centra of is het een subjectief beleven? De import van stedelingen die de idylle van het platteland zoeken, heeft veel invloed op de oorspronkelijke cultuur van plattelandsbewoners. De studie over het platteland is belangrijk, niet het minst om tegengas te geven tegen de 'verstedelijkte' opvattingen van onderzoekers en politici in Engeland.

Welke gezondheidszorg is nodig op het platteland? Is er een verschil met de steden? Of het leven op het platteland gezonder is dan in de steden, is niet zonder meer duidelijk. Bereikbaarheid van de voorzieningen speelt een belangrijke rol. Daarbij zijn identieke voorzieningen op het platteland kostbaarder dan in de steden. Er bestaat veel te weinig onderzoek over de incidentie en prevalentie van aandoeningen op het platteland.

Een hoofdstuk wordt gewijd aan de verarming (deprivatie) op het platteland. Het is niet allemaal rozegeur en maneschijn. De definitie van de Europese Gemeenschap is dat 'het een buffergebied moet zijn en een streek voor recreatie ... vitaal voor het ecologische evenwicht ... een steeds belangrijker rol spelend als de meest populaire streek voor ontspanning en recreatie.' Het tegendeel is vaak het geval.

Er worden veertien oorzaken genoemd deze verarming. De medische gevolgen laten zich dan weer in de praktijk zien. De neiging om allerlei voorzieningen te centraliseren is voor de meest kwetsbaren een grote bedreiging. Plattelandspraktijken zijn vaak klein en krijgen daarom lagere vergoedingen. De achterstand in inkomsten van een plattelandspraktijk worden enigszins gecompenseerd in die praktijken waar medicijnen worden uitgegeven (men praat niet over een apotheekhoudende huisarts). Opvallend is dat patiënten uit die praktijken duurder voorgeschreven krijgen dan bij praktijken waarbij geen uitgifte plaatsvindt. Dit zou komen door het minder voorschrijven

van generieke medicijnen door 'apotheekhoudenden'. Overigens proberen ook in Engeland de apothekers deze taak zoveel mogelijk over te nemen.

Waarmeeregelingen zijn moeilijk, zodat meer dienst wordt gedaan. Dit zal in de toekomst de motivatie van artsen om op het platteland te gaan werken (die al niet groot is) verminderen. Dit is een opvallend verschil met ons land. Bij ons zijn plattelandspraktijken over het algemeen veel gevraagd. Ook in crisistijden zoals in 1968 waren de plattelandspraktijken soms nog overdraagbaar in tegenstelling tot stadspraktijken. In Groot-Brittannië is er duidelijk een voorkeur voor de stad. Maar ja, hebben wij eigenlijk een platteland met onze korte en goede verbindingen? Er wordt daar niet gepraat (mogelijk zelf niet eens gedacht) over de bereikbaarheid (binnen 15 minuten ter plaatse), zoals bij ons.

In het Verenigd Koninkrijk bestaat het fundholding systeem voor huisartsenpraktijken. De praktijk beheert zelf een budget. Dit lijkt een goed systeem. Er is echter een minimum van 7000 patiënten nodig, en dat wordt op het platteland niet vaak gehaald.

Opvallend is het stuk over teamwork. Het eerstelijns team komt niet goed van de grond, ondanks alle moeite die ervoor werd gedaan. Een verzuchting: 'In te veel praktijken komt het team nauwelijks bij elkaar. Zorg wordt tussen teamgenoten overgedragen met een minimum aan consultatie en taken worden overgedragen zonder goede communicatie en opleiding.' Verloskunde is een integraal onderdeel van de plattelands-huisartsgeneeskunde, maar ook in Groot-Brittannië staat deze functie onder druk.

In enkele hoofdstukken worden mogelijkheden besproken om de situatie te verbeteren. Er zijn een aantal 'healthy villages', projecten waarbij alle eerstelijns werkers in een dorp met elkaar samenwerken. Daarbij proberen zij de bevolking in te schakelen door alle kwaliteiten die daarin aanwezig zijn, zoveel mogelijk tot zijn recht te laten komen.

In Engeland bestaan ongeveer 420 zogenaamde community hospitals: ziekenhuizen die dicht bij de huisartsen staan en waar deze een duidelijke invloed hebben. Zij vormen de natuurlijke brug tussen de eerste- en tweede lijns gezondheidszorg. Er zijn echter nog veel organisatorisch hobbels te nemen. Nascholing (permanent) kent ook weer door de afstanden zijn specifieke problemen. Bovendien dient ze meer gericht te worden op de plattelandsartsen en hun werk.

Er bestaan in Groot Brittannië rondreizende medische genootschappen (peripatetic medical

societies), die nascholing ter plekke door en voor huisartsen verzorgen. Bij de bespreking van wat deze genootschappen zouden kunnen doen, wordt gepleit voor de ontwikkeling van standaarden.

Het recruterend van artsen voor het platteland valt niet mee. Er is een tekort. De oorzaken zijn over de hele wereld gelijk: angst voor het onbekende, professionele en sociale isolatie voor de dokter en zijn gezin, en, uiteraard, de financiële problemen van een laag inkomen in een kleine praktijk en de hogere kosten van het plattelandsleven. Bij het bezoek van Nederlandse huisartsopleiders aan Nieuw-Zeeland twee jaar geleden kwamen dezelfde problemen naar voren. Het platteland loopt leeg en in de steden beconcurreren de collega's elkaar op heftige wijze. Australië is zo uitgestrekt dat je daar van tropenartsen moet spreken in plaats van plattelandsartsen. Er is daar ook een speciale opleiding voor deze artsen.

Een interessant stuk. Het geeft een goed overzicht van de situatie in Groot-Brittannië op het platteland. Er zijn overeenkomsten met onze situatie, maar de verschillen zijn groter.

Hemmo Mulder

Aankondigingen

Volksgezondheid en gezondheidszorg

Van der Maas PJ, Mackenbach JP. Utrecht: Bunge, 1995; 361 bladzijden, prijs NLG 69,50. ISBN 90-6348-348-1.

Klinische geriatrie in de dagelijkse praktijk

Fockert JA. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995; 543 bladzijden, prijs NLG 149,-. ISBN 90-3131-679-2.

Benzodiazepinen in de huisartsenpraktijk

De Gijssel S. Leiden: Vrouwengezondheidscentrum Hara, 1995; 104 bladzijden, prijs NLG 18,-. Het boek kan worden besteld door overmaking van dit bedrag onder vermelding van 'medicijngebruik', op Postbankrekening 6217280 van Stichting Vrouwengezondheidscentrum Leiden.

Niemand kan denken

Domheden en denkfouten in de wetenschap. Bügel P. Amsterdam: Contact, 1995; 144 bladzijden, prijs NLG 24,90. ISBN 90-2540-946-6.

Swidoc gids 1996

Diensten, databases en publicaties van het Sociaal-wetenschappelijk Informatie- en Documentatiecentrum; prijs NLG 15,-. Te bestellen bij: Swidoc, Herengracht 410, 1017 BX Amsterdam; telefoon (020) 622.5061; fax (020) 623.8374; e-mail swidoc@swidoc.nl.

Compendium seksueel overdraagbare aandoeningen

Bleker OP, Wigersma L, red. Utrecht: Bunge, 1996; 231 bladzijden, prijs NLG 65,-.

ISBN 90-6348-398-8.

Formularium gezondheidscentra Huizen

Uitgave van de Gezondheidscentra Huizen; 111 bladzijden. Te bestellen door overmaking van NLG 30,- op bankrekening 55.40.45.982 of postbankrekening 4489690 van Stichting Wijkgezondheidscentra, Huizen, onder vermelding van 'Formularium' én verzendadres.

Eenzaamheid en zingeving bij ouderen

Een hulpmiddel voor zorgverleners. Steemers-van Winkoop M. Baarn: Intro, 1996; 99 bladzijden, prijs NLG 19,95. ISBN 90-5574-084-5.

Chiropractic in The Netherlands

diagnosis and effects of treatment (Dissertatie). Assendelft WJJ. Amsterdam: Vrije Universiteit, EMGO Institute, 1996; 171 bladzijden, ISBN 90-5669-010-8. Te bestellen: EMGO Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

De schok der biologie

Essays over de plaats van de moderne biologie in ons mensbeeld. Van den Hoof, A. Nijmegen: Sun, 1996; 223 bladzijden, prijs NLG 29,50. ISBN 90-6168-446-3.

Dementie

Nieuwe perspectieven. Goedhard WJA, Knook DL. Nieuwkoop: Stichting voor Gerontologie, 1996; 107 bladzijden, prijs NLG 30,-. ISBN 90-7529-802-1.

Death on request

Aspects of euthanasia and physician-assisted suicide, with special regard to Dutch nursing homes. Muller MT. Amsterdam: Thesis, 1996. ISBN 90-5669-007-8.

Urologisch onderzoek in de algemene praktijk

Ypma AFGVM, Lock MTWT, Otten HW. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications, 1996; 52 bladzijden, prijs NLG 20,- (inclusief verzendkosten). ISBN 90-7570-701-0.

Shared Care

A model for clinical management. Edwards P, Jones S, Shale D, Thursz M. Abington, Oxon, UK: Radcliffe, 1996; 137 bladzijden, prijs GBP 18.50. ISBN 18-5775-165-5.

Hanzeland Formularium 1995

Zwolle: Stichting Apotheken der Zwolse Ziekenhuizen, 1996; 104 bladzijden, prijs NLG 15,-. ISBN 90-8029-631-2. Te bestellen: bij DHV Zwolle/Flevoland door overmaking van NLG 15,- op bankrekeningnummer 38.73.74.620 o.v.v. Hanzeland Formularium.

Het medisch kunnen

Technieken, keuzen en zeggenschap [Dissertatie]. Mulder H.C. Assen: Van Gorcum, 1996; 236 bladzijden, prijs NLG 49,50. ISBN 90-2323-146-5.

Import - Dermatologie

Faber WR, Naafs B. Vreeland: Gastman Wichersstichting, 1996; 168 bladzijden, prijs NLG 101,-. ISBN 90-9008-798-2. Te bestellen: door overmaking op gironummer 954761 t.n.v. Gastman Wichersstichting, Vreeland.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 2 (februari 1997) moeten op uiterlijk 2 januari 1997 in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Januari

Kwaliteitszorg tussen wetenschap en praktijk (*Ede, 17 januari*). Symposium NWO, Programmacommissie Kwaliteit Zorg Onderzoek. Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, tel. (071) 527.5291.

Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie (*Kerkrade, 20-24 januari*). Cursus. Inlichtingen: EMGO-Instituut, tel. (020) 444.8188.

Februari

14e congres Gezondheidszorgonderzoek (*Amsterdam, 6 februari*). Call for abstracts. Inlichtingen: mw. W. Biermann, tel. (020) 5664828, fax (020) 5972316; e-mail l.a.biermann@amc.uva.nl.

Maart

Medische microbiologie: van betekenis voor de 1e lijn? (*Amsterdam, 6 maart*). Symposium Nederlandse Vereniging van Arts-assistenten in de Medische Microbiologie. Inlichtingen: Saskia Kuipers, tel. (030) 2509111, pieper 1826 (werk) of (030) 2581896 (privé).

April

Wat doen we met het hyperventilatiesyndroom? (*Arnhem, 12 april*). Voorjaarscongres Nederlands Paramedisch Instituut. Inlichtingen: Michael Schermer, NPI, tel. (033) 4622980.

De toegevoegde waarde van extramuraal geneeskundig onderzoek (*Amsterdam, 18 april*). Symposium ter gelegenheid van het 2e lustrum van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit, Amsterdam. Inlichtingen: mw. M.E. Bakker, EMGO-Instituut, tel. (020) 4448199/4, fax (020) 4448361; e-mail: me.bakker.emgo@med.vu.nl.

Study design in epidemiologic research (*Renkum, 21-25 april*). Cursus door prof.dr. O.S. Miettinen. Inlichtingen: EMGO-Instituut, tel. (020) 4448188.

Mei

Terminal care, continuing care and home care for general practice (*London, 8-11 mei*). EGPRW-bijeenkomst. Inlichtingen: mw. H. Prick, telefoon (043) 3882319, fax (043) 3619344.

Meeting the needs of the infected and affected (*Amsterdam, 21-24 mei*). 3rd International conference on home and community care for

persons living with hiv/aids. Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. (020) 566.4801; fax (020) 696.3228; E-mail F.Wolters@inter.nl.net.

Prevention and Health Promotion in Primary Care (*Května, Tsjechië, 30 juni - 4 juli*). WONCA Europe Region/European Society of General Practice/Family Medicine Regional Meeting. Inlichtingen: ESGP/FM '97 c/o Garant Ltd, Opletalova 15, CZ-11000 Praha 1, Republiek Tsjechië; tel. (00.42.2) 2421.0650; fax (00.42.2) 260.130.

Juni

Realizing a gender-sensitive health care (*Amsterdam, 25-27 juni*). Internationale, interdisciplinaire conferentie over vrouwen en gezondheid. Inlichtingen: Congresbureau Universiteit van Amsterdam, tel. (020) 5254791/2946, fax (020) 5254799; e-mail congres@bdu.uva.nl.

Augustus

Family medicine: diversity and harmony in the evolving era (*Seoul, 30 augustus - 3 september*). Wonca Asia Pacific Regional Conference. Inlichtingen: Conference Secretariat, SL Kangnam PO Box 305, Seoel 135-603, Korea. **Research in health care - philosophical, ethical and historical aspects** (*Padua, 21-23 augustus*). 11th Annual conference of the European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Inlichtingen: Prof.dr. H. ten Have, tel. (024) 3615320, fax (024) 3540254.

International summer school on quality improvement in general practice (*Maastricht, 31 augustus - 5 september*). Inlichtingen: Karin Vaessen of Ellen Breevoort, tel. (043) 3882334/11, fax (043) 3619344; e-mail karin.vaessen@hag.unimaas.nl.

Oktober

EGPRW-bijeenkomst (*Barcelona, 23-26 oktober*). Inlichtingen: mw. H. Prick, tel. (043) 3882319, fax (043) 3619344.

1998

15th Wonca world conference on family medicine (*Dublin, 13-18 juni*). Inlichtingen: The Irish College of General Practitioners, Corrigan House, Ferrian Street, Dublin 2, Ireland; tel. (00353) 1676.3705; fax (00353) 1676.5850.

■ betekent: eerste vermelding.