

Autonomie

Vanuit zijn achtergrond als (wijk)verpleegkundige en psycholoog heeft deze auteur onderzoek gedaan naar het concept autonomie en het belang dat hieraan wordt gehecht door zorgbehoevende chronisch zieken en hun zorgverleners. In de inleiding van zijn proefschrift schetst hij het probleem van de patiënt die door lichamelijke beperkingen afhankelijk wordt van zorgverleners, maar toch zijn zelfstandigheid wil bewaren. Hij vraagt zich af op welke wijze chronisch zieken en wijkverpleegkundigen omgaan met de schijnbare tegenstelling tussen autonomie en afhankelijkheid. Het grootste deel van het proefschrift bestaat uit de uitkomsten van een explorerend, beschrijvend (kwalitatief) onderzoek bij chronisch zieken en wijkverpleegkundigen. Daarnaast wordt literatuur over het concept autonomie besproken.

Pool stelde zich ten doel een basispatroon te ontdekken in het leven met een chronische aandoening en in de relatie tussen chronisch zieke en wijkverpleegkundige gezien vanuit het perspectief van autonomie. Autonomie omschrijft hij als 'de vrijheid om het leven op een dusdanige manier in te richten, dat de betrokkene kan zeggen: "dat ben ik, ik ben degene die ik wil zijn" '.

Voor het onderzoek werden onder andere de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- In hoeverre ervaren chronisch zieken de vrijheid om de levensloop te volbrengen volgens zelfgekozen principes?
- Hoe ervaren chronisch zieken en wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden de zorgverleningsrelatie in het licht van autonomie en afhankelijkheid?

In totaal werden 29 chronisch zieken die gebruikmaakten van de diensten van een thuiszorginstelling, ondervraagd. Het betrof patiënten met reuma, Cara, diabetes, multiple sclerose, de ziekte van Parkinson en een CVA in de leeftijd van 40-70 jaar. Er was een spreiding in de mate van zorgafhankelijkheid. Daarnaast werd een onderzoek verricht onder 29 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die meer dan twee jaar als zodanig werkzaam waren. Een deel van beide onderzoeksgroepen kreeg een open interview; in een tweede onderzoeksrunde werd aan de rest van de deelnemers een meer gestructureerd interview afgenomen. De interviews werden letterlijk uitgetypt en in verschillende fasen geanalyseerd. Zo werden aan de thema's 'leven met een chronische aandoening' en 'zorgverleningsrelatie' verschillende facetten onderscheiden. De onderzoeksresultaten schetsen een beeld van de wijze

waarop chronisch zieken met hun ziekte omgaan en de wijze waarop chronisch zieke en wijkverpleegkundige met elkaar omgaan en ook hoe zij over elkaar denken.

In het proefschrift komen zijdelings een aantal aspecten van het chronisch ziek-zijn aan de orde, die ook voor de huisarts relevant zijn. Interessant is de passage over pijnbeleving en omgaan met pijn. Pijn werd door de chronisch zieken onderscheiden in pijn die hoorde bij hun ziekte, en in pijn die ook een andere oorzaak kon hebben en waar dus wat aan gedaan moest worden. De pijn die bij de chronische ziekte hoorde, werd opgevat als onvermijdelijk, behorend bij het leven. Wanneer de chronisch zieke dit had geaccepteerd, kon hij er ook beter mee omgaan, met name door afleiding te zoeken in bepaalde sociale activiteiten. Opvallend daarbij is dat pijn zoveel mogelijk verborgen werd gehouden voor anderen, omdat de chronisch zieke niet lastig wilde zijn en niet zielig gevonden wilde worden.

Verder is opmerkelijk dat alle chronisch zieken zeiden medische adviezen te krijgen die niet op hun leefsituatie waren afgestemd of die tegenstrijdig waren. Dit betekende vanuit de optiek van de chronisch zieke dat er gekozen moest worden, in hoeverre een advies werd opgevolgd. Of dit dilemma ook met de arts werd besproken, was met name afhankelijk van de arts-patiëntrelatie. Steeds werd hierbij door de patiënt tevoren ingeschat wat openheid tegenover de arts voor consequenties zou kunnen hebben.

Als hypothese voor vervolgonderzoek stelt de auteur onder andere dat autonome personen de gevolgen van hun chronische ziekte eerder zullen beschouwen als bestaansproblemen dan niet-autonome personen. Daar staat tegenover dat niet-autonome personen deze gevolgen eerder als gezondheidsproblemen zullen definiëren, waardoor zij meer een beroep zullen doen op gezondheidswerkers. Verder worden in de conclusie aanbevelingen gedaan voor wijkverpleegkundigen en hun organisaties. De auteur benadrukt dat de zorgverlening moet worden afgestemd op de concrete werkelijkheid van de patiënt. Van de ervaringsdeskundigheid van chronisch zieken kan beter gebruik gemaakt worden dan nu gebeurt.

Voor huisartsen is dit proefschrift interessant vanwege de uitvoerige beschrijving van de bestaansmoeilijkheden van chronisch zieken en hun zorgverleners. De manier waarop hier kwalitatief onderzoek is gedaan naar de relatie tussen chronisch zieke en wijkverpleegkundige, zou ook gebruikt kunnen worden om sommige

aspecten van de arts-patiëntrelatie verder uit te diepen. Helaas laat het proefschrift zich moeilijk lezen door een onaantrekkelijk en ingewikkeld taalgebruik, zodat een behoorlijk doorzettingsvermogen is vereist om de materie de baas te worden. Dit boek is dus geen aanrader voor iedere huisarts, maar meer voor de liefhebbers van dit onderwerp, dat overigens ook binnen de huisartsgeneeskunde wel meer aandacht verdient.

Pool A. Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening [Dissertatie Universiteit Utrecht]. Utrecht: Lemma, 1995; 367 bladzijden, prijs NLG 69,50. ISBN 90-5189-496-1.

Marjolijn Hugenholtz

Psychosociale hulpverlening

Dit boek is het eerste uit een serie over psychosociale hulpverlening aan chronisch zieke of gehandicapte mensen. De auteur is klinisch psycholoog en werkt in de kinder- en adolescentenpsychologie in Londen. Het boek is uit het Engels vertaald en door Huub Buijsen voor de Nederlandse editie geredigeerd.

Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt beschreven hoe hulpverleners ouders van ongeneeslijk zieke kinderen kunnen begeleiden, als zij 'er mee moeten zien te leven'. Kern van het verhaal is dat hulpverleners zich na de fatale diagnose opstellen als partner en gelijke jegens alle betrokkenen in het gezin van de patiënt. De zienswijze van de betrokkenen op de problemen vormt het uitgangspunt. De hulpverlener helpt door middel van communicatie de problemen helder te krijgen en denkt mee over de wijze waarop de betrokkenen hiermee zelf verder kunnen gaan. Door deze rol van de hulpverlener voelen de betrokkenen zich gehoord en gesteund in hun zoeken naar en uitproberen van een acceptabele manier om met de ziekte in hun gezin om te gaan en een nieuwe identiteit te ontwikkelen. Alle vormen van gespreksvoering die in de verschillende fasen nuttig zijn passeren de revue.

Hoewel psychologisch jargon zoveel mogelijk is vermeden, wordt van de hulpverlener toch gevraagd zich in te lezen in een 'andere' taal. De letters zijn klein en screenend lezen is nodig. De aangekondigde delen zijn moeilijk te vinden. Desondanks biedt de inhoud een waardevolle aanzet voor huisartsen om het bestaande medische hulpverleningsarsenaal uit te breiden met een visie en met vaardigheden voor begeleiding bij onoplosbare problemen. De

boodschap laat zich mijns inziens goed generaliseren naar andere doelgroepen, zoals chronisch zieke ouderen, gehandicapten of mensen die hun dierbare hebben verloren. Over die groepen komen trouwens nog delen uit in deze reeks. De arts die zich beter wil bekwalen in zijn hulp aan de genoemde doelgroepen, wordt aangeraden ervaring op te doen bij enkele praktijkgevallen en er feedback op te vragen in waarnem- of supervisiegroep. Dat lijkt mij een zinvolle uitdaging.

Davis H. Psychosociale hulpverlening aan ouders van kinderen met een chronische aandoening of handicap. Utrecht: Lemna, 1995; 137 pagina's, prijs NLG 39,50. ISBN 90-5189-399-X.

L.M. Schure

Cerebrovasculaire aandoeningen

De beroerte behoort met het hartinfarct en kanker tot de belangrijkste ziekten in Nederland. Qua mortaliteit gaat het om de derde plaats en een groot deel van degenen die een CVA overleven, raakt blijvend gehandicapt. Veel meer dan bij het myocardiinfarct en de maligniteiten is de rol van de huisarts bij de behandeling en begeleiding van CVA-patiënten nog volop in discussie en ontwikkeling.

Een NHG-Standaard CVA is er voorlopig nog niet, hoewel met die over de TIA een eerste stap op dit terrein is gezet. In de reeks 'Practicum huisartsgeneeskunde' is dit daarom een belangwekkende uitgave, geschreven door een huisarts en een neuroloog, beiden toonaangevend op dit gebied.

Zoals altijd in deze boekjes wordt aan de hand van casuïstiek een denkbeeldige dialoog met de lezer gevoerd ('Hoe ziet uw revalidatieplan eruit?', 'Wat is 'neglect' en hoe kunt u dit constateren?'). Aan de orde komen: de diagnostiek en de mate van zekerheid die de huisarts met behulp van anamnese en lichamelijk onderzoek kan verkrijgen. Natuurlijk wordt ingegaan op de beslissing over een opname of eventuele poliklinische consultatie van de neuroloog voor het vervaardigen van een CT-scan. Ook na verwijzing blijft de huisarts in de ogen van de auteurs actief, zowel tijdens als na de opname. Heel terecht schenkt men veel aandacht aan het omgaan met de naastbestaanden, die in staat en bereid moeten zijn tot verzorging. Dat geldt zowel voor de acute fase ('moet moeder niet naar het ziekenhuis') als tijdens de vaak lange periode van meer of minder herstel en 'leren leven met de handicap'. Voor de dan

onontbeerlijke voorlichting (wat kan de patiënt verder verwachten?) kan de huisarts rijkelijk putten uit de informatie die dit werkje biedt.

Naast het traditionele neurologisch onderzoek, gericht op de lokalisering van de stoornis, zijn meetinstrumenten voor de functionele toestand minstens zo belangrijk. Een betrouwbare ADL-maat is de Barthel-index. Die hoort inmiddels als het ware in de tas van de huisarts. Schuling en Limburg bespreken de lijst van tien activiteiten die een score van 0-3 kunnen krijgen. Later kan dit herhaald worden om het beloop te objectiveren. Deze score kan meespelen in de communicatie met andere hulpverleners.

Van nog meer belang is de inzet van de huisarts als actieve regelaar, zoals die ons getoond wordt, of het nu is om de thuiszorg te organiseren, de opnameduur te bewaken of contact op te nemen met kinderen. De situatieschetsen illustreren dit fraai geïllustreerd: 'Op tafel staat een schoteltje met stukjes bruin verkleurde appel. De dokter draait de televisie in de hoek van de kamer wat zachter. Hij trekt een stoel bij.'

Enkele complicaties krijgen een plaats in de zes hoofdstukken, waaronder de depressie. Als aanzet tot een standaard wordt besloten met 'Richtlijnen voor de huisarts', zowel voor de acute als voor de chronische fase.

De uitgebreide aandacht voor de begeleiding van CVA-patiënten is heel belangrijk. De arts en eventuele paramedici dragen bij aan het klimaat waarin natuurlijk herstel kan optreden en de patiënt zich aanpast aan de nieuwe situatie. Tegelijk wordt duidelijk hoe gering de therapeutische mogelijkheden zijn die we deze mensen hebben te bieden. Hooguit kunnen we de kans op recidief wat verkleinen met aspirine, en maatregelen nemen ter voorkoming van embolieën bij hartritme stoornissen. De invasieve behandeling van vaatobstructies is meer omstreken dan bij coronaire aandoeningen. Het gaat hierbij om operatie van ernstige symptomatische vernauwingen in de arteria carotis. De huisarts vindt in dit boekje de beknopte informatie, voldoende om zijn patiënt voor te lichten of mee te denken over de beslissing. Evenals in de TIA-standaard wordt benadrukt dat de gunstige resultaten (tien mensen opereren om één herseninfarct in twee tot drie jaar te voorkomen) behaald zijn in centra met grote ervaring en deskundigheid. Een recent commentaar (BMJ 1995; 310: 318) noemt zelfs als belangrijkste vereiste voor een succesvolle operatie, dat de verwijzer de beschikking heeft over de complicatiepercentages van het ziekenhuis.

De titel is wat te weids; zo worden TIA's en intracranieële bloedingen niet behandeld. Evenmin komt aan de orde hoe door cerebrovasculaire achteruitgang vaak veel geleidelijker andere neurologische stoornissen kunnen ontstaan, zoals Parkinson-achtige beelden en multi-infarctdementie. Maar de beperking van de inhoud is hier zeker de kracht. Het is zeer aanbevolen lectuur voor de huisarts, die hiermee zijn eigen handelen kan toetsen en nieuwe ideeën of ideeën opdoet ('van de week toch nog maar even langs bij die man'). Laat het ook een inspiratie zijn voor de hier en daar voorzichtig opkomende initiatieven om CVA-zorg van eerste en tweede lijn meer te integreren.

Schuling J, Limburg M. Cerebrovasculaire aandoeningen. Utrecht: Bunge, 1995; 55 bladzijden, prijs NLG 35,- (NLG 29,- voor abonnees). ISBN 90-6348-438-0.

Pieter Dijksterhuis

Interventies leefpatroon

Deze publikatie maakt deel uit van de reeks 'Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken'. Het rapport geeft een overzicht van in Nederland uitgevoerde interventiestudies die gericht zijn op het leefpatroon van chronisch zieken. Gekeken wordt naar de veranderingen in leefstijl en de invloed op het beloop van de ziekte. In het rapport worden tien chronische ziekten besproken: diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, Cara, reumatische aandoeningen, epilepsie en overige ziekten (cystic fibrosis, ziekte van Parkinson, migraine, multiple sclerose en chronische nierinsufficiëntie). Per ziekte wordt ingegaan op het theoretisch kader, doel, inhoud en onderzoeksopzet en op de effecten van de geïnventariseerde interventieprogramma's.

De meeste studies hadden betrekking op diabetes, hart- en vaatziekten en Cara. Over de andere onderwerpen zijn nauwelijks interventiestudies gevonden. Omdat de programma's sterk verschillen qua inhoud, vorm en looptijd, is het moeilijk algemene conclusies te trekken over de effecten. De auteurs doen hiertoe in het laatste hoofdstuk toch een poging. Zoals te verwachten viel, dragen de interventies vooral bij tot kennisvergroting en attitudeverandering, in mindere mate tot verandering van gedrag en leefstijl. De effecten op zaken die huisartsgeneeskundig het meest relevant zijn, het ziektebeloop of andere harde uitkomstmaten, zijn nauwelijks onderzocht. Het rapport eindigt met

aanbevelingen om in deze lacunes te voorzien.

Omdat in dit rapport enkele bekende interventiestudies uit de huisartspraktijk ontbreken, zijn vraagtekens te plaatsen bij de volledigheid van de inventarisatie, die bestond uit literatuursearch en het aanschrijven van sleutelfiguren en -organisaties. Het rapport is vooral relevant voor beleidsmakers en (huisarts-)onderzoekers die zich bezighouden met de ontwikkeling van programma's ter beïnvloeding van leefstijlfactoren bij chronisch zieken.

Uijtdewilligen E, Koelen MA. Effectiviteit van interventies ter beïnvloeding van de leefstijl van chronisch zieken. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1995; 123 bladzijden, prijs NLG 32,50. ISBN 90-74738-13-3. Te bestellen bij NCCZ, Postbus 7100, 2701 AC Zoetermeer; telefoon (079) 368.7389.

Ton Drenthen

Patiëntenvoorlichting

Jannes van Everdingen, dermatoloog en werkzaam op de afdeling medische psychologie in het AMC, beschrijft voor de gezondheidszorgconsument in heldere taal, zesenvijftig ernstige chronische ziekten. De ziekten zijn tractusgewijs ingedeeld. Onder centraal zenuwstelsel wordt bijvoorbeeld beschreven migraine, epilepsie, multiple sclerose, M. Parkinson, hersenbloeding/beroerte en dementie. Andere hoofdstukken behandelen stofwisseling, zintuigen, skelet en spieren, longen, enz. Aan kanker is een groot algemeen hoofdstuk gewijd.

De patiënt wordt bij elke ziekte geïnformeerd over welke onderzoeken noodzakelijk zijn, wat de behandeling is, wat men zelf kan doen en waar meer informatie te vinden is. Bij elke ziekte wordt zowel het traject dat de patiënt bij de huisarts doorloopt, als de route bij de specialist, besproken. Hoewel specialistische interventies uitgebreid aan bod komen, wordt op gepaste wijze gesproken over de beperkingen en nadelen van deze (be)handelingen. De plaats die de huisarts inneemt bij diagnose, therapie en begeleiding, komt goed uit de verf. Daar waar gekozen kan worden voor beperking tot de eerste lijn, wordt dat aangegeven. Bij herhaling wordt terecht een vraagteken gezet bij het nut van fysiotherapie, ontspanningstechnieken en alternatieve geneeswijzen. Per ziekte wordt verder aangegeven hoe vaak deze in ons land voorkomt, of er een NHG-standaard of een consensusprotocol over bestaat. Relevante artikelen uit het Geneesmiddelen-

bulletin worden bij elk onderwerp vermeld. Het boek besluit met een hoofdstuk over patiëntenrechten. Aan de orde komen onder meer: privacy, klachtenregeling, vrije keuze van specialist, *second opinion* en inzage in dossiers.

Het boek, dat mede is uitgegeven door de Consumentenbond, geeft de consument de mogelijkheid zelfstandiger en meer bewust met gezondheidsproblemen om te gaan. Steeds meer mensen willen zelf mee kunnen beslissen als ze ziek zijn. Dat is een goede zaak, zeker wanneer patiënten op een evenwichtige wijze zijn geïnformeerd. Dit boek geeft daar alle mogelijkheden voor. Voor de huisarts is het, zoals vaak bij patiënteninformatie, zeer leerzaam om te lezen, al is het alleen al om beter te leren de patiënt met een chronische ziekte te informeren.

Van Everdingen J. De beste behandeling bij zesenvijftig ernstige ziekten. Baarn/Den Haag: Bosch en Keuning / Consumentenbond, 1995; 239 pagina's, prijs NLG 29,90. ISBN 90-2460-220-3.

Paul A. van Dijk

Medische polemologie

Ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie werd de heruitgave gerealiseerd van Verdoorns boek 'Arts en oorlog' over de medische en sociale zorg voor militaire oorlogsslachtoffers in de geschiedenis van Europa, waarvan de eerste druk in 1972 verscheen. Oorlog is alleen mooi voor hen die hem niet uit eigen ervaring kennen (Erasmus). Verdoorn leert ons de oorlog kennen. De geschiedenis van de militaire geneeskunde vanaf de antieke wereld tot en met de atoombommen op Hiroshima en Nagasaki en de daarop volgende kernwapenwedloop is ook de geschiedenis van de ontwikkelingen in de reguliere geneeskunde. Oorlogen hebben enorm bijgedragen aan deze ontwikkelingen. Hoe zou de geneeskunde er uit hebben gezien zonder de kennis opgedaan op de slagvelden van bijvoorbeeld de traumatologie, anesthesie, orthopedie en revalidatie?

Behalve deze positieve kanten is dit een gruwelijk boek. Het laat ons zien, hoe machteloos werkers in de gezondheidszorg staan bij de voorbereiding van oorlogen, tijdens de oorlogen zelf en na afloop. Een voorbeeld van vele uit dit boek van hoe het mis kan gaan. The lady with the lamp, Florence Nightengale, heeft het gepresteerd de ontwikkelingen van de hygiëne in de veldhospitaal lange tijd op te houden, in de overtuiging dat slechts frisse lucht heilzaam

kan zijn: 'Bacteriën, wat een nonsens, ik heb er nog nooit een gezien'.

Welke foute beslissingen uit onkunde nemen wij nu nog? Aan wie geven wij de macht om deze beslissingen te nemen? Daar hebben wij, artsen, mee te maken. Ons worden adviezen gevraagd. Wij hebben te maken met oorlogsslachtoffers, vluchtelingen en nabestaanden. Wij kunnen onze kop daarvoor niet in het zand steken. En het is dus zaak om ons tijdig van een en ander op de hoogte te stellen, want wie de vrede wil, bereide zich voor op oorlog.

Het is ook een spannend leerboek. Verdoorn dringt ons geen mening op. Zijn ongelooflijke belezenheid en de wijze waarop hij dit op ons overbrengt, brengt ons ertoe om zelf een mening te vormen. Laat er echter geen misverstand over bestaan. De enige manier om de oorlog te bestrijden, is preventie. Als artsen pretenderen dat voorkomen beter dan genezen is, en wij ons ook bekwaamd hebben op het gebied van preventie, dan kunnen wij ons steentje wel bijdragen. Op internationaal niveau wordt er aan gewerkt om de medische polemologie een vaste plaats te geven in het curriculum van het medisch onderwijs. Zover is het nog niet. Een van de belangrijkste leerboeken is er al.

Verdoorn JA. Arts en oorlog. 2e dr., bewerkt door Hengeveld B, Ban Lieburg MJ, Weerts JMP. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995; 618 bladzijden, prijs NLG 69,-. ISBN: 90-5235-079-5.

J.S. Meyboom

NE - EN

Dit is een bijzonder welkom boekje. Steeds meer huisartsen schrijven en lezen Engels. Termen zijn echter vaak zo specifiek of hebben in de context van de huisartsgeneeskunde een zo eigen betekenis, dat een gewoon woordenboek niet en de reeds bestaande geneeskundig woordenboeken onvoldoende helpen. Probeer het volgende maar eens in keurig Engels te zetten: 'De huisarts die een niet-pluis gevoel kreeg bij een patiënte met zwangerschapssuiker, schreef een magistraal recept en belde de wijkverpleegkundige die als achterwacht dienst deed'. Met dit boekje 'Huisartsgeneeskundige termen' komt u er wél uit.

Ongeveer 1400 termen zijn bewerkt. Al pratend en schrijvend gebruiken huisartsen natuurlijk veel meer specifieke begrippen. Dit woordenboek is dan ook niet geheel systematisch of volledig. Ik wijs op categorieën als

klachten (spierpijn en hirsutisme staan er wel in, honger, dorst en kaalheid niet), lichaamsdelen (navel wel, wenkbrauw niet), morbiditeit (longkanker en enkelverzwikking wel, maagkanker en tenniselleboog niet), vakgebieden (internist en KNO-arts wel, huidaarts en oogarts niet). Steekproefgewijs miste ik: palliatieve zorg, gezinszorg, elektronisch medisch dossier, NWO, hoorcollege, en, vanuit het Engels, termen als hospice, pilot study, RCGP en BMA. Is dat erg? Welnee, er staat zo ontzettend veel gangbaars wel in dat het een genoegen is om te bladeren, te zoeken en je te verbazen. Een zeer leesbare, nuttige en aan te bevelen uitgave dus. De betekenis van dit boekje gaat evenwel veel verder: met het tweetalig vastleggen van de vak-eigen terminologie is een forse en originele stap voorwaarts gezet in de emancipatie van de huisartsgeneeskunde.

Meijman FJ, Eyck NJC. Huisartsgeneeskundige termen Nederlands-Engels, Engels-Nederlands. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996; 67 pagina's, prijs NLG 27,50. ISBN 90-313-2115-X.

Eloy van de Lisdonk

OPROEP

De studiegroep artikelendocumentatie zoekt nieuwe leden. Doel van deze NHG-werkgroep is om *Huisarts en Wetenschap* te voorzien van referaten over belangrijke artikelen uit internationale, algemeen medische tijdschriften en internationale vakbladen voor huisartsen. Hiertoe leest ieder lid van de werkgroep alleen of samen met één of twee anderen een buitenlands tijdschrift en schrijft hij/zij referaten over artikelen die voor de huisarts van belang kunnen zijn. Na gezamenlijke bespreking in de driemaandelijke bijeenkomsten van de studiegroep worden deze referaten gepubliceerd in de rubriek 'Referaten' van *Huisarts en Wetenschap*.

Belangstellenden kunnen contact opnemen met Germa Joppe, telefoon (010) 418.8368 / 455.8688.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 9 (augustus) moeten op uiterlijk 28 juni 1996 in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Juli

Sixth international course in general practice (London, 15-26 juli). Inlichtingen: Jane Fleming-Willcox, Sheila Sherlock Education Centre, The Royal Free Hospital, Rowland Hill Street, London NW3 2PF, UK; tel. (00.44) 171.830.2181; fax (00.44) 171.830.2167.

Augustus

Courses in quantitative medical research (Rotterdam, 12-30 augustus). Cursussen in het kader van 'The Erasmus Summer Program'. Inlichtingen: Yvette Schunselaar, tel. (010) 408.7881; fax (010) 436.7271; e-mail secr@paog.fgg.eur.nl.

September

Mentoring in general practice education (Toscane, 15-19 september). Internationale workshop. Inlichtingen: Elisabeth Jeppesen, Danish Medical Association, Esplanadem 8B, DK-1263, Copenhagen.

Referatendag voor Vlaamse huisartsen research (Leuven, 21 september). Inlichtingen: Congressecretariaat, St.-Hubertusstraat 58, B-2600 Berchem; tel. (0032.03) 281.1616, fax (0032.03) 218.5184.

Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie (Kerkrade, 23-27 september). Cursus. Inlichtingen: Secretariaat Postdoctorale Opleiding Epidemiologie, EMGO-Instituut, VU, tel. (020) 444.8188.

Oktober

Social problems in general practice (Malta, 3-6 oktober). EGPRW-congres. Inlichtingen (ook over free standing papers): Hanny Prick, Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; tel. (043) 388.2319; fax (043) 361.9344.

Annual scientific assembly van de American Academy of Family Physicians (New Orleans, 3-6 oktober). Inlichtingen: Allan Pelch, MD, Vognporten 6, DK-2620 Albertslund, Denemarken; tel. (00.45.42) 641.144, fax (00.45.42) 644.230.

Samenwerken in de praktijk (Ede, 11 oktober). EMD '96. Huisarts, specialist en het elektronisch medisch dossier. Inlichtingen: Symposiumsecretariaat, tel. (010) 408.8151/7050; fax (010) 436.2882.

The fourth annual Cochrane colloquium 1996 (Adelaide, Australia, 20-25 oktober). In-

lichtingen en inzenden abstracts: Philippa Middleton, Australasian Cochrane Centre, Flinders Medical Centre, Bedford Park SA 5042, Australia; tel. (00.61.8) 204.5399; fax (00.61.8) 276.3305; e-mail cochrane@flinders.edu.au.

November

Boeiend of geboeid. Handgerepen voor de huisarts (Den Haag, 29 november). NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, tel. (030) 288.1700.

Gezond Onderwijs Congres (Veldhoven, 14-15 november). Congres Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs. Inlichtingen: M. Sterman-Vleeschdraager, afdeling Onderwijs en Onderzoek Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht; tel. (030) 253.8344, fax (030) 253.9039.

■ **Klinische epidemiologie op Schiermonnikoog (Schiermonnikoog, 17-22 november).** Inlichtingen: Boerhaave Commissie, telefoon (071) 527.5297; fax (071) 527.5262.

December

Basiscursus wetenschappelijk onderzoek (Center Parcs, Heyen (L), 9-13 december). Cursus voor huisartsen, verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen, o.l.v. Dr. E.H. van de Lisdonk en Prof.dr. J.Th.M. van Eijk. Kosten NLG 2.500,-. Opgeven bij: Jolanda van Haren, tel. (024) 361.4937.

1997

Meeting the needs of the infected and affected (Amsterdam, 21-24 mei 1997). 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 1997). WONCA Europe Region/European Society of General Practice/Family Medicine Regional Meeting. Inlichtingen: ESGP/FM '97 c/o Guarant Ltd, Opletalova 15, CZ-11000 Praha 1, Republiek Tsjechië; tel. (00.42.2) 2421.0650; fax (00.42.2) 260.130.

■ **Family medicine: diversity and harmony in the evolving era (Seoul, 30 augustus - 3 september 1997).** Wonca Asia Pacific Regional Conference. Inlichtingen: Conference Secretariat, SL Kangnam PO Box 305, Seol 135-603, Korea.

■ betekent: eerste vermelding.