

Lage-rugpijn

Met belangstelling hebben wij 'Het beleid bij lage-rugpijn' van Koes & Van Tulder (H&W 1998;41(2):57-61) gelezen. De Nederlandse Chiropractoren Associatie heeft haar steun al uitgesproken aan de gedegen uitwerking van de NHG-Standaard Lage-Rugpijn, (NTvG, 22 juni en 31 augustus 1996), maar heeft destijds ook enige opmerkingen gemaakt over inconsistenties.

Door Koes & Van Tulder is vastgesteld dat er duidelijke verschillen bestaan tussen de opvattingen met betrekking tot manipulaties in enerzijds de Nederlandse richtlijnen en anderzijds die van andere landen, en dat dit mogelijk samenhangt met de multidisciplinaire samenwerking van de buitenlandse beoordelingscommissies. Hiermee wordt impliciet verondersteld dat de aanwezigheid van chiropractoren geleid zou kunnen hebben tot enige politieke concessies. Een dergelijke opmerking komt bij ons tendentiekus over en is niet op feiten gebaseerd. In de buitenlandse commissies waren ook andere beroepen vertegenwoordigd, waaronder orthopedisch chirurgen, huisartsen en fysiotherapeuten, hetgeen in die richtlijnen niet heeft geleid tot 'handhaving van het bestaande beleid'.

Ook de in dit artikel herhaalde stelling uit de NHG-standaard dat manipulaties in de acute fase niet geïndiceerd zijn, mede door 'potentiële bijwerkingen', is onjuist. Manipulaties in het algemeen en lumbale manipulaties in het bijzonder zijn juist bekend om hun veiligheid en om het zeer geringe risico. Het risico van bijvoorbeeld NSAID's is aanzienlijk groter (onder meer maag- en darmperforaties), ook voor vergelijkbare indicaties. Evenmin zijn er aanwijzingen voor de stelling dat manipulaties 'afhankelijksmakend' zouden zijn.

Wij willen de commissie die zich bezighoudt met de NHG-Standaard Lage-Rugpijn verzoeken haar mening omtrent manipulaties te revalueren en nuanceren, daar enkele onderdelen niet gebaseerd lijken te zijn op de huidige stand van zaken:

- De veiligheid van lumbale manipulaties voor aspectieke lage-rugpijn staat buiten kijf.
- Een proef waarbij na zes weken twee keer behandeld wordt is, naar ons weten, niet gebaseerd op onderzoeksresultaten.
- Er is geen reden om aan te nemen dat het beperkte en gebruikelijke aantal behandelingen 'afhankelijksmakend' zou zijn.
- Ondanks het feit dat er geen definitief antwoord is op eventuele kostenbesparing, zijn er onlangs twee nieuwe studies verschenen met aanwijzingen dat manipulaties juist kostenbe-

sparend lijken te zijn. Naar onze mening is op basis van beschikbare onderzoeksresultaten het gebruik van manipulaties bij (acute) lage-rugklachten te rechtvaardigen. Uiteraard is meer (goed) onderzoek nodig, hetgeen momenteel internationaal volop gedaan wordt.

Uiteraard is ook de NCA zeer geïnteresseerd in verder onderzoek. Wij zullen dan ook graag meedenken over richtlijnen en willen ons waar mogelijk inzetten voor goed onderzoek op dit gebied.

C.E. Pfeifle

Wetenschapscommissie, Nederlandse Chiropractoren Associatie

Naschrift

De belangrijkste bevinding bij onze vergelijking van de nationale richtlijnen voor het beleid bij lage-rugpijn in vier landen was de grote inhoudelijke overeenkomst ervan ten aanzien van de diagnostische en therapeutische aanbevelingen.¹ Wij vonden slechts enkele verschillen, onder andere over de plaats van manipulaties van de wervelkolom in het beleid bij acute lage-rugpijn. In de NHG-Standaard Lage-Rugpijn worden manipulaties niet zinvol geacht in de acute fase.² In de drie andere richtlijnen is er wel plaats voor manipulaties in de acute fase, hoewel er geen eenduidigheid is over het meest geschikte tijdstip van interveniëren. De verschillen tussen de aanbevelingen in de richtlijnen worden waarschijnlijk bepaald doordat het huidige wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van manipulaties in de acute fase niet afdoende is.

Pfeifle interpreteert de literatuur anders dan de auteurs van de NHG-Standaard Lage-Rugpijn en dat is natuurlijk zijn goed recht. Hierover is reeds uitgebreid gediscussieerd in eerdere correspondentie.^{3,4} Het lijkt niet nodig om de discussie hier nogmaals te herhalen. De literatuur waarop de NHG-standaard is gebaseerd, alsmede de relevante literatuur die sinds de publicatie ervan is verschenen, geven ons inziens geen aanleiding om de standaard op dit punt te herzien.

Gaarne ondersteunen wij het pleidooi van Pfeifle voor nader goed wetenschappelijk onderzoek op het onderhavige terrein. Ook ondergetekenden willen zich daar graag voor inzetten.

Bart Koes
Maurits van Tulder

1 Koes BW, Van Tulder MW. Het beleid bij lage-rugpijn. Een vergelijking van nationale richtlijnen uit vier landen. Huisarts Wet 1998;41:57-61.

2 Faas A, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. Huisarts Wet 1996;39:18-31.

3 Pfeifle CE, Rubinstein SM. Samenvatting van de Standaard 'Lage-Rugpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1327-8.

4 Koes BW, Faas A, Van der Laan JR, Thomas S. Samenvatting van de Standaard 'Lage-Rugpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1328.

5 Pfeifle CE, Rubinstein SM. Samenvatting van de Standaard 'Lage-Rugpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1780-81.

6 Koes BW, Thomas S. Samenvatting van de Standaard 'Lage-Rugpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1781.

H&W

Literatuurinformatie

Publicaties in *Huisarts en Wetenschap* zijn op vier wijzen achterhaalbaar:

- Via de *jaarregisters*. Abonnees ontvangen jaarlijks in januari of februari het register over de afgelopen jaargang.
- Via de *cumulatieve registers* 1957-1971, 1972-1991 en 1992-1996. Deze registers bevatten overzichten naar auteur, thema en trefwoord. Te bestellen bij het bureau van het NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.
- Via het *elektronisch register* 1957-1997. Zoeken van artikelen is mogelijk op titel, auteur en trefwoorden. Voor dit register is een personal computer vereist, in combinatie met het *indexprogramma* van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De instapprijs voor abonnees bedraagt NLG 97,50. Voor andere particulieren is dat NLG 125,-, voor instellingen NLG 150,-. De jaarlijkse updates kosten respectievelijk NLG 45,-, NLG 65,- en NLG 90,-. Te bestellen bij Intermedia bv, klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum, Antwoordnummer 10154, 2400 VB Alphen a/d Rijn.
- Via de *documentatieservice* van H&W. De prijs van een zoekopdracht bedraagt NLG 5,- per trefwoord of A4, met een minimum van NLG 15,- (exclusief verzendkosten). Aan te vragen bij het redactiesecretariaat, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.

Overgewicht aanstaande moeder

Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 1998;338:147-52.

Wolfe H. High prepregnancy body-mass-index – a maternal-fetal risk factor [Editorial]. *N Engl J Med* 1998; 338: 191-2.

Wat is het effect van de Quetelet-index van de moeder voordat ze zwanger werd, op het risico van laat-foetale dood, vroege neonatale dood, partus prematurus en het krijgen van een dysmatuur kind?

In Zweden, waar alle gegevens over zwanerschap en geboortes centraal worden bijgehouden, waren er in 1992 en 1993 van ruim 167.000 vrouwen gegevens bekend over hun Quetelet-index (QI) van voor de zwangerschap. Deze vrouwen werden ingedeeld in vier groepen: mager (QI <20), normaal (QI 20-25), te zwaar (QI 25-30) en met obesitas (QI >30).

Het risico op laat-foetale dood nam toe naarmate de QI toenam. Vergeleken met de magere groep was het relatieve risico in de normale groep 1,2 (95%-BI 0,9-1,7), in de te zware groep 1,6 (95%-BI 1,1-2,3) en in de obese groep 2,6 (95%-BI 1,7-3,8). Dit risico veranderde niet als men de gewichtstoename tijdens de zwangerschap erbij betrok. Vrouwen met een normaal of te zwaar gewicht hadden een iets kleinere kans op een partus prematurus dan magere vrouwen.

Voor primigravidae was de stijging van het risico op laat-foetale dood bij toename van de QI sterker dan bij multigravidae. Voor obese primigravidae werd het relatieve risico 4,3 (95%-BI 2,0-9,3). Vroege neonatale dood kwam tweemaal zo vaak voor bij obese primigravidae dan bij magere vrouwen (RR 2,5, 95%-BI 0,9-6,4). De kans op een dysmatuur kind werd juist iets kleiner naarmate de vrouw een hogere QI had voor de zwangerschap. De risico's waren onafhankelijk van het al dan niet hebben van hypertensie of diabetes.

Als vrouwen met een QI >25 vóór een zwangerschap zouden afvallen tot een QI 20-25, dan zou het aantal laat-foetale doden dalen met 11 procent (dit natuurlijk alleen als de relatie tussen het gewicht van de moeder voor de zwangerschap en het optreden van laat-foetale dood een causale relatie zou zijn, hetgeen hier niet bewezen is – *ref.*). Afvallen van alle vrouwen tot een QI <20 zou dan zelfs een daling van 27 procent geven. Opgemerkt moet worden dat deze getallen alleen gelden voor ontwikkelde landen, waar magere vrouwen toch voldoende voedingsvoorraad hebben voor een gezonde ontwikkeling van de foetus.

In het *editorial* worden ook nog studies aangehaald waarin is aangetoond dat obesitas bij

de moeder de kans op aangeboren afwijkingen bij het kind eveneens vergroot. Zo is er een relatief risico van 2,6 voor het krijgen van een kind met een spina bifida bij een QI >31. Ook andere afwijkingen, zoals aan de grote vaten, het hart of de darmen komen vaker voor.

Germa Joppe

Achtergronden keelpijn

Little P, Williamson I, Warner G, et al. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 1997;314:722-7.

De discussie over diagnostiek en behandeling bij keelpijn is nog niet gesloten. Uit placebogecontroleerde studies blijkt dat antibiotica zelden geïndiceerd zijn. Het is echter de vraag of resultaten uit dubbelblind onderzoek generaliseerbaar zijn naar de dagelijkse praktijk, waar arts en patiënt zich wél bewust zijn van de therapie. Dat was de aanleiding tot deze open gerandomiseerde studie.

Er werden 716 patiënten ingesloten. Allen hadden keelpijn en afwijkingen bij onderzoek. Groep 1 (246 patiënten) kreeg 10 dagen penicilline; groep 2 (230 patiënten) kreeg geen therapie; groep 3 (238 patiënten) kreeg 10 dagen penicilline als de symptomen drie dagen na het eerste consult niet waren verbeterd. Het klacht-enverloop en de tevredenheid werden met behulp van een dagboek en een telefonische enquête vervolgd.

Er was geen significant verschil tussen de drie groepen wat betreft het totaal aantal ziekte-dagen, het aantal mensen dat na drie dagen klachtenvrij was en het aantal dagen ziekteverzuim. Ook de tevredenheid verschilde niet tussen de drie groepen. In alle groepen correleerde de tevredenheid na het consult met de duur van de ziekte. De direct met antibiotica behandelde groep had een significant kortere periode met koorts (1 dag versus 2 dagen in de andere groepen).

Het grootste verschil tussen de groepen was het vertrouwen in antibiotica. In groep 1 dacht 87 procent van de patiënten dat penicilline effectief was. Zij verbonden hieraan het voornemen bij een volgende episode van keelpijn opnieuw de huisarts te consulteren. Dit was significant minder in de beide andere groepen (55 en 60 procent). Uit de enquête bleek dat legitimatie van de ziekte ten opzichte van werk, school, familie en vrienden de belangrijkste reden was om de arts te consulteren. De mate waarin de arts hier op inging, correleerde sterk met de tevredenheid van de patiënt.

De conclusie is dat psychosociale factoren een belangrijke rol spelen om bij keelpijn een

arts te consulteren. Het voorschrijven van antibiotica heeft geen effect op de ernst en de duur van de ziekte, maar wel op het geloof in antibiotica en toekomstige consulten. De tevredenheid en de duur van de ziekte worden daarentegen wel beïnvloed door aandacht te schenken aan de onderliggende psychosociale factoren.

Sjoerd Hobma

Bronchusverwijders bij kinderen

Simons FER and the Canadian beclomethasone dipropionate-salmeterol xinafoate study group. A comparison of beclomethasone, salmeterol, and placebo in children with asthma. *N Engl J Med* 1997;337:1659-66.

Bij 241 kinderen (gemiddeld 9 jaar, range 6-14 jaar) met een 'matig ernstig' astma werd een gerandomiseerd, dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar de mogelijke rol van langwerkende bèta-2-sympathicomimetica. Geen van de kinderen had tevoren ooit langer dan een maand inhalatiecorticoïden gebruikt, alle patiëntjes waren klinisch stabiel en de longfunctie was 6 uur na het staken van medicatie minimaal 70 procent van normaal. De kinderen werden verdeeld in drie groepen, die gedurende een jaar respectievelijk tweemaal daags beclomethason 200 mcg, tweemaal daags salmeterol 50 mcg (Serevent) of placebo inhaleerden.

Het belangrijkste eindpunt was het effect op de hyperreactiviteit, maar ook werd gekeken naar de longfunctie, de peakflow die 's morgens en 's avonds zelf door de deelnemers werd bijgehouden, de noodzakelijke 'escape-salbutamol', bijwerkingen en lengtegroei. Alle kinderen werden na bepaling van de uitgangswaarden maandelijks en twee weken na het staken van de medicatie onderzocht.

Beclomethason gaf gedurende de gehele onderzoeksperiode een significante vermindering van de hyperreactiviteit vergeleken met placebo. Dit effect was twee weken na het staken van deze therapie verdwenen. Salmeterol gaf geen verandering van de hyperreactiviteit, ook geen toename na het staken van de toediening. De longfunctie (FEV1) en de peakflow verbeterden bij beide groepen significant ten opzichte van placebo; bij salmeterol was de avond peakflow beter dan bij beclomethason. In de beclomethasongroep was de lengtegroei significant lager dan in de beide andere groepen; het verschil was gemiddeld ruim 1 cm.

De uitstekende effectiviteit van beclomethason wordt ook in dit onderzoek bevestigd, maar dit gaat ten koste van enkele centimeters lengtegroei. Salmeterol heeft dit nadeel niet, het is een goede luchtwegverwijder, weliswaar zon-

der effect op hyperreactiviteit, maar ook zonder reboundverschijnselen na staken. Nadelige effecten zijn niet aan het licht gekomen.

In de desbetreffende NHG-standaard is geen plaats voor langwerkende bèta-2-sympathicomimetica.

Jet van Leeuwen

Vitamine D

Thomas MK, Lloyd-Jones DM, Thadhani RI, et al. Hypovitaminosis D in medical inpatients. *N Engl J Med* 1998; 338:777-83.

Utiger RD. The need of more vitamin D [Editorial]. *N Engl J Med* 1998;338:828-9.

Om na te gaan hoe frequent gebrek aan vitamine D voorkomt, werd bij 290 patiënten die in maart en september 1994 werden opgenomen op een interne afdeling, een gerichte anamnese van hun leefgewoonten, voedingspatroon, en geneesmiddelen- en vitaminegebruik afgenomen. Daarnaast werd 25-hydroxivitamine D in het bloed bepaald. Deze stof is een goede indicator voor de vitamine-D-verzadiging van het lichaam.

De gemiddelde leeftijd van de opgenomen patiënten was 62 jaar en 80 procent was blank. Slechts 4 procent van hen werd uit tehuizen opgenomen. Tweederde van de patiënten had hypertensie of een coronaire aandoening; de rest leed vooral aan COPD of pneumonie.

Het bleek dat 57 procent van de patiënten een gebrek aan vitamine D had; 22 procent had een ernstig tekort. Bij analyse van de gegevens bleek dat onvoldoende opname van vitamine D, gebrek aan ultraviolet licht (patiënten die in maart opgenomen of aan huis gekluisterd waren), leeftijd >65 jaar, vrouwelijk geslacht, lijden aan een chronische darm-, lever- of nieraandoening, het gebruik van anti-epileptica, rifampicine of corticosteroïden moesten worden beschouwd als risicofactoren. Onvoldoende vitamine-D-opname of gebrek aan ultraviolet licht waren verantwoordelijk voor 59 procent van de gevallen waarin een gebrek aan vitamine D werd vastgesteld. Een combinatie van andere risicofactoren was bij 9 procent van de patiënten oorzaak van hun vitaminegebrek. Maar zelfs in een subgroep van 77 patiënten die geen enkele risicofactor had, werd bij 42 procent een vitaminegebrek gevonden, vooral bij patiënten met hypertensie en diabetes mellitus.

In zijn *editorial* merkt de schrijver op dat alle eerdere onderzoeken waren uitgevoerd bij

oude, meestal vrouwelijke bewoners van rust- of verpleeghuizen. Bij dit onderzoek waren patiënten van 19 tot 80 jaar betrokken en namen meer mannen dan vrouwen deel. Wel ging het om ziekenhuispatiënten, geen doorsnee van de normale bevolking. Uit de gegevens concludeert hij dat de thans aanbevolen hoeveelheid vitamine D (20 IE voor personen van 19-50 jaar, 300 IE voor personen van 51-65 en 400 IE voor personen >65 jaar) nog aan de lage kant is, zeker als er risicofactoren aanwezig zijn. Ook uit zijn twijfels over de juistheid van de hoeveelheid vitamine D die volgens het etiket aan bepaalde voedingsmiddelen is toegevoegd. Hij beveelt aan naast vitamine D ook extra calcium te gebruiken en de dosis te verhogen tot 800-1000 IE. Vitamine-D-intoxicatie is pas bij dagelijks gebruik van minstens 2400 IE te vrezen.

H.G. Frenkel-Tietz

Screening op mammacarcinoom

Elmore JG, Barton MB, Morceri VM, et al. Ten years risk of false positive screening mammograms and clinical breast examination. *N Engl J Med* 1998; 338:1089-96.

Sox HC. Benefit and harm associated with screening for breast cancer [Editorial]. *N Engl J Med* 1998; 338:1145-6.

Een grote werknemersverzekering (ongeveer 300.000 deelnemers) bood vanaf juli 1983 aan alle vrouwelijke verzekerden van 40-69 jaar de mogelijkheid zich tweejaarlijks te laten screenen op mammacarcinoom. De vrouwen konden zelf beslissen of zij een mammogram (n=9762) of een deskundig uitgevoerde mammapalpatie (n=10905) wensten. Hierdoor konden 26667 vrouwen gedurende tien jaar tweejaarlijks onderzocht worden.

Van deze vrouwen had 24 procent in de loop van de tien jaar één maal een fout-positief mammogram en 13,5 procent één maal een fout-positieve mammapalpatie. In deze gevallen moest een vervolgonderzoek plaatsvinden om een mammacarcinoom uit te sluiten. In de onderzoeksperiode werden in totaal 88 mammacarcinomen gevonden: bij 58 vrouwen door een afwijkend mammogram, bij 7 vrouwen door een afwijkende palpatie, en bij 23 vrouwen die zelf tussen de screeningsperiodes een maligniteit in hun borst ontdekten.

Uit het *editorial* blijkt dat mammografie de kans op sterfte aan mammacarcinoom bij vrouwen >50 jaar met 25 procent vermindert. Voor de jongere leeftijdsgroep is het effect niet duidelijk.

delijk. De schrijver beveelt derhalve aan in het screeningsprogramma alleen vrouwen >50 jaar te betrekken. Een fout-positief mammogram betekent niet alleen extra kosten, maar ook een grote psychische belasting voor de gescreende vrouwen.

Het is derhalve aan te raden dat de huisarts met zijn patiënte bespreekt vanaf welke leeftijd een mammascreening aan te raden is en dat zij op de mogelijkheid van fout-positieve uitslagen wordt gewezen.

H.G. Frenkel-Tietz

Drie tijdperken zult gij baren

Roers J, Wood, McCandlish R. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchinbrooke randomised controlled trial. *Lancet* 1008:351:693-9.

Keirse MJNC. What does prevent postpartum haemorrhage? *Lancet* 1998;351:690-2.

Behoort het potentieel riskante nageboortetijdperk actief (profy lactisch ocytocine, snel afnemen en de placenta geboren laten worden) of afwachtend te worden begeleid? Om dit te onderzoeken werden 1512 gezonde vrouwen bij wie geen fluxusproblemen te verwachten waren, at random ingedeeld voor een van beide methoden. Het bloedverlies in het derde tijdperk bleek bij een actief beleid significant lager te zijn dan bij een afwachtend beleid (respectievelijk 6,8 en 16,5 procent). De conclusie van dit onderzoek is dat een actief beleid de voorkeur verdient, maar dat de zwangere zelf, na tijdens de prenatale zorg objectief voorgelichte te zijn, moet kunnen meebeslissen hoe de nageboorte zal worden geboren.

Keirse voorziet dit onderzoek van commentaar. Volgens hem is in de praktijk reeds bewezen dat een actief beleid de voorkeur geniet. Hij vraagt zich af hoeveel trials nog nodig zijn, voordat men algemeen overtuigd is van de voordelen van een profylactische oxytocineinjectie. Bovendien betreurt hij het dat in deze trial de combinatie oxytocine-ergometrine vier maal zo vaak werd gebruikt als uitsluitend oxytocine. Dit was zeker de oorzaak van een hoger percentage klachten over braken en hypertensie bij een actief beleid. In de niet-klinische setting is volgens hem de keuze niet moeilijk: altijd een actief beleid. Verdere onderzoeken naar de te prefereren gedragslijn lijken volgens hem meer op pogingen een geloof te rechtvaardigen dan het streven naar een werkelijk noodzakelijk onderzoek.

M. Sanders

Cervixscreening in de huisartspraktijk

Palm I, Kant A. General practice-based call system for cervical cancer screening: attendance rate, participation of women with higher risk and quality assurance [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1997; 112 bladzijden. ISBN 90-9010818-1.

Promotie: 8 september 1997.

Promotores: prof.dr. C. van Weel,

prof.dr. G.P. Vooijs;

copromotor: dr. W.J.H.M. van den Bosch.

Bespreking: dr. T. Drenthen.

Dit onderzoek ontstond rond de start van de herziene opzet van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in 1989. Er was zorg over enkele mogelijke tekortkomingen van het nieuwe systeem. De scheiding van organisatie (GGD) en uitvoering (huisartspraktijk) zou leiden tot een lage deelname en geringe effectiviteit. Een nadeel van het GGD-uitnodigingssysteem was dat vrouwen die om medische redenen (recente uitstrijk of uterusextirpatie) niet in aanmerking komen, toch een uitnodiging ontvangen. Dit is inefficiënt en ook onnodig verwarrend en irritant voor de betreffende vrouwen. Daarnaast was er geen mogelijkheid om non-respondentes opnieuw uit te nodigen. Tenslotte ontbrak een koppeling tussen het PA-lab en de huisarts, wat de follow-up bij afwijkende uitslagen belemmerde.

De zorg over de effectiviteit van het screeningsprogramma was voor de promotores aanleiding om, samen met het NHG, het initiatief te nemen tot het 'Nijmeegs cervixproject'. Hierin is een uitnodigingssysteem ontwikkeld, waarin vrouwen door hun huisarts werden uitgenodigd voor een uitstrijk in het kader van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. De centrale vraag was welk effect het uitnodigen door de huisarts heeft op de deelname en beschermingsgraad, vergeleken met een uitnodiging vanuit de gemeente/GGD. Deelvraagstellingen betroffen de uitvoerbaarheid van het huisarts-uitnodigingssysteem in de huisartspraktijk, de follow-up van afwijkende uitslagen en de cytologische kwaliteit van de uitstrijken. Het proefschrift bevat negen gepubliceerde artikelen, waarvan zeven in internationale tijdschriften. Het onderzoek bestrijkt de periode 1989-1994.

Het huisarts-uitnodigingssysteem

In 1989 werd het huisarts-uitnodigingssysteem in drie pilotpraktijken ingevoerd en geëvalueerd. De vrouwen die in aanmerking kwamen voor een uitstrijk, werden uitgenodigd door de eigen huisarts via een standaard-uitnodigingsbrief met het verzoek een afspraak voor een uitstrijk te maken. Vrouwen die niet reageerden, werden na enkele weken opgebeld. De uitstrijkjes werden verricht door de praktijkassistenten. In drie controlepraktijken werden de vrouwen uitgenodigd door de GGD.

Dit systeem is, na de geslaagde pilot, uitgebreid tot tien Nijmeegse huisartspraktijken. In de praktijken waar huisartsen zelf de vrouwen opriepen, bedroeg de opkomst, inclusief reminder, 64 procent; in de rest van de regio, waar het landelijk oproepsysteem werd gehanteerd, nam 43 procent van de vrouwen deel. De 'beschermingsgraad' (opkomst en niet uitgenodigd vanwege uterusextirpatie of een recent uitstrijkje) bedroeg in de zelf oproepende praktijken 91 procent.

Uit een enquête onder alle huisartsen in de regio Nijmegen bleek de meerderheid van de huisartsen (91 procent) bereid te zijn tot deelname aan een dergelijk systeem, onder voorwaarde van centrale coördinatie, administratieve en praktische ondersteuning, en stimulering van automatisering. Op grond van de positieve uitkomsten werd dit systeem in 1994 in de gehele RHV-regio Nijmegen geïmplementeerd. De coördinatie, waaronder het matchen van de bestanden van huisartsen en gemeenten, werd verricht door de onderzoeksters.

Na een jaar werd de uitvoerbaarheid van het systeem onderzocht. Van de 99 aangeschreven huisartspraktijken kwamen alleen de 70 geautomatiseerde praktijken in aanmerking. Hiervan waren er 56 bereid tot deelname; uiteindelijk deden 35 praktijken mee aan het project. In deze praktijken werd een opkomst bereikt van 48 procent zonder en van 58 procent met reminder, en een beschermingsgraad van 84 procent. De invoering van het uitnodigingssysteem gaf in weinig praktijken problemen. De betrokkenheid van huisartsen bij het oproepen leidde tevens tot verbeteringen in de praktijkorganisatie, zoals het inschakelen van de assistente bij het maken van uitstrijken.

Deelname van hoog-risicogroepen

Er zijn aanwijzingen dat de deelname van vrouwen met een hoger risico op cervixcarcinoom lager is. Via een vragenlijstonderzoek werd nagegaan of er een verschil is in seksuele risicofactoren en rookgedrag tussen vrouwen die wel en die niet hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek.

Onder de non-respondentes bleken meer vrouwen met beide risicofactoren voor te komen dan onder de vrouwen die wel hadden deelgenomen. De aantallen waren te klein om harde conclusies over het verschil in risicoprofiel te kunnen trekken. Uit het onderzoek naar de effecten van uitnodigen door de huisarts op de deelname van vrouwen uit risicogroepen bleek het uitnodigen door de huisarts te leiden tot een extra verhoging van de opkomst onder vrouwen met een hoger risico op baarmoederhalskanker. Van de vrouwen met een hoger risico (seksuele risicofactoren en roken) was de opkomst bij vrouwen die door de huisarts werden uitgenodigd, 28 procent hoger dan bij het landelijke oproepsysteem. Ook was de opkomst onder vrouwen met een laag opleidingsniveau hoger in de zelf oproepende praktijken.

Kwaliteitsbewaking

Het laatste deel van het proefschrift gaat in op de kwaliteitsbewaking. In de huisartspraktijken die zelf uitnodigden, bleek de deelname aan follow-up bij vrouwen bij wie de eerste uitslag afwijkend was, hoger dan in de praktijken die niet bij het uitnodigen betrokken waren: 93 versus 82 procent. Uit de evaluatie van de uitstrijkjes door huisartsen en praktijkassistenten bleek dat de kwaliteit van de uitstrijken door de assistentes niet onderdeed voor die van de huisartsen; gemiddeld 18 procent van de uitstrijken was kwalitatief onvoldoende. Door training en ervaring in het maken van uitstrijkjes daalde dit percentage bij de praktijkassistenten binnen een jaar van 25 naar 13 procent.

Het proefschrift eindigt met een beschouwing, met als belangrijkste conclusie dat een grotere betrokkenheid van huisartsen bij het uitnodigen van vrouwen leidt tot een hogere deelname en grotere efficiency van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. De auteurs bepleiten een grotere rol van huisartsen bij de nieuwe opzet van het bevolkingsonderzoek, dat vanaf 1996 onder de verantwoordelijkheid van regionale samenwerkingsverbanden valt.

Commentaar

Een belangrijke verdienste van het onderzoek is de ontwikkeling van het huisarts-uitnodigingssysteem, dat inmiddels in verschillende regio's wordt toegepast. Dit onderzoek over een regionaal project heeft een grote landelijke beleidsrelevantie. Veel van de ervaringen en aanbevelingen zijn, mede op basis van het eindrapport uit 1994, opgenomen in de herziene opzet van het bevolkingsonderzoek. In die zin is het proefschrift achterhaald door de actualiteit. Inmiddels is bijna de helft van de Neder-

In de rubriek *Forum* worden vooral proefschriften besproken. De auteurs van deze werken worden uitgenodigd een korte reactie te geven, maar zijn hiertoe uiteraard niet verplicht.

landse huisartsen betrokken bij het (herinnings)uitnodigen van vrouwen voor een uitstrijk.

Resten twee kritiekpunten. Allereerst de selectieve deelname van huisartsen aan het uitnodigingssysteem. De onderzoeksgroep is zeker niet representatief, omdat alleen de geautomatiseerde en meest gemotiveerde huisartsen hebben deelgenomen. De nogal stellig geformuleerde conclusie dat oproepen door de huisarts tot een circa 25 procent hogere deelname leidt dan een uitnodiging door de GGD, geldt niet zonder meer voor de rest van het land. Uit grootschaliger onderzoek binnen het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk' blijkt dat het 'Nijmeegs model' niet zonder meer reproduceerbaar is. Een tweede kritiekpunt betreft de leesbaarheid. Doordat het proefschrift bestaat uit artikelen over verschillende fasen van het project, bevat het veel herhalingen. Er zit veel overlap in de beschrijving van methoden en resultaten van de diverse deelonderzoeken.

Ondanks deze tekortkomingen is het een belangwekkend en lezenswaardig proefschrift met een grote relevantie voor het huidige bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en het LHV/NHG-preventiebeleid. De heldere beschrijving van het huisarts-uitnodigingssysteem en de positieve effecten ervan zijn van nut voor de huisartsen(regio's) waar nog discussie plaatsvindt het al of niet oproepen door huisartsen.

Ton Drenthen

Burnout

Van Dierendonck D. Balancing give and take. An equity approach to burnout [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997; 171 bladzijden. ISBN 90-393-1348-2.

Promotie: 24 januari 1997.

Promotoren: prof.dr. W.B. Schaufeli, prof.dr. A.P. Buunk.

Bespreking: M. Hugenholtz, huisarts te Huizen.

In dit proefschrift worden de resultaten beschreven van onderzoek naar de etiologie van burnout bij hulpverleners. De auteur, een arbeids- en organisatiepsycholoog, beschrijft in zijn inleiding burnout als een reactie op langdurige stress, die specifiek is voor beroepen waarin met mensen gewerkt wordt. De term refereert aan het opraken van energie, doordat meer energie wordt verbruikt dan wordt aangeemaakt. Een veel gebruikt meetinstrument voor burnout is de Maslach Burnout Inventory. Met deze vragenlijst worden de drie belangrijkste bestanddelen van burnout gemeten: emotione-

le uitputting, depersonalisatie (een negatieve, harde of overmatig afstandelijke houding ten opzichte van cliënten) en verminderde persoonlijke bekwaamheid.

Vervolgens wordt de 'billijkheidstheorie' van Adams besproken: uitgangspunt hiervan is de opvatting dat mensen hun investeringen in en opbrengsten uit een relatie altijd vergelijken met de investeringen en opbrengsten van een ander. Die ander kan de andere partij in de relatie zijn, of iemand die zich in een soortgelijke situatie bevindt, bijvoorbeeld collega's. Gesteld wordt dat deze theorie ook geldig is voor de asymmetrische relatie tussen hulpvrager en hulpverlener.

Adams ontwikkelde een formule waarmee de ervaren billijkheid van een persoon in een relatie berekend kan worden. Er is sprake van onbillijkheid in relaties waarin de persoon zich bevoordeeld of benadeeld voelt. Een onbillijke relatie zal tot ongenoegen leiden, waarna men gaat proberen om de balans te herstellen. Hiervoor kunnen verschillende strategieën worden gebruikt: veranderen van de input, proberen de uitkomsten te veranderen, proberen op een andere manier aan te kijken tegen eigen investeringen en uitkomsten, acties richten op de 'vergelijkingspersoon' of een ander werkgebied zoeken. Veel van deze strategieën zijn voor hulpverleners echter niet geschikt. Een alternatieve strategie is dan het ontwikkelen van een negatieve attitude jegens de cliënt.

Deze negatieve attitude is nu een kernsymptoom van burnout. Verschillende onderzoekers hebben al verbanden gelegd tussen de ongelijke verhouding tussen investeringen in werk en de uitkomsten als een belangrijke contribuerende factor aan het ontstaan van burnout.

In het proefschrift komen vier onderzoeksonderwerpen aan de orde:

- De ontwikkeling van een betrouwbaar meetinstrument voor burnout.
- Onderzoek naar een methode om ervaren billijkheid bij hulpverleners te meten en de relevantie van de billijkheidstheorie voor burnout bij hulpverleners.
- Causale verbanden tussen ervaren onbillijkheid en het ontstaan van burnout, zowel wat betreft de relatie tussen hulpverlener en hulpvrager, als wat betreft de relatie tussen hulpverlener en de organisatie waarbinnen het werk plaatsvindt.
- De effecten van een burnout-interventieprogramma.

Het onderzoek werd verricht met behulp van vragenlijsten in verschillende populaties van hulpverleners: 670 verpleegkundigen, 570 huisartsen, 110 therapeuten uit de forensische psychiatrie, 190 groepsleiders uit de zwakzin-

nigenzorg en 150 medewerkers van een verpleeghuis.

Een aangepaste Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory werd door Van Dierendonck gevalideerd bij 670 verpleegkundigen. Burnout bleek goed te onderscheiden van aanverwante aandoeningen als werkstress of depressie. In twee andere onderzoeksgroepen werd billijkheid gemeten en werd het verband onderzocht tussen ervaren billijkheid en het niveau van burnout, zowel in de hulpverlener-cliëntrelatie als in de relatie van hulpverlener tot werkorganisatie. In de relatie met de cliënt bleken hulpverleners die zich licht benadeeld voelden het laagste niveau van emotionele uitputting te hebben. Emotionele uitputting nam toe bij sterke benadeling of bevoordeling. Kennelijk is het in de hulpverlener-cliëntrelatie een natuurlijk gegeven dat de hulpverlener wat meer geeft dan hij terugkrijgt. In de relatie hulpverlener-organisatie bleken hulpverleners die zich sterk bevoordeeld of benadeeld voelden, juist minder last te hebben van depersonalisatie en een betere persoonlijke bekwaamheid te bezitten. Veel ondersteuning door de organisatie (bevoordeeld) leidt tot een goed gevoel en dus tot goed presteren. Anderzijds zullen hulpverleners die zich sterk benadeeld voelen door hun organisatie, zich zoveel mogelijk afzijdig houden van die organisatie en al hun aandacht richten op het cliëntgerichte werk.

De auteur verrichtte ook een longitudinaal onderzoek, waarin op twee meetmomenten met een jaar tussenpoos werd gekeken naar ervaren billijkheid en burnout. Uit deze studie bleek dat het waarschijnlijker is dat billijkheid burnout beïnvloedt dan andersom.

Tot slot besteedt de auteur een hoofdstuk aan de evaluatie van een burnout-interventieprogramma. In dit onderzoek bleken de deelnemers aan het programma van vijf dagdelen minder last te hebben van emotionele uitputting en ziekteverzuim dan de controlegroep.

Huisartsen

Een aparte plaats in het proefschrift neemt hoofdstuk 3 in, dat handelt over het onderzoek naar burnout bij huisartsen. Hierin rapporteert de auteur een deel van de uitkomsten van het onderzoek dat hij in 1992 bij het Nivel verrichtte onder een steekproef van 560 huisartsen. De onderzoeksvraag hier was of belastende patiëntencontacten leiden tot gevoelens van onbillijkheid en vervolgens tot burnout verschijnselen. Daarbij vroeg de auteur zich af wat de rol was van ervaren sociale steun bij het ontstaan van burnout. Alle drie dimensies van burnout kwamen vaker voor bij huisartsen dan bij een

vergelijkbare groep verpleegkundigen. Er bleek sprake te zijn van een negatieve cirkel waarin belastende patiëntencontacten via gevoelens van onbillijkheid leidden tot emotionele uitputting. Op uitputting volgde depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. Deze negatieve attitude bleek weer tot meer belastende patiëntencontacten te leiden. Huisartsen die een groter aantal belastende patiëntencontacten opgaven, ondervonden minder sociale steun van collega's en partner. Meer sociale steun bleek samen te gaan met minder uitputting. Mogelijk vinden gestresste huisartsen het moeilijk om steun te zoeken, omdat zij zich daarvoor generen of omdat ze bang zijn niet competent gevonden te worden. Een andere verklaring is dat individuen die last hebben van stress niet aantrekkelijk zijn voor anderen om te ondersteunen of aandacht te geven.

Van Dierendonck komt tot de conclusie dat het billijkheidsprincipe een deel van de verklaring vormt voor het ontstaan van burnout. Hij plaatst hierbij een aantal kanttekeningen. Er zijn meer sociale uitwisselingsprocessen die een rol spelen in de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Naast billijkheid kunnen bijvoorbeeld ook de behoefte van het individu aan gelijkwaardigheid of aan procedurele rechtvaardigheid van belang zijn. Verder is het niet alleen van belang wat hulpverleners terugkrijgen voor hun investeringen, maar ook de manier waarop. De auteur heeft in zijn onderzoek de individuele eigenschappen van de hulpverleners buiten beschouwing gelaten.

Uit het longitudinale onderzoek komt een beeld naar voren over het ontstaan van burnout. Het lijkt alsof burnout in een korte periode van enkele dagen tot weken ontstaat. Kennelijk blijven deze hulpverleners jaren lang op een bepaald niveau functioneren, waarbij ze steeds meer energie verbruiken om zich te blijven aanpassen. Vrijwel ongemerkt of door henzelf ontkend komen ze in een stadium van een voortdurend energietekort terecht. Een vervelend voorval op het werk of thuis, dat extra inspanning vergt, kan dan tot een vrij acute crisis-situatie leiden.

Het proefschrift bestaat grotendeels uit een aantal onderzoeksartikelen, wat door de onvermijdelijke herhalingen de leesbaarheid niet ten goede komt. Ook door het type onderzoek is het geen proefschrift geworden dat veel huisartsen met plezier zullen doorlezen. Wel levert het een aantal interessante inzichten op over de mechanismen van het ontstaan van burnout. De gevolgen van burnout komen we geregeld in de spreekkamer tegen en als beroepsgroep zijn we er zelf kennelijk extra gevoelig voor.

De beschreven mechanismen zullen voor veel huisartsen herkenbaar zijn. Zo zal menig huisarts hebben ontdekt dat bepaalde patiëntenproblematiek voor de vakantie moeilijker te hantieren is dan daarna, en dat de vermoeide huisarts meer belastende patiëntencontacten heeft dan de uitgeruste. Mogelijk geeft de door vermoeidheid ontstane negatieve attitude patiënten het gevoel dat ze worden afgewezen, wat vervolgens weer tot negatieve reacties van patiënten kan leiden.

De auteur toonde het verband aan tussen ervaren onbillijkheid en het ontstaan van burnout. Waar die onbillijkheid echter precies voor staat, blijft onduidelijk. Waarom ervaren sommige hulpverleners meer onbillijkheid dan andere hulpverleners die precies hetzelfde werk doen? Is het ervaren van onbillijkheid niet veeleer een persoonsgebonden factor, passend bij een bepaalde karakterstructuur? Nu ook door de LHV en het NHG gestart is met een programma om burnout bij huisartsen te voorkomen, zou het interessant zijn om het antwoord op deze vragen te weten.

Marjolijn Hugenholtz

Reactie

Ik wil de mogelijkheid van een reactie graag benutten door een aantal punten uit mijn onderzoek te benadrukken die met name van belang zijn voor huisartsen.

Een eerste punt is dat duidelijk voor huisartsen de lastige patiëntcontacten het meest belastend zijn, en dan met name die contacten die door hen als oneigenlijke hulpvragen worden ervaren. Mijn onderzoek laat duidelijk zien dat deze contacten in belangrijke mate bijdragen aan burnout. Onlangs is deze bevinding ook longitudinaal bevestigd: huisartsen die in 1991 meer lastige patiëntcontacten hadden, bleken in 1996 meer opgebrand. Dit benadrukt het belang voor huisartsen van goede patiëntcontacten. In ons onderzoek van 1991 hebben we ook huisartsen geïnterviewd om te weten te komen hoe zij met hun dagelijkse stress omgingen. Het bleek dat die huisartsen die beter hun eigen grenzen in de gaten hielden en hun praktijk dienovereenkomstig inrichtten, meer plezier hadden in hun werk en minder burnout ervoeren.

Hugenholtz vraagt zich af wat onbillijkheid nu precies is. Dat is moeilijk precies te beantwoorden, omdat onbillijkheid een sterk subjectief karakter heeft. Het beste is onbillijkheid te vertalen als een gevoel van onrechtvaardigheid.

Dit subjectieve karakter roept onmiddellijk

de vraag op in hoeverre onbillijkheid dan niet een onderdeel is van de karakterstructuur. Mijns inziens is dit onwaarschijnlijk. Mijn onderzoek in een TBS-kliniek en onder groepsleiders werkzaam in dagverblijven en tehuizen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten laat zien dat de omgeving duidelijk van invloed is op de ervaren onbillijkheid: hoe lastiger de mensen met wie men werkt, des te meer onbillijkheid wordt ervaren. Wel laat ander onderzoek zien dat de impact van deze onbillijkheid op de ervaren burnout afhankelijk is van de persoonlijke instelling. Hoe meer een persoon gericht is op wederkerigheid in de relatie met patiënten ('niets voor niets') hoe sterker deze persoon gestrest zal raken bij onbillijkheid. Zo bleek dat alhoewel mannelijke en vrouwelijke huisartsen vergelijkbare niveaus van onbillijkheid ervoeren, dit voor de mannen veel belastender was dan voor de vrouwen.

Tot slot wil ik erop wijzen dat mijn evaluatie onderzoek laat zien dat burnout geen doodlopende weg hoeft te zijn, zoals lang gedacht is. Ik ben dan ook verheugd te lezen dat de LHV en de NHG bezig zijn met een programma om burnout onder huisartsen te voorkomen. Tenslotte is het daar allemaal om begonnen.

D. van Dierendonck

Ingrijpende gebeurtenissen

Nieboer AP. Life-events and well-being. A prospective study on changes in well-being of elderly people due to a serious illness event or death of the spouse [Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen]. Amsterdam: Thesis, 1997. ISBN 90-5170-430-5.

Promotie: 23 september 1997.

Promotores: prof.dr. S.M. Lindenberg, prof.dr. J. Ormel.

Bespreking: dr. P.M. Verbeek-Heida, socioloog.

Hoe komt het dat het verlies van de (functionele capaciteit van de) partner op sommige ouderen een heel ander effect heeft dan op andere? Het is een vraag die zeker huisartsen zal aanspreken, omdat zij bij uitstek betrokken zijn bij het optreden van ziekte en dood bij de relaties van ouderen.

Het onderzoek van Nieboer maakt deel uit van het Nestor Ouderen Onderzoek Groningen. Van meer dan 5000 mensen boven de 57 jaar zijn allerlei basisgegevens beschikbaar, waaronder diverse metingen van hun welbevinden.¹ Voor dit onderzoek werden ouderen benaderd van wie via de huisarts bekend was geworden dat hun partner was overleden of

was getroffen door een hartinfarct, heupbreuk, hersenbloeding of hartfalen. Deze mensen – die dus al eens vóór het incident waren geïnterviewd – werden drie maanden na het incident en ruim een jaar later opnieuw geïnterviewd, zodat het proces van verwerking kon worden gevolgd. De auteur stelt in dit verband met nadruk dat het onderzoek niet gericht was op het vaststellen van het welbevinden van de onder-vraagden, maar op de *veranderingen* daarin.

Zij maakt daarvoor gebruik van de 'sociale productie functie'-theorie (SPF) van Lindenberg. Deze theorie gaat ervan uit dat mensen er alles aan zullen doen om welbevinden te krijgen of te behouden, en dat zij hiervoor hulpbronnen, sociale contacten of bijvoorbeeld een goede gezondheid nodig hebben. De SPF kan helpen bij het voorspellen van de condities waaronder het welzijn van mensen zal worden aangetast als zij worden geconfronteerd met ingrijpende gebeurtenissen rond hun partners. De theorie biedt ook een stramien om zeer gerichte hypothesen te formuleren.

In het methodologische hoofdstuk wordt uit de doeken gedaan welke gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld. Allereerst wordt de selectie van de respondenten beschreven, met een nauwkeurige verantwoording van respons en non-respons. Tevens gaat de onderzoekster uitgebreid in op de talrijke schalen die zijn gebruikt ter operationalisering van de vele begrippen. Het aantal items dat aan de respondenten – enerzijds de centrale verzorgenden, anderzijds de verweduwen – werd voorgelegd is zeer groot te noemen.

Uitkomsten

Respondenten met een partner die een hartinfarct, hersenbloeding, gebroken heup of hartfalen hebben meegemaakt, ervaren met name een vermindering in welbevinden door beperkingen in hun eigen belangrijke activiteiten. Een afname in de functionele capaciteit van de partner leidt tot een verlies in productiecapaciteit van de respondent. Dit verlies geeft een afname in welbevinden, geheel in overeenstemming met de SPF. Het verlenen van zorg leidt niet noodzakelijkerwijs tot een lager niveau van welbevinden. Ook moet worden vermeld dat het verliesperspectief en het welbevinden grotendeels worden bepaald door hulpbronnen en productiecapaciteit van de respondenten vóór het incident. Mensen met een hoger inkomen en een hogere productiecapaciteit, een betere fysieke conditie, een groter netwerk en/of meer sociale steun en activiteiten hadden een minder sterk verliesperspectief na de gebeurtenis.

De gevolgen van het verlies van een partner zijn ernstiger dan die van het ziek worden van

de partner. Op korte termijn is er een grote achteruitgang van welbevinden, vooral bepaald door de mate waarin partner-afhankelijke activiteiten zijn verstoord. Ook hier bleek de intensiteit van het verliesperspectief sterk beïnvloed door de hulpbronnen die de mensen hadden vóór het verlies. Mensen met een sterk verliesperspectief vlak na het overlijden van de partner bleken na verloop van tijd minder herstel van hun welbevinden te hebben.

De theoretische benadering van de SPF bleek uitermate geschikt te zijn om de wederzijdse afhankelijkheden te bestuderen en om de gevolgen die deze afhankelijkheden hebben voor de betekenis van de gebeurtenis en voor de verandering in welbevinden van mensen te analyseren, aldus de onderzoekster. De mate van afhankelijkheid voordat de gebeurtenis plaats vond, speelt een grote rol in het zorgverlenings- en verweduwingsproces.

Commentaar

Het sterke punt van het onderzoek is gelegen in het prospectieve follow-up karakter en het gebruik van de 'sociale productie functie'-theorie (met extra aandacht aan de wederzijdse afhankelijkheid van mensen) voor het formuleren van de hypothesen. Het onderzoek past in een duidelijke onderzoekslijn en draagt bij aan de theorievorming van het SPF-model. Mede daardoor is dit een fraai proefschrift geworden. Enkele opmerkingen kunnen uiteraard niet uitblijven.

Hoewel het zeker niet de bedoeling van de onderzoekster is, kan de nadruk op het herwinnen van de productiecapaciteit bij ouderen die zo'n ernstige gebeurtenis hebben ervaren, leiden tot een zeker moralisme. Hoe sneller ouderen weer normaal meedoen en het gewone leven weer oppakken, des te beter voor henzelf, en zeker voor de samenleving. Het doet wat denken aan de structureel-functionalistische visie van rechten en plichten in de 'sick role'-theorie van Parsons.

Een tweede bezwaar vind ik het grote aantal metingen en vragen dat de respondenten moesten ondergaan. De ouderen mochten hun verhaal wel vertellen, maar hun taak was antwoord te geven op de vele vragen die zij kregen voorgelegd. De betrokkenheid van de onderzoekster bij de verhalen van haar respondenten is buiten kijf. Zij geeft daarvan blijk in stelling 3: 'Reviving the loss of one's spouse during the follow-up interview very often caused participants to start crying. Keeping up appearances and giving socially desirable answers no longer seem to play a role when people are overwhelmed by emotion. When confronted with a dramatic loss there seems to be only one story to

tell, what really happened and what it meant to people.' Het is jammer dat de onderzoekster die verhalen slechts als subjectief beschouwt en van mening is dat analyse van die verhalen geen wetenschappelijke inzichten kan opleveren. Dat is op zijn minst curieus; er zijn vele methodologische boeken die laten zien hoe dit materiaal wél kan worden gebruikt voor onderzoek en theorievorming.

Het onderzoek is met name voer voor onderzoekers. De huisarts die geïnteresseerd is in het onderwerp, zal wellicht minder tevreden zijn over de toegankelijkheid van het proefschrift. De onderzoekster slaagt er wel zeer goed in uit de veelheid van bevindingen heldere conclusies te trekken en haar aanbevelingen duidelijk naar voren te brengen. Zij roept met name huisartsen (en anderen die professioneel te maken hebben met deze ouderen) op meer aandacht te besteden aan de centrale verzorger en deze te stimuleren eigen activiteiten en hobbys niet aan de kant te schuiven, omdat het dan voor hen later, bijvoorbeeld na het verlies van een partner, extra moeilijk wordt die activiteiten te hervatten.

P.M. Verbeek-Heida

1 Kempen GJLM, Ormel J, redactie. Dagelijks functioneren van ouderen. Assen: Van Gorcum, 1996.

Reactie

Naar mijn mening sluiten veel van mijn onderzoeksresultaten goed aan bij de huidige aanpak van huisartsen. Zo is het devies om bezig te blijven, de draad weer op te pakken, essentieel voor het herstelproces van mensen die hun partner zijn verloren. Zoals sommige mensen aangaven tijdens het interview, helpt het om te horen dat je je activiteiten voort kunt zetten en dat je je niet schuldig hoeft te voelen als je, naast het gemis van je partner, ook ruimte hebt voor positieve ervaringen. Dit leidt direct tot het eerste bezwaar van Verbeek-Heida. Zij suggereert dat de bevindingen leiden tot moralisme. Immers, hoe sneller ouderen weer normaal meedoen, des te beter het is voor henzelf, maar ook voor de samenleving. Het is echter niet de bedoeling geweest om de intensiteit van het verdriet van mensen te ontkennen of weg te redeneren. Integendeel, in het begin van het boek heb ik geprobeerd te beschrijven dat het ernstig ziek worden of overlijden van de partner bijna altijd als verdrietig en stressvol wordt ervaren. Toch zijn er zeer grote verschillen in hoe hard mensen getroffen worden en hoe hun herstelproces verloopt.

Door gebruik te maken van een theoretisch

model dat universele behoeften van mensen als uitgangspunt neemt (sociaal en fysiek welbevinden), en na te gaan in hoeverre de hulpbronnen en activiteiten die nodig zijn om deze behoeften te vervullen afhankelijk zijn van de partner, is het mogelijk om te laten zien welke mensen kwetsbaar zijn en waarom. Het 'recht' om verdrietig te zijn wordt dus niet betwist. De resultaten laten juist zien dat, naast het verdriet dat men heeft, er ook ruimte kan zijn voor positieve gevoelens als gevolg van het continueren van belangrijke activiteiten.

Als de suggestie gewekt is dat er alleen maar gehuild werd tijdens de interviews, dan is dit ten onrechte. Er werd ook gelachen. Een mens is meer dan zijn of haar verdriet, ook al voelt dat soms niet zo. Mensen raken soms zo verstrikt in een verliesperspectief, dat zij niet meer kunnen zien wat er nog wel is. Naast de dingen die men deelde met de partner, zijn er vaak andere manieren waarop mensen welbevinden realiseerden. Als zij in staat zijn deze activiteiten en contacten met anderen vast te houden, dan zijn ze minder kwetsbaar. Dat er desondanks sprake is van verlies dat gepaard gaat met verdriet, is niet strijdig met het idee dat substitutie eveneens mogelijk is. En dat is gemakkelijker als men niet in een eerdere fase alle contacten heeft verwaarloosd en belangrijke bezigheden, naast de zorg voor de partner, aan de kant heeft geschoven.

Een tweede bezwaar betreft de herhaalde metingen (in totaal drie interviews) en het grote aantal vragen dat respondenten moesten beantwoorden. Hoewel de interviews gemiddeld twee uur in beslag namen en dus behoorlijk intensief waren, bleken de respondenten de gesprekken over het algemeen als erg positief te ervaren. Sommige respondenten gaven tijdens de evaluatie aan het eind van het interview aan dat zij het 'wel wat lang' hadden gevonden, maar dit heeft niet geleid tot een negatieve beoordeling van het interview. Dit blijkt eveneens uit het feit dat er vrijwel geen uitval was tussen het eerste en het tweede interview na de gebeurtenis.

Tenslotte is het een misverstand dat de subjectieve, persoonlijke verhalen van mensen geen wetenschappelijke inzichten op zouden leveren. In het vierde hoofdstuk is dan ook gebruik gemaakt van de uitspraken van de respondenten om een vollediger beeld te geven van het verhaal achter de variabelen. Deze kwalitatieve gegevens ondersteunen de bevindingen die met behulp van de kwantitatieve onderzoeksmethoden naar voren zijn gekomen. De nadruk lag echter op het kwantitatieve deel van het onderzoek en niet zozeer op een meer explorerende, kwalitatieve methode die wel-

licht nog andere concepten opgeleverd zou hebben die een rol spelen in het zorg- en verweidingsproces. Deze theoriegestuurde, kwantitatieve aanpak heeft ertoe geleid dat we nu over een model beschikken dat een aanzienlijk deel van de verschillen tussen mensen in de gevolgen van het ziek worden of overlijden van de partner verklaart.

Anna Petra Nieboer

Attitude-ontwikkeling

Batenburg V. Medical students' attitudes. Attitude development in a medical school [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997; 255 pagina's.

Promotie: 29 april 1997.

Promotor: prof.dr. R.A. de Melker.

Bespreking: dr. C.J. IJzermans.

De attitudevorming onder medische studenten staat de laatste jaren – mede onder impuls van het Raamplan 94 – weer meer onder de aandacht. Zo heeft de landelijke werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs, waarvan de promovendus lid was, zich een jaar lang expliciet met dit onderwerp beziggehouden.

Vaak gestelde vragen bij dit type onderwijs zijn: 'Is een attitude te vormen en zo ja, hoe?', 'In hoeverre is de attitude van een persoon verweven met zijn/haar karakter en eventueel alleen wat bij te sturen?', 'Moeten en/of kunnen attitudes expliciet worden aangeleerd, of impliciet, zoals door voorbeeldgedrag van een leermeester?', en tenslotte: 'Kan/moet attitudevorming worden getoetst?' Met name de laatste vraag is momenteel onderwerp van discussie in Amsterdam (AMC-UvA), waar men voornemens is om onmiddellijk na het eerste co-schap de attitude te toetsen, met als ultieme sanctie dat voortgang van de opleiding ontraden of, zo mogelijk, verboden wordt. Zo ver gaat men aan de andere faculteiten geneeskunde in Nederland nog niet. De plannen geven echter aan dat aan de attitudes van aanstaande artsen een groot belang wordt toegekend.

Batenburg hanteert de inmiddels alweer twintig jaar oude definitie van Fishbein & Ajzen: attitude is het totaal van opvattingen, gevoelens en geneigdheid tot handelen ten opzichte van een bepaald 'object' (een patiënt).

Een duidelijke probleemstelling ontbreekt; het proefschrift is opgebouwd uit een aantal al dan niet gepubliceerde tijdschriftartikelen en ieder hoofdstuk heeft derhalve een eigen vraagstelling. Als centrale doelstelling geldt

het beschrijven van de attitude-ontwikkeling van medische studenten van de faculteit geneeskunde in Utrecht. Welke attitudes vertonen deze studenten feitelijk? Wat is de uitkomst van medisch onderwijs in termen van de attitudes van studenten? Draagt medisch onderwijs bij aan de ontwikkeling van 'patient-centered' attitudes? Om deze doelstelling en de bijbehorende vragen te beantwoorden werden twee series studies uitgevoerd.

Cursusevaluaties

Deze eerste serie bestaat uit drie artikelen/hoofdstukken.

Het eerste hiervan is een evaluatiestudie naar de effecten van een korte cursus gespreksvoering, waarbij simulatiepatiënten werden ingezet. Speciale aandacht werd gegeven aan de problemen die studenten kunnen hebben bij de eerste anamnese die zij afnemen en bij de eerste gesprekken met patiënten die zij voeren. De studenten vulden na afloop vragenlijsten in (n=250). Hoewel de cursus hoog werd gewaardeerd, bleek hij slecht aan te sluiten bij de toenmalige opleiding (onderzoek uit 1982!) en hadden studenten vooral moeite om een patiëntgerichte aanpak te combineren met een diagnostische benadering.

Het tweede artikel beschrijft de introductie in het Algemeen Co-schap van een programma van zes bijeenkomsten waarbij geoefend werd om de anamnese af te nemen en om te praten met patiënten. Ook tien jaar later werd deze vernieuwde cursus hoog gewaardeerd door de studenten (n=115), met name de ontvangen feedback en de aangeleerde structuur en systematiek van de anamnese.

Het derde artikel beschrijft het succes van verplichte terugkombijeenkomsten aan het eind van – later halverwege – de co-schappen. Een drietal thema's kwam aan bod: het hantieren van eigen emoties, de spanning tussen distantie en betrokkenheid en de spanning leerling-hulpverlener. Ook deze cursus werd goed gewaardeerd, met name voor onderlinge herkenning en steun (n=108), ook al gaven de studenten aan niet veel te hebben gehad aan het bespreken van moeilijke situaties en de eigen aanpak daarbij.

Attitudemetingen

In het eerste van deze serie van vier artikelen/hoofdstukken worden de resultaten gepresenteerd van een transversaal onderzoek onder vier jaarcohorten (n=455) naar het beroepsbeeld 'de ideale arts'. Op het continuüm cure-care-gerichte kenmerken bleken de studenten neutraal tot licht neigend naar care te antwoorden. In tegenstelling tot de verwachting ver-

toonden ouderejaars meer care-kenmerken dan jongerejaars. Geheel naar de traditionele verwachting vertoonden vrouwelijke studenten meer care-kenmerken dan mannelijke.

Het volgende artikel gaat in op de vraag of professionele attitudes veranderen tijdens het curriculum en dan met name wat betreft de 'humaniteit' (patiëntgericht en met een psychosociale oriëntatie op ziekte). Vier jaarcohorten studenten (n=489) vulden attitudeschalen in: de Dokter-patiëntschaal en de Sociale context-schaal. Er bleek gedurende de opleiding, kort gezegd, niets te veranderen en de auteur zoekt vervolgens, vergeefs, naar bewijs voor deze onverwachte bevinding.

In het derde artikel wordt de hamvraag beantwoord: dragen trainingen in gesprekstechniek en attitude bij aan de attitudevorming van medische studenten? De schalen uit de twee voorafgaande artikelen (die als pilot-studies golden) worden ingezet bij onderzoek naar de invloed van de cursus arts-patiëntcommunicatie op de attitudes van derde- en vierdejaars studenten (n=302). Er werd een voor-, een na- en een follow-upmeting gedaan. De cursus bleek nauwelijks invloed te hebben op de attitudes van de studenten.

In het laatste artikel van de tweede serie is de vraag of professionele attitudes gerelateerd zijn aan sekse en/of medisch specialisme onderwerp van onderzoek. Daartoe wordt de 'patient-centeredness' van huisartsen en chirurgen in opleiding (n=68) en van gevorderde co-assistenten (n=120) die voor deze specialismen kiezen onderzocht. Zoals verwacht waren (toekomstige) huisartsen meer 'patient-centered' dan (toekomstige) chirurgen. Tegen de verwachting in was er geen verschil tussen co-assistenten en assistenten in opleiding voor hetzelfde specialisme.

Het proefschrift wordt afgesloten met twee hoofdstukken:

- een handleiding voor het opzetten van attitude-onderwijs, geschreven door drie leden van de al eerder genoemde interfacultaire werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs, met name gebaseerd op ervaringen in Maastricht en aan de UVA/AMC;
- het slothoofdstuk, waarin de auteur vooral probeert te laveren tussen de positieve bevindingen uit de onderzoeken van de eerste serie en de negatieve bevindingen van de tweede serie.

Commentaar

Het belang van het proefschrift is, zoals al eerder gesteld, duidelijk. Er worden mooie aanzetten gedaan, maar de gebruikte methoden en de

operationalisering van het begrip attitude laten na lezing een onbevredigd gevoel achter.

In november 1997 verscheen het rapport van de commissie Onderwijsvisitatie Geneeskunde onder verantwoordelijkheid van de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten. Hierin wordt voor de opleiding geneeskunde van de Universiteit Utrecht geconstateerd dat '... het kritisch leren kijken naar het eigen handelen, het leren omgaan met patiënten en het aanleren van een goede 'attitude' onvoldoende aan bod komen. De studenten geven nadrukkelijk aan deze vaardigheden te missen.' Ook reeds afgestudeerden meldden dat deze vaardigheden in het curriculum te weinig aandacht kregen. Deze kritiek legt de vinger op enkele zwakke plekken in dit proefschrift:

- Alleen de Utrechtse studentenpopulatie werd onderzocht. De faculteit geneeskunde van de Universiteit Utrecht heeft een sterk biomedische signatuur en is daarin maar met een enkele andere Nederlandse faculteit vergelijkbaar. Het is voor mij niet te begrijpen waarom de auteur, die blijkbaar al 25 jaar onderzoek naar medisch onderwijs doet, nooit een multicentered studie heeft uitgevoerd. Het zou met name interessant geweest zijn de Utrechtse studenten qua attitude te vergelijken met Maastrichtse en/of Groningse. Niet alleen zouden de resultaten dan veelzeggender en beter generaliseerbaar geweest zijn; er had ook een inhoudelijk statement gemaakt kunnen worden naar de Utrechtse bestuurders en veel eerder dan de visitatiecommissie dat deed.

- Gezien de opmerkingen van de visitatiecommissie is er toch iets vreemds aan de hand met de interpretatie van de positieve bevindingen van de serie artikelen over cursusevaluaties. De presentatie van de drie artikelen maakt het de lezer moeilijk om niet meer gewicht toe te kennen aan de uitspraken van de commissie. Er wordt niet of nauwelijks vermeld hoe de vragenlijsten op grond waarvan de resultaten werden geformuleerd, zijn uitgedeeld en ingezameld. In mijn ervaring maakt het daarbij veel uit of dat tijdens een practicum gebeurde – in aanwezigheid van een betrokken docent – of dat de lijsten werden opgestuurd en anoniem konden worden geretourneerd. Sociale wenselijkheid ligt bij de eerste vorm van inzameling meer op de loer. In de artikelen staat niet alleen niets over de gevolgde procedure, ook de aantallen worden niet toegelicht. Er staan keurig aantallen vermeld, maar hoeveel studenten de lijst niet invulden en wat voor 'types' dat waren, blijft een raadsel.

- Een derde probleem is het bijna gelijkschakelen van attitude-ontwikkeling en training in gespreksvoering. Ik zal niet de enige zijn die

artsen kent met een uitstekende attitude, maar met een belabberde gesprekstechniek. Het omgekeerde komt zelfs nog vaker voor. De beschreven cursusevaluaties betreffen steeds onderwijs in gespreks- en anamnesetraining, terwijl de interpretaties op het niveau van de attitude worden gedaan. De eerder beschreven vragen bij de doelstelling van dit proefschrift gaan dan ook nog eens over de relatie tussen attitude-ontwikkeling en het medisch onderwijs (als geheel). En dan is er meer dan gesprekstechniek: een goede leermeester tijdens een klinische demonstratie of de manier van omgaan met elkaar op snijzaal of als co-assistent in de kliniek bijvoorbeeld.

- Rest nog de vraag of de instrumenten waarmee de attitudes gemeten werden, wel de juiste waren. De auteur vermeldt dat ze elders succesvol waren en dat betrouwbaarheid en validiteit adequaat waren. Dat zegt niet genoeg. Als een instrument de 'psychosociale oriëntatie op ziekte' bij studenten meet, wat meet je dan? In dit licht is het merkwaardig dat de pilot-studies (hoofdstukken 5 en 6) niets opleveren en dat vervolgens bij het centrale onderzoek hetzelfde instrumentarium wordt gebruikt (hoofdstuk 7).

Tenslotte een tweetal opmerkingen die niet gerelateerd zijn aan de kritiek van de visitatiecommissie.

Er is indrukwekkend veel literatuur gelezen en kort aangestipt. Maar nergens wordt kritisch op de resultaten en met name op de gebruikte methoden ingegaan. In negen bladzijden 100 verwijzingen is op deze manier 'l'art pour l'art'.

De opzet van het onderzoek was in alle gevallen transversaal. Het is jammer dat er niet minstens een longitudinale studie tussenzit. Dat vindt de auteur blijkbaar zelf ook, want zij schrijft bijvoorbeeld 'The expression of humanness, (...) in students' attitudes appears to remain unchanged during the course of six years of medical education.' Dat is het soort conclusie dat niet mag worden getrokken uit cross-sectioneel onderzoek. 'Er waren geen verschillen tussen de cohorten eerste-, tweede-, vierde- en zesdejaars studenten' had er kunnen staan, en dat is alles.

Toen ik met het lezen van dit proefschrift begon, verheugde ik mij erop 'the state of the art' van de attitude-ontwikkeling bij medische studenten te lezen. Dat viel tegen. Het pleit voor de auteur dat zij in het laatste hoofdstuk aangeeft dat zij zelf een aantal van de hierboven gesignaleerde beperkingen heeft gezien. In die zin is dit ook een dapper proefschrift: zo veel

onverwachte resultaten en dan proberen eruit te komen; dat is vast niet meegevallen. De geïnteresseerde docent raad ik aan het aardige hoofdstuk 'Het binnenste buiten', over attitude-onderwijs en hoe dat op te zetten, door te lezen.

C.J. IJzermans

Reactie

Attitude is lange tijd een onderbelicht onderwerp geweest, maar krijgt sinds kort expliciet erkenning als belangrijk aspect van zorgverlening. De invloed van de Utrechtse opleiding op de attitudes van de studenten is nu in kaart gebracht. Bovendien worden praktische handvatten voor de opbouw van attitude-onderwijs gegeven. De recensent heeft echter, naar zijn zeggen, ook de vinger gelegd op enkele zwakke plekken in het proefschrift. Deze zouden vooral de onderzoeksmethodiek betreffen: het ontbreken van een studie onder studenten van andere faculteiten en de onvolledigheid in de beschrijving van meetprocedures. Ook over de juistheid van de instrumenten en de zelfkritiek op de resultaten heeft hij vragen. Ik vraag mij op mijn beurt af, of de vinger van de recensent wel over voldoende tastzin beschikte en of het gerechtvaardigd is om deze conclusies te trekken. Ik baseer dat op het volgende.

Bij de diverse studies zijn, zoals gezegd, twee soorten meetinstrumenten gebruikt: cursusevaluaties en attitudeschalen. Om met de laatste te beginnen: de attitudeschalen zijn nieuw ontwikkeld en nog niet eerder gebruikt. De schaal die patiëntgerichtheid meet, is in 1988 gepubliceerd naar aanleiding van een studie onder Britse studenten en artsen. Deze schaal, evenals de nieuwe schalen voor care- en psychosociale gerichtheid, moesten nog gevalideerd worden bij Nederlandse studenten en aanstaand artsen.

Een belangrijk deel van het onderzoekswerk bestond dus uit het verzamelen van gegevens over validiteit en betrouwbaarheid van de attitudeschalen. Als er een meetresultaat uitkomt, moet men daarop immers kunnen vertrouwen. In de loop van de verschillende studies bij de Utrechtse onderzoeksgroepen is gebleken, dat de schalen voldeden. Het is een goed gebruik dat dit eerst aangetoond wordt, voordat dergelijke meetinstrumenten elders of op grotere schaal ingezet worden. Daarom is ervoor gekozen, nog geen metingen bij andere faculteiten te verrichten.

Verder stelt IJzermans, dat nergens kritisch op de resultaten en methoden wordt ingegaan. Hieraan is echter een heel hoofdstuk gewijd (pp. 172-187) met een uitgebreide, kritische

beschouwing, die handelt over de verdiensten en beperkingen van de gehanteerde procedures en resultaten. Bovendien staan per studie in de beschouwing kritische kanttekeningen vermeld, bijvoorbeeld de beperking van de transversale opzet ten opzichte van een longitudinale, maar ook de consistentie in de resultaten van de verschillende studies. Zo berust de slotconclusie van de stabiliteit in attitudes van Utrechtse studenten niet alleen op transversale metingen van verschillende jaarklassen, maar ook op de resultaten van een studie bij twee jaarklassen in een meer longitudinale opzet van voor- en nameting plus follow-up een half jaar later.

Dat de beschrijving van de onderzoeksprocedure bij cursusevaluaties niet zo onvolledig is als de recensent stelt, blijkt uit de bladzijden 46/47 en 55, waar te lezen is dat alles strikt anoniem en schriftelijk gebeurde met behulp van voorgedrukte vragenformulieren. Een simpele rekensom met de hier vermelde gegevens over studentenaantallen toont een responspercentage van gemiddeld 93 procent voor de twee evaluatiestudies. Ook de kwestie van de sociale wenselijkheid wordt besproken. Deze is nooit geheel uit te sluiten maar wel te minimaliseren; de onderzoekstechnische maatregelen die daartoe getroffen zijn, staan in het beschouwende slothoofdstuk.

Het attitude-onderwijs dat bestudeerd werd, bestond niet alleen uit gespreksvoeringscursussen, maar betrof ook een expliciete attitude-cursus. Dit is beschreven in het hoofdstuk over de Terugkomdag tijdens de co-schappen; deze cursus droeg bij aan bewustwording van het eigen functioneren.

Ik ben het zeer met de recensent eens dat attitude-onderwijs meer omvat dan gespreksvoering. Inzicht in de eigen attitude en in het effect daarvan op de zorg kan op veel meer manieren bereikt worden, bijvoorbeeld door supervisie. In de Utrechtse biomedische situatie bestaat echter nog nauwelijks een traditie van attitude-onderwijs in bredere zin, zoals ook terecht geconstateerd is door de visitatiecommissie, hoewel dat in de nabije toekomst gaat veranderen met de plannen voor een nieuw curriculum.

Attitude is een complexe materie en aan attitude-onderwijs zit veel vast. Het eerste Nederlandse proefschrift op dit gebied problematiseert en verdiept het onderwerp dan ook en levert nog geen pasklare oplossingen. Bij de lezer die geïnteresseerd is in 'the state of the art' borrelen daardoor nieuwe vragen op. Dit is alleen maar gunstig voor de voortgang van de discussie over attitude-onderwijs aan de medische faculteiten.

V. Batenburg

Mededelingen voor de Agenda in nummer 12 (november) moeten op uiterlijk 8 oktober in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Systematic reviews: evidence for action

Baltimore, MD, USA, 22-26 oktober.

6th International Cochrane Colloquium.

Inlichtingen: Courtesy Associates, Washington DC, VS; tel. 001-202.973.8685; fax 001-202.331.0111; e-mail kgillesp@CourtesyAssoc.com; website <http://www.cochrane.org>.

Psychosociale factoren en ziekteprogressie bij kanker en aids

Rotterdam, 23 oktober.

Symposium Helen Dowling Instituut voor Biopsychosociale Geneeskunde. Inlichtingen bij het secretariaat; tel. 010 2411010, fax 010 2411000; e-mail hdi@hdi.nl.

Research on infectious diseases and immunization in general practice

Kreta, 23-25 oktober.

Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW). Inlichtingen: Hanny Prick, tel. 043 3882319.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 12 november.

Workshop Dutch Cochrane Centre. Inlichtingen en aanmelding: Ingrid van Wijngaarden-Parsan, Dutch Cochrane Centre, J-2-221, Academisch Medisch Centrum, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; tel. 020 5665602; fax 020 6912683; e-mail: Cochrane@AMC.UVA.NL.

Kiezen & delen?! Differentiatie en specialisatie in de huisartspraktijk

Maastricht, MECC, 27 november.

NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, tel. 030-2881700.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 11 maart en 9 juni 1999.

Workshop Dutch Cochrane Centre. Inlichtingen en aanmelding: Ingrid van Wijngaarden-Parsan, Dutch Cochrane Centre, J-2-221, Academisch Medisch Centrum, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; tel. 020 5665602; fax 020 6912683; e-mail: Cochrane@AMC.UVA.NL.

WONCA Europe Regional Conference 2000

Wenen, 2-6 juli 2000.

Inlichtingen: Gerda Maierhofer, Wiener Medizinische Akademie, Alser Strasse 4, A-1090 Wien; tel. +43 1 405138310; fax +43 1 405138323.

■ betekent: eerste vermelding.