

Bemoeilijkt mictie

Witjes WPJ. Micturation variables in the assessment and treatment of patients with lower urinary tract symptoms [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1997.

Promotie: 21 mei 1997.

Promotor: prof.dr. F.M.J. Debruyne;

copromotor: dr. J.J.M.C.H. de la Rosette.

Bespreking door: A.J. Gercama, huisarts te Rijsenhout.

Sinds een aantal jaren staat de aanpak van klachten zoals in de NHG-Standaard Bemoeilijkt Mictie bij Oudere Mannen worden behandeld, bij urologen sterk in de belangstelling. Vooral door de opkomst van alternatieven voor chirurgische therapie in de vorm van medicamenten en manipulaties aan prostaat en urethra is het van groot belang te weten of de klachten inderdaad samenhangen met door de prostaat veroorzaakte afwijkingen in het ontledingsmechanisme van de blaas. Daarnaast is er grote behoefte om klachten en afwijkingen te objectiveren om zo evaluatie van de verschillende behandelingsmethoden mogelijk te maken. Deze belangstelling heeft onder meer geleid tot een bijzondere WHO-consensusbijeenkomst over dit onderwerp in 1993.

Bij het objectiveren van klachten maakt men in urologische kring graag gebruik van symptom scores, waarbij men aan de door de patiënt ervaren klachten een bepaalde waarde toekent en deze vervolgens omrekenet tot een score. Bij het objectiveren van afwijkingen maakt men bij voorkeur gebruik van urodynamische onderzoeksmethoden, waarbij men met behulp van catheters onder wisselende condities drukken registreert in het verloop van de lagere urinewegen en tevens meet hoeveel urine per tijdseenheid passeert (druk-flowonderzoek).

In de NHG-standaard wordt – met uitzondering van de behandeling met alfablokkers – geen uitspraak gedaan over het eventuele gebruik van de nieuwere therapievormen, zoals ballondilatatie van de urethra, thermotherapie, lasercoagulatie, plaatsen van intra-urethrale dilatatieprothesen (stents). De in dit proefschrift vermelde resultaten zouden de huisarts kunnen informeren welke patiënten met welke klachten het meest baat kunnen hebben van deze behandelingsmethoden.

Probleem-, doel- en vraagstelling

Het proefschrift bestaat uit elf artikelen, waarvan er tien zijn gepubliceerd of binnenkort zullen verschijnen in toonaangevende urologische tijdschriften.

De aangesneden onderwerpen zijn divers. Grofweg gaat het om drie aandachtsgebieden.

In het eerste deel gaat het om onderzoek waarin het verband tussen klinische symptomen (mictieklachten) en verschijnselen (prostaatgrootte) enerzijds en de uitkomsten van druk-flowonderzoek anderzijds is nagegaan.

In het tweede deel is de betrouwbaarheid en validiteit van een al bestaande vorm van urine-flowmeting verbeterd door het toepassen van computeranalyses van de resultaten en instructie voor gebruik door de patiënt thuis. Urine-flowmeting verhoudt zich tot urodynamisch onderzoek als piekflowmeting tot longfunctieonderzoek: het geeft informatie over de hoeveelheid urine die een patiënt in een bepaalde tijdseenheid kan lozen, maar niet over de condities waaronder dit plaatsvindt. Zo kan bij voorbeeld een patiënt met een forse obstructie toch een behoorlijke flow realiseren door de blaas flink aan te spannen.

In het derde deel zijn de resultaten van verschillende behandelingsmethoden gecontroleerd met behulp van druk-flowonderzoek. Zo is gekeken naar het effect van 'niets doen' ('gecontroleerd afwachten'), van een alfablokker en van andere chirurgische of manipulatieve technieken.

Methoden

Voor de verschillende onderzoeken werd gebruik gemaakt van wisselende patiëntengroepen. Het onderzoek naar de samenhang tussen klinische verschijnselen en symptomen en de uitkomsten van druk-flowonderzoek was – net als het onderzoek met de alfablokker – opgezet als een internationale multicenter-trial. Voor het onderzoek naar het gebruik van de 'thuis-flowmeter' werden patiënten met mictieklachten van de eigen polikliniek uitgenodigd. Het vergelijkend onderzoek naar het effect van de verschillende behandelingsmethoden werden uitgevoerd bij groepen patiënten uit het eigen bestand. De keuze voor een bepaalde behandelingsvorm was overgelaten aan de behandelend arts en de patiënt. Wanneer bij urodynamisch onderzoek obstructie van de blaasuitgang was aangetoond, werd de patiënt een meer 'invasieve' therapie (bijvoorbeeld lasercoagulatie in plaats van 'afwachten') geadviseerd. Aan het totaal werd nog een groep Engelse patiënten toegevoegd, die zonder uitzondering chirurgisch waren behandeld.

Bij elk van de drie groepen onderzoeken werd druk-flowonderzoek verricht. In urologische kring geldt druk-flowonderzoek als de gouden standaard voor het objectiveren van obstructie van de blaasuitgang door de prostaat.

Resultaten

In de studie naar de samenhang tussen klinische verschijnselen en druk-flowonderzoek bleken er tussen de subgroepen per land duidelijke verschillen in klachtenpatroon te bestaan. Deze verschillen bleven bestaan wanneer gecorrigeerd werd voor mogelijke confounders als leeftijd, beroep en arbeidsverleden. Merkwaaardigerwijs waren geen gegevens verzameld over de wijze waarop de groepen per land waren geselecteerd, en de rol die de huisarts daarbij had gespeeld. Er was slechts weinig samenhang tussen de klinische verschijnselen en de uitkomsten van het druk-flowonderzoek. Wel hadden patiënten die veel hinder van hun klachten ondervonden, ook meer kans op afwijkingen bij het urodynamisch onderzoek. Ook tussen grootte van de prostaat en druk-flowonderzoek was nauwelijks samenhang.

De 'thuis-flowmeter' bleek goed te bevalen, al bleek de thuis gemeten maximum flow niet veel af te wijken van de resultaten op de polikliniek. Patiënten die volgens het druk-flowonderzoek geobstrueerd waren, plasten per mictie over het algemeen minder, maar ook weer niet zóveel minder dat op invidueel niveau kon worden vastgesteld of er al dan niet sprake was van een obstructie.

Wat betreft de studie naar de verschillende therapievormen dient te worden opgemerkt dat er zeker sprake was van selectiebias: patiënten bij wie bij druk-flowonderzoek obstructie was aangetoond, hadden een grotere kans op een meer 'invasieve' behandeling. Alle groepen verbeterden wat betreft het optreden van symptomen. Ruim een kwart van de deelnemers viel uit, doordat zij het urodynamisch controleonderzoek na 6 maanden weigerden. Patiënten die geobstrueerd waren en meer invasief werden behandeld (TURP, lasercoagulatie van de prostaat) verbeterden meer bij urodynamisch controleonderzoek dan anderen.

Patiënten die gekozen hadden voor 'gecontroleerd afwachten' en die bij urodynamisch onderzoek niet geobstrueerd waren, hadden 6 maanden later als groep minder klachten en ook hun urodynamische parameters verbeterden. Wanneer zij wél geobstrueerd waren, was er als groep na 6 maanden geen verandering in de klachten en was er bij urodynamisch onderzoek geen verslechtering.

De multicenter-trial (33 centra in 13 landen) met de alfablokker terazosine startte met 427 patiënten. Zij kregen terazosine voorgeschreven in opklimmende dosering tot de optimale dosis (in de regel 5 of 10 mg) was bereikt. Na 26 weken waren er nog 175 patiënten over; 60 waren niet evalueerbaar door protocolafwijkingen, 192 waren afgehaakt door vooral bij-

werkingen of uitblijven van effect). Deze 175 werden gerandomiseerd in twee groepen. Eén groep ging (dubbelblind) door met dezelfde dosering terazosine, de andere groep ging verder met placebo. In de placebogroep trad een significante verslechtering op ten aanzien van symptomen en maximale flow; een dergelijke verslechtering bleef uit in de groep doorging die met terazosine. Van de 45 'eigen' patiënten die aan dit onderzoek meededen, ondergingen er 33 bij het begin en na 6 maanden een urodynamisch onderzoek. Van hen waren er 22 in urodynamisch opzicht geobstrueerd. Ongeveer de helft van hen had bij het herhalingsonderzoek significant minder obstructie. Wat betreft klinische verbetering op terazosine was er geen verschil tussen patiënten die wel of niet geobstrueerd waren.

Commentaar

Wie het proefschrift doorleest raakt onder de indruk van de enorme hoeveelheid werk die door de onderzoeker samen met vele anderen is verricht. De wetenschappelijke productie in de vorm van een groot aantal artikelen is er dan ook naar. Wanneer gekeken wordt naar het uiteindelijk resultaat van al deze inspanningen, dan valt dit toch erg tegen. Gelet op de slotbeschouwing van het proefschrift, lijkt er sprake te zijn van een wenkend (of wijkend?) perspectief: de auteur blijft ervan uitgaan dat objectivering van de veronderstelde oorzaak van de klachten (een functionele obstructie van de blaasuitgang) door middel van – invasief en kostbaar – urodynamisch onderzoek is aangewezen en (in de toekomst!) zeker nuttig zal blijken. Het eigen onderzoek heeft hier echter weinig argumenten voor aangedragen. Voor zover de conclusies van de verschillende onderzoeken relevant zijn voor het beleid van de huisarts, kan worden opgemerkt dat deze de desbetreffende NHG-standaard ondersteunen. Zo blijkt ook voor de uroloog 'gecontroleerd afwachten' een alleszins redelijke optie te zijn en 'proberen of een alfablokker helpt' – ach, het baat vaak niet, maar soms soms helpt het (een beetje).

De waarde van het proefschrift ligt meer op het terrein van het wetenschappelijk onderzoek. Zo zet de auteur duidelijk kritische kanttekeningen bij de toepassing van internationale multicenter-trials voor een lastig te definiëren onderwerp als 'bemoeilijkt mictie bij ouderen'. Als men daar per land kennelijk iets anders onder verstaat en duidelijke aan de klachten gecorreleerde methoden om de diagnose te stellen ontbreken, levert een dergelijke trial een brij van gegevens op, die zich niet of nauwelijks laat interpreteren. De door de auteur ver-

der ontwikkelde 'thuis-flowmeter' is mogelijk van nut bij het bestuderen van de samenhang tussen door de patiënt ervaren klachten van bemoeilijkt mictie en het feitelijke mictiepatroon. Wanneer zo duidelijk wordt dat de patiënt echt 'reden tot klagen' heeft, wordt het voor de uroloog interessant uit te zoeken waarom de patiënt zo slecht plast en wat daar vervolgens aan gedaan dient te worden.

Dit proefschrift is meegeweest op vakantie naar Zwitserland. Tijdens de wandeling heb ik bij menige bergbeek eindeloos stenen opgepakt en weer weggegooid – steeds op zoek naar die éne prachtige steen die ik naar huis zou willen meenemen. De uiteindelijke oogst bevredigt mij als amateur-stenenraper, ook al heb ik die ene prachtige steen niet gevonden.

Voor de professionele onderzoeker naar mictieklachten bij oudere mannen wordt het misschien toch tijd de aandacht eens te concentreren op fundamentele vragen. Waarom klaagt de patiënt eigenlijk over zijn mictie? Wat hindert hem? Is er sprake van een bepaald patroon en verschilt dit van het normale? Hoe komt dat? Misschien kom je dan met met een hoeveelheid inspanning die vergelijkbaar is met de inspanning die in het kader van dit proefschrift is geleverd (inclusief de vele bijdragen van de farmaceutische industrie) dan écht een stapje verder.

A.J. Gercama

Reactie

In mijn proefschrift wordt bevestigd dat symptom scores de ernst van de lagere urinewegsymptomen meten, maar niet de oorzaak aangeven en dus ook niet de behandelend arts kunnen vertellen wat de aangewezen behandeling bij de individuele patiënt moet zijn. Dit lijkt een open deur, maar in de meeste Europese landen en met name in de Verenigde Staten worden nog steeds invasieve behandelingen voorgesteld op basis van de ernst van de klachten, zonder dat een 'objectieve evaluatie' van die klachten is verricht. En dat terwijl bekend is dat het misluktingspercentage na invasieve behandeling zonder adequate selectie ongeveer 25 procent is.

De vraag is inderdaad hoe we in de toekomst in staat zullen zijn de diagnostische evaluatie te optimaliseren, zodat direct de optimale behandeling voor de individuele patiënt kan worden geselecteerd. Voordat de diagnostiek echter geoptimaliseerd kan worden, moet eerst bepaald worden welke aspecten we primair willen en kunnen behandelen. Zijn we hoofdzakelijk geïnteresseerd in het verbeteren van sympto-

men of zijn we met name geïnteresseerd in het beïnvloeden van objectief meetbare variabelen, zoals het verminderen van obstructie van de blaasuitgang? Velen hebben getracht patiënten te selecteren die een grote kans hebben niet op invasieve behandeling te reageren. Met symptomen alleen zijn deze patiënten niet te selecteren, maar andere variabelen zoals geen evidente blaasuitgangobstructie en blaasinstabiliteit zijn in ander onderzoek duidelijk geassocieerd met een slecht resultaat na invasieve behandeling en bevestigen hiermee het nut van preoperatief druk-flowonderzoek.

In mijn proefschrift wordt aangetoond dat de symptomatische verbetering 6 maanden na de behandelingen vaakzaam afwachten, alfablokker en de minimaal invasieve behandelingen transurethrale thermotherapie, laserablatie van de prostaat en de transurethrale resectie van de prostaat niet verschilden tussen patiënten in de diverse obstructie categorieën. Terecht wordt door Gercama opgemerkt dat ook de huisarts gecontroleerd kan afwachten of kan proberen of een alfablokker helpt. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat de kans op complicaties (nierfunctiestoornis, infectie, stenen) ten gevolge van een voortdurende blaasuitgangobstructie weliswaar niet groot is, maar voor het individu toch moeilijk kan worden ingeschat. Het is duidelijk dat we bij het bepalen van de optimale behandeling niet alleen moeten afgaan op een verbetering van symptomen op de korte termijn; we zullen ons moeten richten op de duurzaamheid van de verbetering van de symptomen, symptoomgerelateerde hinder en kwaliteit van leven, op het verminderen van complicaties en op het beïnvloeden van objectief meetbare variabelen, zoals het verminderen van blaasuitgangobstructie of blaasinstabiliteit, als deze objectieve variabelen tenminste kunnen voorspellen dat de symptomatische verbetering en het uitblijven van complicaties duurzaam zijn.

Als dit laatste in de toekomst wordt bevestigd, rijst vervolgens de vraag of we dan een invasief en kostbaar urodynamische druk-flowmeting bij iedere patiënt moeten verrichten, alvorens er een (invasief) behandeladvies gegeven kan worden dan wel of we, om op de beeldspraak van Gercama terug te komen, die ene prachtige en kostbare steen moeten zien te vinden. Dit zal waarschijnlijk niet nodig zijn. Met een combinatie van objectieve niet-invasieve metingen (prostaatvolume, maximale flow, volume van het urine-residu en geplast volume) is het nu reeds mogelijk gebleken onderscheid te maken tussen groepen patiënten met en zonder blaasuitgangobstructie. Of een combinatie van objectieve niet-invasieve metingen bij de indi-

viduele patiënt voldoende sensitiviteit en specificiteit heeft om nauwkeurig een blijvend gunstig resultaat van huidige en nieuwe behandelingen te voorspellen, zal nog bevestigd moeten worden door middel van goed opgezet gerandomiseerd onderzoek. Met andere woorden: het vinden van die ene prachtige steen zal waarschijnlijk niet nodig zijn; misschien kunnen we gemakkelijker ons doel bereiken met een verzameling minder mooie stenen.

Wim P.J. Witjes

Kwaliteitsmanagement van medisch specialistische zorg

Klazinga NS. Quality management of medical specialist care in The Netherlands [dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam]. Overveen: Belvédère, 1996; 393 pagina's.

Promotie: 6 november 1996.

Promotoren: prof.dr. A.F. Casparie en prof.dr. E. Reerink.

Bespreking door: drs. C. Wagner (medisch sociologe) en dr. G. van der Wal (hoogleraar sociale geneeskunde).

In dit omvangrijke proefschrift worden de persoonlijke ervaringen van de auteur van de afgelopen twaalf jaar als wetenschappelijk medewerker van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) gecombineerd en aangevuld met empirisch materiaal over de ontwikkeling van intercollegiale toetsing en medisch specialistische richtlijnen. Gevonden mechanismen worden verklaard vanuit diverse theoretische invalshoeken. Het gaat nadrukkelijk om een exploratieve studie waarin een relatie wordt gelegd tussen de positie van de medisch specialist als lid van een beroepsgroep en als onderdeel van de ziekenhuisorganisatie enerzijds en de ontwikkeling van kwaliteitsmanagement anderzijds. Deze ontwikkeling wordt weliswaar gekenmerkt door een toenemende formalisatie van het medisch handelen, maar betoogd wordt dat de controle op dit handelen altijd bij de beroepsgroep heeft gelegen en daar nog steeds ligt.

Vraagstelling en methode

Een tweetal vragen staat in het proefschrift centraal. Ten eerste de vraag 'wat is kwaliteitsmanagement van medisch specialistische zorg?' en ten tweede de vraag 'hoe ontwikkelt het kwaliteitsmanagement zich?'. Voor het beantwoorden van deze vragen is gebruik gemaakt van literatuurstudie, documentenanaly-

se, ervaringsdeskundigheid ten aanzien van intercollegiale toetsing, richtlijnontwikkeling en integrale kwaliteitszorg en het empirisch materiaal van ruim honderd prioriteitszittingen met medisch specialisten uit 51 ziekenhuizen tussen 1977 en 1992. Daarnaast wordt de inhoud van 33 consensusrichtlijnen geanalyseerd die in de periode 1982 tot 1992 in samenwerking met het CBO zijn opgesteld.

Uitgangspunt voor de analyse was de gekozen definitie van kwaliteit en de volgende veronderstellingen:

- De activiteiten van medisch specialisten om de kwaliteit van het werk te plannen en te beheersen kunnen worden beschreven met de bestaande kwaliteitsterminologie uit de dienstverlenende industrie.
- Het beleid, de infrastructuur en de aard van de activiteiten worden beïnvloed door de professionalisering van de beroepsgroep, de organisatorische ontwikkeling van ziekenhuizen en de externe druk die op specialisten en ziekenhuizen wordt uitgeoefend.
- Het slagen of niet slagen van de implementatie van kwaliteitsmanagement kan worden verklaard met behulp van de innovatie-difusietheorie.

Resultaten

Uit de beschrijving van kwaliteitsmanagementactiviteiten, zoals de wetenschappelijke opleiding, registratie en herregistratie, (intern) tuchtrechtstelsel, kwaliteitscommissies, intercollegiale toetsing en richtlijnontwikkeling wordt duidelijk dat de beroepsgroep op verschillende niveaus de kwaliteit van zorg bewaakt. Ingegaan wordt op de activiteiten van de landelijke koepelorganisaties, zoals de KNMG, de LSV en de wetenschappelijke verenigingen. Binnen de ziekenhuizen betreft het de activiteiten van de medische staf, de maatschap of individuele specialisten.

Voor de genoemde kwaliteitsmanagementactiviteiten worden telkens drie vragen beantwoord. Waarom is de activiteit ontwikkeld? Wat houdt de activiteit in? Hoe is de activiteit in de praktijk ingebed c.q. wordt deze uitgevoerd? Ter illustratie een voorbeeld.

In 1992 is de Specialisten Registratie Commissie (SRC) begonnen met de herregistratie van medisch specialisten. Een dergelijke registratie geeft de beroepsgroep de mogelijkheid de kwaliteit van het medisch specialistisch handelen indirect te bewaken en de professionele autonomie te beschermen (de waarom-vraag). Medisch specialisten komen voor herregistratie in aanmerking, als zij voldoende tijd in de praktijk werkzaam zijn en deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsbewaking (de wat-

vraag). Voor de procedurele uitvoering van de herregistratie wordt gebruik gemaakt van de al bestaande infrastructuur voor de registratie van medisch specialisten (de hoe-vraag). Alle kwaliteitsmanagementactiviteiten die in het proefschrift worden genoemd, worden op deze manier beschreven.

Extra aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling en het functioneren van toetsingscommissies en de ontwikkeling van landelijke richtlijnen. Bij deze activiteiten wordt de aanpak beschreven die het CBO hanteert om medisch specialisten bij intercollegiale toetsing en richtlijnontwikkeling te ondersteunen. Een van de eerste stappen bij intercollegiale toetsing is een prioriteitszitting. Deze is bedoeld om gezamenlijk te komen tot de keuze van een onderwerp/probleem dat bij de toetsing wordt behandeld. Uit de analyse van de gekozen onderwerpen bij de prioriteitszittingen blijkt dat het zowel gaat om onderwerpen die gericht zijn op de wetenschappelijk vraag 'wat' te doen, als om onderwerpen die gericht zijn op de organisatorische vraag 'hoe' te doen. De top-vijf aan onderwerpen bleek pre-operatief onderzoek, antistollingsbeleid, antibioticabeleid, statusvoering en intercollegiale consultatie. Ruim twee derde van de onderwerpen werd multidisciplinair benaderd. Van de gekozen onderwerpen worden 20 onderwerpen in het proefschrift aan de hand van de 'waarom, wat en hoe'-vraag nader beschreven.

Ook ten aanzien van de 33 consensusrichtlijnen die gedurende 1982 en 1992 zijn ontwikkeld, beschrijft de auteur nauwkeurig de methode, het proces en de uitkomsten van het consensusontwikkelingsprogramma van het CBO. Uit een tekstanalyse van de richtlijnen is gebleken dat in de richtlijnen evenveel aandacht bestaat voor wetenschappelijke vragen als voor de meer organisatorische aspecten van de zorgverlening. Ten slotte laat de auteur zien hoe richtlijnen kunnen worden gebruikt bij het ontwikkelen van beoordelingscriteria en intercollegiale toetsing.

Conclusies

- Kwaliteitsmanagement van medisch specialistische zorg bestaat vooral uit de voortschrijdende explicitering en formalisering van de beroepspraktijk.
- Bij de activiteiten gaat het om beslissingsondersteunende en procesbeheersingstechnieken
- De formalisering wordt gestimuleerd door veranderingen in de geneeskunde, de dynamiek tussen specialisten onderling en de druk van externe partijen zoals de overheid, patiënten/consumenten en financiers.

- Het principe van zelfregulering is in de loop der jaren niet veranderd.

Commentaar

Het proefschrift biedt een uitstekend overzicht van de kwaliteitsmanagementactiviteiten die worden uitgevoerd om de kwaliteit van de medisch specialistische zorg te bewaken en verbeteren. Door het beschrijven van de activiteiten aan de hand van de 'waarom, wat en hoe'-vraag krijgt de lezer meer inzicht in het functioneren van de diverse activiteiten en wordt duidelijk welke belangen medisch specialisten hebben om wel of niet mee te werken aan activiteiten. Door de historische benadering worden ontwikkelingen in hun verband geplaatst en laat de auteur zien dat medisch specialisten een lange traditie hebben van kwaliteitsbewaking, al is de voornaamste drijfveer het beschermen van de professionele, economische en politieke autonomie.

Het opsommen en beschrijven van de uiteenlopende activiteiten op landelijk, ziekenhuis- en individueel niveau maakt dat het boek meer geschikt is als naslagwerk dan als leesboek. Het wisselende gebruik van verschillende theorieën (kwaliteitsmanagementtheorie, organisatie-ontwikkelingstheorie, professionaliseringstheorie en de innovatie-diffusietheorie) om de ontwikkelde kwaliteitsmanagementactiviteiten te verklaren, maakt een enigszins willekeurige indruk. Ook de verklaring van de auteur dat de keuze gebaseerd is op jarenlange ervaring en inzichten vanuit de praktijk, neemt het gevoel niet weg dat een andere onderzoeker – op zijn minst gedeeltelijk – andere verklaringen kan geven voor de gevonden ontwikkelingen. Generalisatie wordt hierdoor bemoeilijkt, wat voor een exploratieve studie overigens niet bezwaarlijk hoeft te zijn.

Het begrip 'kwaliteitsmanagement' wordt in het proefschrift breed opgevat. Ook activiteiten als de overdracht, statusvoering en bijvoorbeeld visite lopen worden gezien als kwaliteitsmanagementactiviteit. Bij deze brede benadering kunnen kanttekeningen worden geplaatst, aangezien volgens de methodologie van kwaliteitsmanagement een kwaliteitsmanagementactiviteit wordt gekenmerkt door identificatie en analyse, criteria-ontwikkeling, meten van de praktijk, feedback/verandering en evaluatie (zie paragraaf 4.5.2). In hoeverre deze stappen ten aanzien van bijvoorbeeld het visite lopen of de overdracht worden doorlopen, is de vraag.

Niet alle hoofdstukken zijn direct relevant voor individuele huisartsen of hun koepelorganisaties. De hoofdstukken 3, 5 en 8 zijn gericht op de ontwikkeling van de positie van medisch

specialisten in de ziekenhuisorganisatie, een interfererende factor die voor huisartsen niet geldt. De uitwerking van de activiteiten van de KNMG, de LSV en de wetenschappelijke verenigingen zijn daarentegen te vertalen naar de beroepsgroep van huisartsen. Activiteiten als herregistratie, intercollegiale toetsing en de ontwikkeling van richtlijnen spelen binnen het kwaliteitsbeleid van huisartsen eveneens een rol. De ruime ervaring van medisch specialisten met intercollegiale toetsing en visitatie kan voor huisartsen waardevol zijn.

Niet duidelijk wordt wat de betekenis is van de diverse activiteiten op de effectiviteit van het medisch handelen, de efficiëntie van de organisatie en de tevredenheid van de patiënt. Volgens de auteur hebben de kwaliteitsmanagementactiviteiten medisch specialisten geholpen bij het behouden van de professionele autonomie, maar de vraag in hoeverre de kwaliteitsmanagementactiviteiten hebben bijgedragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg is hiermee nog niet beantwoord. Strikt genomen was deze vraag ook geen onderdeel van het proefschrift, maar de geïnteresseerde lezer kan zich aan deze vraag moeilijk onttrekken.

De conclusie dat de medisch specialistische zorg net als altijd door medisch specialisten zelf wordt bewaakt, lijkt goed nieuws voor artsen die vrezen dat de nadruk op meer systematische kwaliteitszorg van de afgelopen jaren zal leiden tot afname van de professionele autonomie. In hoeverre medisch specialisten hun tweede doelstelling, het waarborgen van het maatschappelijk vertrouwen in de medische stand, kunnen bereiken zonder patiënten/consumënten en andere externe partijen meer bij het kwaliteitsmanagement te betrekken, is de vraag. Het alleen kunnen beïnvloeden van het tempo van de ontwikkelingen is voor patiënten/consumënten onbevredigend, als kwaliteit ook wordt gedefinieerd vanuit het perspectief van de maatschappij en de individuele patiënt. Een terechte aanbeveling van de auteur is dan ook dat medisch specialisten meer oog moeten hebben voor het kwaliteitsperspectief van patiënten/consumënten en andere professies. In de praktijk zou dit vorm kunnen krijgen door bijvoorbeeld richtlijnen meer in samenwerking met huisartsen en andere transmurale partijen te ontwikkelen.

Het proefschrift geeft door de historische analyse en de analyse van de wisselwerking tussen beroepsgroep en externe omgeving een waardevolle bijdrage aan het onderzoek naar de ontwikkeling van kwaliteitssystemen.

Cordula Wagner
Gerrit van der Wal

Reactie

De recensenten wijzen terecht op de beperkte mogelijkheden tot generalisatie bij een exploratief onderzoek waarbij vrij eclecticisch verklaarende theoretische kaders zijn gebruikt. De reden om hiervoor te kiezen, is gelegen in het feit dat ik bij het beantwoorden van mijn onderzoeksvragen (wat is kwaliteitsmanagement van specialisten en hoe ontwikkelt het zich) vooral validiteit heb nagestreefd. Daarnaast droeg de lengte van de speurtocht (ongeveer acht jaar) bij aan voortschrijdend inzicht in de veelzijdigheid van het object van studie.

Activiteiten als visite lopen en overdracht worden door mij inderdaad gezien als een vorm van kwaliteitsmanagement. Ik probeer in mijn proefschrift juist te illustreren hoe sterk medische kennis, denken, handelen en organiseren van zorg met elkaar verbonden zijn. Juist de beheersing van het klinisch proces zelf vormt de kern van kwaliteitsmanagement. Visite lopen is daarvoor een essentiële activiteit: de arts identificeert en analyseert de actuele klinische situatie van de patiënt, vergelijkt deze met de (impliciete) criteria over hoe een dergelijke patiënt er onder soortgelijke omstandigheden aan toe zou moeten zijn, en handelt bij geconstateerde verschillen. Daarbij is juist de visite een communicatieknoppunt voor het gelijkstellen van de medische en verpleegkundige doelen met de verwachtingen van de patiënt. De kwaliteit wordt door zaken als goed visite lopen en een goede overdracht als het ware 'in het product ingebouwd' en is een concrete mogelijkheid voor het incorporeren van het perspectief van de patiënt. Het is juist bezwaarlijk wanneer operationalisaties van kwaliteitsmanagement en kwaliteitssystemen alleen maar boven het feitelijke denken en handelen van de arts zweven.

Terecht zijn de recensenten geïnteresseerd in de impact van de beschreven kwaliteitsmanagementactiviteiten. Die impact komt slechts op beperkte schaal aan de orde, aan de hand van de resultaten van toetsingsstudies in individuele ziekenhuizen en onderdelen van landelijke richtlijnen (hoofdstukken 6 en 7 inclusief verwijzingen), en maakte ook geen deel uit van de onderzoeksvragen. Het opzetten van een onderzoek dat hierop wel een antwoord kan geven, is uiterst complex. Gelukkig verschijnen de laatste tijd steeds meer studies op het terrein van kwaliteit van zorg (in de huisartsgeneeskunde onder andere over de impact van standaarden). Toch moeten we het hier veelal met pre-post-designs en quasi-experimentele studies stellen, doordat een werkelijk experimentele opzet onhaalbaar is, gezien de vele varia-

belen die bij gedragsverandering in medische praktijken een rol spelen. Door het fenomeen kwaliteitsmanagement eerst breed te verkennen kunnen vervolgens de onderzoeksvragen op deelreinen met grotere scherpheid en relevantie worden gegeneerd. Inzicht door overzicht, ook voor de huisartsgeneeskunde volgens mij een zinvolle benaderingswijze.

Niek Klazinga

Richtlijnen cholesterol

Van der Weijden T. Evaluation of cholesterol guidelines in general practice [dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1997.

Promotie: 25 juni 1997.

Promotores: prof.dr. R.P.T.M. Grol en prof.dr. J.A. Knottnerus.

Bespreking door: dr. C.P.M. Boot, huisarts te Wierden.

Volgens Karl Popper zoekt de pseudowetenschapper zoveel mogelijk bevestigingen van eigen ideeën. Maar de echte wetenschapper blijft kritische vragen stellen.¹ Trudy van der Weijden was een van de opstellers van de NHG-Standaard Cholesterol, die in 1991 is gepubliceerd. Als echte wetenschapper onderwerpt zij deze standaard in haar proefschrift aan een kritisch onderzoek. Zowel de wetenschappelijke basis als de praktische uitvoerbaarheid van de cholesterolrichtlijnen komen aan de orde. Om de werkwijze van huisartsen met betrekking tot het cholesterol na te gaan, analyseerde zij gegevens van de Nationale Studie van het Nivel, patiëntenkaarten uit 20 huisartspraktijken en lipidenbepalingen van het Maastrichtse Diagnostisch Coördinerend Centrum.

Voor en na de standaard

Vóór publicatie van de standaard bleken huisartsen niet duidelijk te weten hoe hun cholesterolbeleid zou moeten zijn. Ze verschilden onderling sterk in werkwijze. Hoewel het serumcholesterol slechts een momentopname is, werden bepalingen zelden herhaald. Bij personen met een positief risicoprofiel (bijvoorbeeld bij hoge bloeddruk of diabetes mellitus) werd in meer dan twee derde van de gevallen verzuimd het cholesterol te bepalen. Daarentegen ondergingen veel personen een cholesterolmeting, terwijl daar geen indicatie voor bestond. Niet zelden werd cholesterol geprikt bij personen ouder dan 65 jaar, hoewel de zin daarvan twijfelachtig is. Het nut van medicamenteuze

behandeling van vrouwen zonder coronaire hartziekte (CHZ) is nooit aangetoond. Desondanks kreeg 10 procent van hen bij een verhoogd cholesterol medicijnen. Dieet wordt algemeen beschouwd als de hoeksteen van een cholesterolverlagende behandeling, maar huisartsen schreven dit zelden voor en verwezen nog minder vaak naar een diëtiste.

Na publicatie van de standaard veranderde er niets: huisartsen bleven op dezelfde manier doorgaan. Ze bepaalden wel vaker het cholesterol, maar niet op de juiste manier. Indicaties, leeftijds grenzen, herhaalde metingen en regels voor therapie werden nog even slecht in acht genomen als voorheen.

Door middel van een intensief programma werd in tien praktijken een poging gedaan om huisartsen zich beter aan de standaard te laten houden. Dit programma duurde vijf maanden en bestond uit een educatieve groepsbijeenkomst, registratie van cholesterolconsulten door de huisarts, persoonlijke instructies, feedback op het handelen en ondersteunende materialen. Ook dit leverde niets op: patiënten met een belast risicoprofiel ondergingen niet vaker een cholesterolmeting; bepalingen werden zelden of nooit herhaald; dieet werd minder vaak voorgeschreven dan voorheen.

Hoe kwam het dat huisartsen hun gedrag zo moeilijk konden veranderen? Zelf gaven zij onder meer de volgende knelpunten aan: gebrek aan tijd en motivatie, te ingewikkelde richtlijnen, belasting van herhaalde cholesterolbepalingen voor arts en patiënt, onvoldoende vaardigheden in het begeleiden van patiënten voor dieet en twijfels over het rendement van de inspanningen.

Wetenschappelijke basis

Behalve naar de haalbaarheid werd ook onderzoek gedaan naar de wetenschappelijke geldigheid van de richtlijnen door middel van systematisch literatuuronderzoek. Vóór 1994 was alleen voor mannen van middelbare leeftijd zonder CHZ aangetoond dat cholesterolverlaging het CHZ-risico kan verminderen. De absolute winst was echter gering en de totale sterfte daalde niet. Na 1994 werd duidelijk dat zowel mannen als vrouwen met CHZ hun kans op een recidiefinfarct aanzienlijk kunnen verminderen door behandeling met statines. Bij mannen daalde eveneens de totale sterfte en liet behandeling met statines ook bij afwezigheid van CHZ een gunstig effect zien.

Kosten-effectiviteitsstudies wezen alle in dezelfde richting: ze vielen gunstig uit voor patiënten mét en ongunstig voor personen zonder CHZ; voor vrouwen waren de verhoudingen ongunstiger dan voor mannen. De meeste stu-

dies hadden een aantal nadelen: de effectiviteit werd niet getest in de dagelijkse praktijk en de kosten van screening werden niet meegewogen, evenmin als immateriële kosten, zoals ongerustheid, het gevoel patiënt te zijn en negatieve effecten op het welbevinden ten gevolge van dieet of medicijnen. Het blijft daarom onduidelijk wat de betekenis van de studieresultaten is voor de huisartspraktijk.

Aanbevelingen

Het proefschrift eindigt met een aantal conclusies en aanbevelingen, waarvan hier enkele volgen die van belang zijn voor de discussie:

- Bij het opstellen van standaarden dient niet alleen meer aandacht besteed te worden aan (het actualiseren van) de wetenschappelijke onderbouwing maar ook aan de uitvoerbaarheid van de richtlijnen.
- Voor het verbeteren van de uitvoerbaarheid van de cholesterolstandaard moeten de richtlijnen eenvoudiger worden en de indicaties voor cholesterolbepaling worden beperkt.
- Terughoudendheid met cholesterolbepalingen lijkt gerechtvaardigd bij personen zonder CHZ en zonder (aanwijzingen voor) familiale hypercholesterolemie.

Commentaar en vragen

Het proefschrift is vooral belangrijk voor opstellers van standaarden, maar ook artsen die geïnteresseerd zijn in een kritische beoordeling van de huidige stand van de wetenschap met betrekking tot het cholesterol, zullen aan hun trekken komen. Trudy van der Weijden is in staat het een en ander te relativeren en in een breder perspectief te plaatsen. Het lukt haar om niet alleen 'de kennis terug te vinden die we verloren hebben in de veelheid aan informatie', maar ook 'de wijsheid die we verloren hebben in kortzichtige kennis'. Met haar conclusies en aanbevelingen ben ik het volledig eens. Maar ik heb nog wel een paar vragen:

1 Is het gebruikelijk om pas ná publicatie van een standaard te beoordelen of deze wetenschappelijk onderbouwd is en toepasbaar in de praktijk?

2 Enkele jaren na de publikatie van de cholesterolstandaard, toen de gunstige resultaten van de statinetrials bekend werden, zijn de mogelijkheden voor een doeltreffende behandeling aanzienlijk toegenomen. Men zou verwachten dat indicaties voor cholesterolbepaling parallel daaraan zouden worden verruimd. In de aanbevelingen van het proefschrift gebeurt echter het tegenovergestelde. Betekent dit dat de cholesterolstandaard onvoldoende wetenschappelijk gefundeerd is en dat dit in de tijd van de publi-

catie, met de toen beschikbare kennis zoals samengevat in hoofdstuk 1, nog meer het geval was dan nu?

3 In het kwaliteitsverbeterende programma werden huisartsen gestimuleerd om cholesterol te bepalen bij personen met een belast risicoprofiel. In de meeste gevallen gaat het hierbij om personen zonder coronaire hartziekten of familiale hypercholesterolemie. De conclusie van het proefschrift is echter, dat men bij deze personen juist terughoudend zou moeten zijn. Betekent dit dat huisartsen gestimuleerd zijn tot iets wat ze beter hadden kunnen nalaten? Is het daarom, wat dit onderdeel betreft, maar goed, dat ze zich niet door het 'kwaliteitsverbeterende' programma lieten beïnvloeden?

4 Bloeddruk wordt beschouwd als een belangrijke risicofactor en zou volgens deskundigen in ieder geval moeten worden gemeten bij personen met een positief risicoprofiel. Van behandeling van hoge bloeddruk is echter minder te verwachten dan van behandeling van hoog cholesterol, als we kijken naar het aantal mannen dat vijf jaar behandeld moet worden om één cardiovasculaire ziekte te voorkomen. Bij hypercholesterolemie (cholesterol 6,5-7,9 mmol/l) zijn dat er 40, bij hypertensie (diastolische bloeddruk 90-109 mm Hg) 91.² Betekent het advies om terughoudend te zijn met cholesterolbepalingen, dat men met bloeddrukmetingen zeker zo terughoudend zou moeten zijn? Of hebben de Amerikanen toch gelijk dat iedereen zijn bloeddruk en cholesterol moet laten meten en zo nodig moet laten behandelen?

5 In hoofdstuk 3 wordt de conclusie getrokken dat een computer belangrijk lijkt voor juiste selectie van personen die voor cholesterolbepaling in aanmerking komen. Huisartsen met computer bleken het namelijk minder slecht te doen dan huisartsen zonder computer. Maar komt dit verschil door de computer of door het feit dat beide groepen huisartsen misschien niet volledig met elkaar vergelijkbaar zijn? Ik kan me voorstellen dat er verschillen bestaan in mogelijk verstorende variabelen, zoals gemiddelde leeftijd, jaar van afstuderen, houding ten opzichte van preventie, werken in solo- of groepspraktijk, en dergelijke. De gevonden associatie behoeft immers geen causale relatie te betekenen. Het feit dat het kwaliteitsverbeterende programma even weinig effect had op huisartsen mét als zónder computer, wijst misschien in dezelfde richting.

6 In welke mate had het kwaliteitsverbeterende programma invloed op het voorschrijven van cholesterolverlagende medicijnen? Op pagina 53 staat dat de frequentie hiervan daalde van 18 naar 13 procent. Betekent dit een daling van ten onrechte voorschrijven – wat gunstig

zou zijn – of van terecht voorschrijven – wat ongunstig zou zijn? Welke medicijnen werden vroeger het meest voorgeschreven: galzuurbinders, zoals in de tekst van pagina 21 staat, of fibraten, zoals in tabel 4 wordt vermeld, waarnaar in de tekst wordt verwezen.

7 Er zijn veel personen bij wie een cholesterolbepaling wordt gedaan hoewel daar geen reden voor is. Daarentegen zijn er ook veel personen bij wie een cholesterolmeting wordt nagelaten, terwijl er een indicatie voor bestaat. In hoofdstuk 3 wordt geconcludeerd dat de laatsten in de meerderheid zijn. Dit lijkt niet in overeenstemming met de conclusie van hoofdstuk 2 (overigens op basis van een anders opgezette studie) dat bij minder dan 15 procent van de cholesterolbepalingen hiervoor een indicatie bestond. Maar wanneer een terughoudend beleid de nieuwe richtlijn wordt, zal hier geen misverstand meer over bestaan: het aantal personen dat ten onrechte een cholesterolbepaling ondergaat, zal dan ver in de meerderheid zijn. Terwijl het zwaartepunt van het kwaliteitsverbeterende programma voorheen lag bij het stimuleren van cholesterolbepalingen, zal nu de meeste energie gestoken moeten worden in het voorkómen van onnodige bepalingen en behandelingen. Zelfs met een intensief programma is het niet gelukt om de werkwijze van huisartsen te beïnvloeden. Is het reëel om nu wél succes te verwachten, ondanks de grote barrières die moeten worden overwonnen, zoals druk van patiënten en commerciële activiteiten van de industrie?

Kees Boot

1 Popper KR. De groei van kennis. Hoofdstukken uit Conjectures and refutations. The growth of scientific knowledge. Meppel, Amsterdam: Boom, 1978.

2 West of Scotland Coronary Prevention Group. West of Scotland coronary prevention study: identification of high-risk groups and comparison with other cardiovascular intervention trials. Lancet 1996;348:1339-42.

Reactie

Graag wil ik reageren op de vragen van Boot, wiens artikelenreeks in *Medisch Contact* mij heeft geïnspireerd aan het begin van mijn onderzoeksproject.

1 Uiteraard is in de ontwikkelingsprocedure van de standaard de literatuur door de standaardwerkgroep zo compleet mogelijk bestudeerd, en is inventariserend onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van de standaard.¹ Er was echter geen sprake van jarenlange ondersteuning door een wetenschappelijk onderzoeker. Standaard-richtlijnen zijn met name nodig

voor onderwerpen waarover onduidelijkheid of een controverse bestaat. De ontwikkeling en het updaten van dergelijke richtlijnen is een cyclisch proces, waarin wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheidsaspecten steeds opnieuw aan bod komen.

2 De wetenschappelijke bewijsvoering voor een doeltreffende behandeling is toegenomen. Een effect van cholesterolverlaging op de totale sterfte is immers aangetoond. Desalniettemin is het absolute effect relatief gering en lijkt de interventie voor een beperkte groep patiënten effectief en voor een nog beperktere groep kosten-effectief. De populatie waarvoor behandeling geïndiceerd is, wordt dus niet automatisch groter. Met de nieuw beschikbare kennis kan de cholesterolstandaard nog beter wetenschappelijk worden gefundeerd en kunnen de richtlijnen scherper worden gesteld, meer toegesneden op de individuele patiënt.

3 Huisartsen zijn inderdaad gestimuleerd tot cholesterol screening bij een groep asymptomatische personen bij wie dit nu discutabel is. Het is, wat deze groep patiënten betreft, achteraf gezien misschien goed dat het programma geen invloed heeft gehad, maar er was ook geen invloed van richtlijnen die nog steeds overeind staan: er was geen afname in het onnodig testen en geen toename in het gericht testen van patiënten met een belast risicoprofiel.

4 De vergelijking in de tabel is mijns inziens niet betrouwbaar. De gegevens over hypercholesterolemie zijn ontleend aan de WOSCOPS-studie en die over hypertensie aan de MRC-studie. De vraag is hoe vergelijkbaar die twee groepen mannen zijn. De uitkomstmaat is zeker niet vergelijkbaar, aangezien in het ene geval 40 personen behandeld moeten worden om een (niet) fataal *myocardinfarct* te voorkomen, en in het andere geval 91 personen om een (niet) fataal *CVA* te voorkomen. Totale sterfte als uitkomstmaat was hier beter op zijn plaats geweest. Desalniettemin is het een interessante vraag of de bloeddrukmeting ook gericht moet plaatsvinden. Ik kan daar op basis van mijn proefschrift geen uitspraak over doen, maar het lijkt zinloos om bij iedereen de bloeddruk te meten. De bloeddrukmeting is echter al dermate geïmplementeerd dat het waarschijnlijk realistischer is om energie te steken in het voorkómen van eenzelfde ongelimiteerde invoering van cholesterol screening dan in het rationaliseren en verminderen van bloeddrukmetingen.

5 Inderdaad. Ik ben het geheel eens met deze verklaring, hetgeen wordt aangestipt in de discussie van hoofdstuk 3 op pagina 33: 'Obviously, there may be subtle differences in the

approach to practice between general practitioners working with and without this kind of computerised medical information system.'

6 Het aantal consulten waarin cholesterolverlagende medicatie werd voorgeschreven is te laag om er harde uitspraken over te kunnen doen. Daarom zijn verdere analyses nagelaten. De prescriptie van cholesterolverlagers – 18 procent (n=44) in de voormeting en 13 procent (n=23) in de nameting (let wel, dit was een andere patiëntengroep) – betrof in 2 van de 44 contacten respectievelijk in 3 van de 23 contacten patiënten zonder belast risicoprofiel (= onterecht voorschrijven). Overigens wordt de verwarring over de prescriptie op pagina 21 veroorzaakt door een tekstuele fout. De tabel is juist, in de tekst zijn galzuurbinders en fibraten verwisseld.

7 Alvorens in te gaan op de eigenlijke vraag wil ik twee punten toelichten.

- De hoofdstukken 2 en 3 zijn niet vergelijkbaar. De gegevens in hoofdstuk 2 dateren uit 1987-88, toen er nog geen CBO-ofNHG-richtlijn bestond, en hebben uitsluitend betrekking op personen bij wie het cholesterol werd bepaald. In hoofdstuk 3 zijn de gegevens verzameld in 1990-92 en bestaat de noemer uit de gehele volwassen praktijkpopulatie, dus personen met en zonder een indicatie voor bepaling en personen met en zonder cholesterolbepaling op de kaart. Bovendien blijkt uit hoofdstuk 4, de trendanalyse, dat het aantal cholesterolbepalingen door de huisarts ruim verdubbelde tussen 1986 en 1990.

- Het stimuleren van cholesterolbepalingen was niet het zwaartepunt van het kwaliteitsverbeterende programma. Het programma was evenzeer gericht op het voorkómen van onnodige bepalingen als het stimuleren van nuttige bepalingen. Het was gericht op kwaliteit en niet op kwantiteit van screenen.

Het is inderdaad de vraag hoeveel succes verwacht mag worden bij een richtlijn die nog meer terughoudendheid predikt, terwijl de druk vanuit de farmaceutische industrie zal aanhouden, gezien de grote financiële belangen. Dergelijke richtlijnen moeten uitblinken door eenvoud en toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk; de eerste- en tweedelijnszorg moeten meer synchroon lopen; er moet veel uitgelegd worden aan de patiënten, die vanuit diverse bronnen worden gevoed met informatie over cholesterol. Dit kost de huisarts tijd en vereist goede voorlichtingsfolders. Een geïntegreerde risicobenadering lijkt hiervoor een vereiste, waarbij gebruik wordt gemaakt van een risicoschattingstabel waarin het effect van de diverse interventies (cholesterolverlaging, antihypertensiva, stoppen met roken, diabetescontrole)

voor zowel de huisarts als de individuele patiënt inzichtelijk worden gemaakt en dus ook het nut van screenen van de diverse risicofactoren.

Trudy van der Weyden

1 Rutten G, Van der Laan J. Hypercholesterolaemia: setting a Dutch national standard. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 411-4.

Aankondigingen

Nederlands Tijdschrift voor Kinderrevalidatie

Verschijnt 4x per jaar. Abonnement NLG 35,-.

Inlichtingen: Postbus 54, 6666 ZH Heteren; tel. 026-4722593.

Psychofarmaca bij kinderen

Minderaa RB, Ketelaars CEJ. Assen: van Gorcum, 1997; 176 pp., NLG 39,90. ISBN 90-232-3060-4.

De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg

Hun manifestatie en consolidatie, 1890-1941 Juch A. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1997; 416 pagina's, NLG 69,50. ISBN 90-5235-121-X.

Voeding die schaadt, voeding die baat

Complete gids over de invloed van voedsel op onze gezondheid.

Arens U, Hinds A, Orbach S, et al. Amsterdam: Reader's Digest, 1997; 400 pagina's, NLG 89,90. ISBN 90-6407-433-X.

Vermoeidheid

Cahiers Bio-Wetenschappen en Maatschappij. 52 bladzijden, NLG 10,-. ISBN 90-73196-22-1. Te bestellen door overmaking van NLG 10,- op giro 154373 van Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij, Rotterdam, onder vermelding van 'Vermoeidheid'.

Tijd voor de ouders

Respijthulp aan gezinnen met chronisch zieke kinderen.

Van der Pas F. Utrecht: NIZW Uitgeverij, 1997; 56 pagina's, NLG 17,50. Bestellen: tel. 030-2306607, fax 030-2306491; e-mail bestel@nizw.nl.

Effectiviteit klinische psychotherapie, 1993-1994-1995

Noordwijkerhout: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen, 1997; NLG 25,- exclusief verzendkosten. Te bestellen bij: secretariaat SWOPG, tel. 0252-342681.

Lopend en recent afgesloten onderzoek op het terrein van de paramedische disciplines

Diskettes met informatie over ruim 700 onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten op het terrein van de diëtik, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten. Inclusief handleiding. Te bestellen door overmaking van NLG 45,- op bankrekening 415215994 of girorekening 2313262 van Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort, onder vermelding van 'Lopend onderzoek 1996'.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 4 (april) moeten op uiterlijk 26 februari in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Effectiveness-studie in de huisartspraktijk. Voetangels en klemmen

Lekkerkerk, 27-28 maart. CWO-weekendcursus. Inlichtingen: mw. E. Weijman, NHG, tel. 030-2881700.

CVA: hollen of stilstaan? Therapie en organisatie in de acute fase

Amsterdam, RAI Congrescentrum, 24 april. Symposium Hartstichting. Bureau PAOG-AMC, tel. 020-5664801.

Second international conference of the St Vincent Declaration Primary Care Diabetes Group

Brussel, 22-23 mei. Vlaams Instituut voor Huisartsgeneeskunde, tel. tel. 0032-32811616; fax 0032-321851284.

Communication in health care

10-12 juni. Inlichtingen: dr. P.F.M. Verhaak, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; tel. 030-272.9700, fax 030-272.9729; e-mail p.verhaak@nivel.nl.

NHG-Referatendag

Utrecht, 15 mei. NHG-bureau, tel. 030-2881700.

15th Wonca world conference on family medicine

Dublin, 13-18 juni. Inlichtingen: The Irish College of General Practitioners, Corrigan House, Ferrian Street, Dublin 2, Ireland; tel. 00353-1676.3705; fax 00353-1676.5850.

Philosophy of and philosophy in healthcare education

Marburg, Duitsland, 20-22 augustus. 12e Jaarlijkse conferentie van de European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Abstracts en registratie vóór 1 november 1997. Inlichtingen: prof.dr. H. ten Have, Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; fax 024-354.0254.

16e Referatendag van de Vlaamse Huisartsenresearch

Gent, 19 september. Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, tel. 0032-32811616.

Anticonceptiesymposium

Ede, 24 september. Stichting Anticonceptie Nederland, tel. 0543-530927.

Differentiatie en specialisatie binnen de huisartsgeneeskunde

Maastricht, 27 november. NHG-congres. NHG-bureau, tel. 030-2881700.

■ betekent: eerste vermelding.