

NHG-Standaard Cervixuitstrijken: wijzigingen vervolgbeleid

Na het verschijnen van de eerste herziening van de NHG-Standaard Cervixuitstrijken (Huisarts Wet 1996;39:134-41) heeft op initiatief van een werkgroep van de Ziekenfondsraad overleg plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de LHV, NHG, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP). In dit overleg is consensus bereikt over een aantal discussiepunten die betrekking hebben op het vervolgbeleid. Dit heeft geleid tot een aantal wijzigingen in de NHG-Standaard. Hierover is eerder bericht (Huisarts Wet 1997;40:187, Huisarts Wet 1998;41:316-7). Het samenvattingskaartje waarin de wijzigingen verwerkt zijn, is in dit nummer van H&W bijgesloten. De gewijzigde tekst van de standaard is op te vragen bij het NHG en wordt te zijner tijd gepubliceerd in de tweede druk van Standaardenboek deel 1.

Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste wijzigingen.

- De classificatie B2 (verminderd beoordeelbaar) wordt vervangen door 'voldoende beoordeelbaar maar beperkt door ['probleemtypering'] (bijvoorbeeld ontbreken van endocervicale cilindercellen, veel leukocyten, veel bloed of slechte fixatie). *Bij B2 wordt de uitstrijk uitsluitend vervroegd herhaald als de overige KOPAC-codes daartoe aanleiding geven (het herhalingsadvies was: na 6 maanden)*. Voor het herhalingsadvies bij een uitslag waarbij de beoordeelbaarheid beperkt is door het ontbreken van endocervicale cilindercellen: zie verder.
- Herhalingsadvies bij het ontbreken van endocervicale cilindercellen (C2)
Een uitstrijk waarin de endocervicale cilindercellen ontbreken maar waarin de overige KOPAC-codes niet afwijkend zijn, wordt herhaald na 6 maanden (herhalingsadvies was: na 6 weken). Als de endocervicale cilindercellen in deze herhalingsuitstrijk ook ontbreken en de overige KOPAC-codes niet afwijkend zijn, wordt de vrouw na vier en een half jaar weer regulier volgens het schema van het bevolkingsonderzoek uitgenodigd.
- Herhalingsadvies bij ontstekingsverschijnselen
De categorie 'ontstekingsverschijnselen' komt te vervallen. Het herhalingsadvies bij ontstekingsverschijnselen zoals veel leukocyten is afhankelijk van de beoordeelbaarheid (zie eerder) en de overige KOPAC-codes.

- Overige wijzigingen betreffen het herhalingsadvies bij (ab)normaal endometrium in de uitstrijk. Omdat dit weinig voorkomt wordt hierop verder niet ingegaan.

De adviezen met betrekking tot P2-3 (voorheen Pap 2) en P4 blijven gehandhaafd. Door de aangescherpte criteria zullen veel minder uitstrijken geïnclassificeerd worden als P2-3. De 'nieuwe' P2-3 uitslagen zullen bovendien naar verwachting vaker dan in het verleden relevante afwijkingen vertonen.

Roeland Geijer,
huisarts-staflid
afdeling Standaardenontwikkeling NHG

Standaarden bij ziekte... en de ziekte

De bijdrage van *Fleuren* 'Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt eraan te doen?'¹ berust op een misvatting, die zeer algemeen is. Ik zal proberen dit duidelijk te maken, maar deze misvatting heeft ons denken zo vertroebeld dat ik het niet vreemd zou vinden als ik bij vele lezers van dit blad op onbegrip stuit.

Vrijwel alle standaarden berusten op het begrip ziekte. Welnu: ziekte bestaat niet, ziekte is geen entiteit, geen zelfstandig bestaand iets. Ziekte is een begrip dat door ons denken geconstrueerd is om de werkelijkheid beter te kunnen begrijpen. Niemand heeft ooit een verkoudheid gezien, wel een kind dat verkouden is. Hypertensie bestaat niet, wel een patiënt met hypertensie. Wat in een leerboek onder mazen beschreven staat, is datgene wat mazelenpatiëntjes gemeen hebben: het is een abstractie. Het NHG-congres in 1972 was aan deze zaken gewijd.²

Om het voorbeeld van *Fleuren* te nemen: een dreigende miskraam bestaat niet, wel een vrouw bij wie de diagnose (dreigende) miskraam gesteld is. Dat de auteur zich haar denkfout niet realiseert, blijkt uit het voorbeeld dat zij geeft van het uittesten van een auto. Dat is wel wat anders dan het uittesten van een standaard.

Iemand die denkt dat ziekte bestaat, hanteert het ontologische ziektebegrip, een ziektebegrip waar artsen bijvoorbeeld in het begin van de vorige eeuw soms van uitgingen.³ Het lijkt of dit ziektebegrip in onze tijd niet meer voorkomt. Maar in de krant lezen wij dat 'de griep' in het noorden van het land weer heeft toegeslagen, en dat 'de kanker' bestreden dient te worden. Het merkwaardige is niet alleen dat hier het ontologische ziektebegrip wordt gehanteerd, maar ook dat het taalgebruik daarbij altijd verwijst naar strijd en/of oorlog. Kanker moet echter niet bestreden worden. Het gaat erom kankerpatiënten zo goed mogelijk te behandelen. Deze hypostasering, dit tot een zelfstandigheid verheffen van een abstractie, komt veel voor.⁴ Velen zeggen dat alle godsdiensten hierop berusten.

Wanneer *Fleuren* zich afvraagt waarom standaarden in de praktijk niet gevolgd worden, ligt hier het antwoord. Standaarden hebben – hoe nuttig zij ook zijn – slechts een geringe waarde. De arts moet zijn handelen voortdurend aanpassen in de concrete situatie bij de concrete patiënt. Dat heet geneeskunst en vele huisartsen beheersen die. Er bestaat geen standaard waarin de huisarts kan lezen wat zijn pre-

VERVOLG

Vervolg literatuur pag. 21.

- 10 Van der Velden J, de Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 11 Crombie DL, Cross KW, Fleming DM. The problem of diagnostic variability in general practice. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:447-54.
- 12 Van Vliet RCJA, Van de Ven WPMM. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden: directe standaardisatie met behulp van meervoudige regressie. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1986;64:669-75.
- 13 Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:68-75.
- 14 Westert GP. Artsen en de couleur locale: over het verklaren van lokale verschillen in medisch handelen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1996;74:52-6.
- 15 Leder D. Clinical interpretation: the hermenetics of medicine. *Theoretical Med* 1990;11:9-24.
- 16 Van der Werf GTh, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong B. Spiegel op de huisarts: over registratie van ziekte, medicatie en verwijzingen in de geautomatiseerde huisartspraktijk. Groningen: Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, 1998. ■

cies moet doen bij de dreigende miskraam van zijn patiënte mevrouw Hidema in de Havenstraat in Hilvarenbeek.

Wat valt eraan te doen als artsen de standaarden niet volgen? Niets dus. Het is het logische gevolg van het bestaan van deze standaarden.

G.J. Bremer

- 1 Fleuren MAH. Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt eraan te doen? *Huisarts Wet* 1998;41:511-4.
- 2 Bremer GJ. Drie medische modellen. *Huisarts Wet* 1972; 15:418-24.
- 3 Lindeboom GA. Begrippen in de geneeskunde. Haarlem: Erven Bohn, 1956.
- 4 Oosten JJ. Magie en rede. Een onderzoek naar de invloed van magische denkwijzen binnen onze op verstand georiënteerde cultuur. Assen: Van Gorcum, 1983.

Naschrift

De opmerking dat ziekte geen entiteit is, kan ik volledig onderschrijven. Uiteraard ging het onderzoek over vrouwen die de huisarts/verloskundige bezochten vanwege bloedverlies en/of pijnklachten in de eerste 16 weken van hun zwangerschap.

Dat het uittesten van een standaard iets anders is dan het uittesten van een auto, behoeft geen uitleg. De achterliggende gedachte verschild mijns inziens echter niet wezenlijk. In beide gevallen gaat het erom te kijken of 'het product' – of, zo men wil, 'de methode' – voldoet in de dagelijkse praktijk en tegemoetkomt aan de wensen van de 'gebruiker'. Wat de standaarden betreft, moet het begrip 'gebruiker' ruim worden opgevat. In het geval van de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam gaat het niet alleen om huisartsen en verloskundigen, maar ook om gynaecologen, en niet in de laatste plaats om de patiënten.

Bremer stelt dat, hoe nuttig zij ook zijn, standaarden slechts geringe waarde hebben. Juist vanwege het feit dat iedere patiënt uniek is, valt er geen standaardbeleid voor te schrijven. Logischerwijs kunnen standaarden daarom niet gevolgd worden. Hierover ben ik wat optimistischer gestemd. Natuurlijk heeft Bremer gelijk dat de uniciteit van de patiënt een reden is om standaarden niet te volgen. Uit het onderzoek bleek echter dat de vrouwen bij wie de diagnose (dreigende) miskraam gesteld was, meer gemeenschappelijk hadden dan wellicht gedacht. Hiermee bedoel ik dat veel richtlijnen wél door de huisarts/verloskundige gevolgd konden worden, en ook nog tot tevredenheid van de betreffende vrouwen.¹⁻³ Nog belangrijker is dat veel praktische knelpunten het werken volgens de standaard bleken te belemmeren; knelpunten die grotendeels oplosbaar zijn. Vandaar

mijn pleidooi iedere standaard aan een praktijktest te onderwerpen.

M.A.H. Fleuren

- 1 Fleuren MAH, Grol R, De Haan M, et al. Adherence to the Dutch national guideline on (imminent) miscarriage for general practice by midwives: a prospective study. *Qual Health Care* 1997;6:69-74.
- 2 Fleuren MAH, Wijkkel D, De Haan M, et al. Feasibility of guidelines for the management of threatened miscarriage in general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract* 1998;4:11-7.
- 3 Fleuren MAH, Van der Meulen M, Grol R, et al. Does the care given by general practitioners and midwives to patients with (imminent) miscarriage meet the wishes and expectations of the patients? *Int J Qual Health Care* 1998;10:213-20.

Brief Hornstra

Naar aanleiding van het artikel van Bremer (*Huisarts Wet* 1998;41(10):486-90) wil ik enkele aanvullende opmerkingen maken.

Hornstra deed meer dan het ter beschikking stellen van twee fte's aan het in oprichting zijnde Nederlands Huisartsen Instituut (de voorganger van het huidige Nivel). Hij bood ook onderdak aan dit NHI, totdat we over een eigen gebouw konden beschikken.

Verder stelt Bremer dat het NHG formeel niets te zeggen had in een beoogde hervorming van de artsopleiding en dat een mogelijke inspraak meestal via de hoogleraren sociale geneeskunde verliep. Dit is een understatement. In 1962 ontstond een duidelijke relatie van het NHG-bestuur met de staatssecretaris Volksgezondheid, Bartels. Hij bleek bereid het NHI te subsidiëren. Toen ik als directeur van het NHI in 1964/65 een model voor de huisartsopleiding ontwierp, was Bartels bereid ook deze te financieren, maar dit werd door de Minister van O&W niet geaccepteerd. De wrijving tussen hen hierover had wel een versnellend effect op de plannen van het Interfacultair Overleg Geneeskunde (IOG), die uitmondde in een comprimering van het zevenjarig tot een zesjarig curriculum, waaraan een 'zevende jaar' werd toegevoegd. Dit zevende jaar bood ruimte voor het bieden van een eenjarige huisartsopleiding. Het Academisch Statuut werd in 1968 dienovereenkomstig gewijzigd (en in 1974 nogmaals). Aangezien de Utrechtse faculteit reeds in 1966, dus vooruitlopend op een mogelijke wijziging, aan het nieuwe curriculum was begonnen, moest zij voorzien in plannen voor het zevende jaar; zij benoemde mij daarom datzelfde jaar tot buitengewoon hoogleraar om de plannen voor een beroepsopleiding te realiseren. Eenmaal 'binnen' kon ik ook invloed op het basisonderwijs gaan uitoefenen.

Mijn benoeming tot hoogleraar heb ik dus

niet, zoals Bremer stelt, aan Hornstra te danken, al was hij het er wel geheel mee eens, maar aan bovenbeschreven ontwikkelingen. Ik vermoed dat Bremer heeft teruggesproken op zijn ervaringen in de Leidse faculteit, waar de inspraak van huisartsen inderdaad geheel via de hoogleraar sociale geneeskunde Muntendam liep.

J.C. van Es

Naschrift

In mijn bijdrage heb ik wel degelijk melding gemaakt van het feit dat Hornstra het NHI 'een werkplek in zijn instituut' heeft aangeboden.

De voordracht van Hornstra over 'Het wetenschappelijk onderzoek en de huisarts', uitgesproken op een jubileumbijeenkomst van de Utrechtse Universiteit, met de titel 'Wetenschappelijk onderzoek en Maatschappij', zal zeker bijgedragen hebben aan het instellen van een leerstoel op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Dat was in 1956, elf jaar vóór de benoeming van Van Es, en in een tijd dat de gedachte dat huisartsen iets op dit gebied zouden kunnen presteren nauwelijks werd overwogen. Merkwaardig is ook dat vrijwel niemand deze voordracht bleek te kennen en dat er ook nooit uit is geciteerd, voor zover ik weet. Overigens schreef van Es zelf in 1988: 'In het begin van de jaren zestig werd in nauw overleg met professor Hornstra en met medewerking van de Utrechtse medische faculteit getracht een leerstoel 'microsociale geneeskunde' (lees: huisartsgeneeskunde) tot stand te brengen. Daarvoor was de tijd ... toen echter nog niet rijp ...'¹ Kortom het lijkt mij dat Hornstra wel degelijk een rol gespeeld heeft in deze zaak.

Ten slotte over de situatie in Leiden: er bestond al vóór de benoeming van Dijkhuis een stichting 'Het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde' waarin uiteraard huisartsen zitting hadden. Het bestuur van deze stichting voerde gesprekken met de Leidse Medische Faculteit. Professoer Thung was degene die daarbij veel invloed had, meer dan Muntendam, naar mijn indruk. Het zou overigens goed zijn als de ontstaansgeschiedenis van de universitaire huisartsgeneeskunde eens nauwkeurig werd nageplozen. Aan iedere faculteit verliep dat weer anders.²

G.J. Bremer

- 1 Van Es JC. Het NHG als wetenschappelijke vereniging. In: Ten Cate RS, et al. In het perspectief van toen. Dertig jaar Nederlands Huisartsen Genootschap. Lelystad: Meditekst, 1988: 64-70.
- 2 Van der Werf GTh. Huisarts en universiteit: de jaren 1959-1973. In: Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen. Een historische benadering. Rotterdam: Erasmus Publishing, Rotterdam, 1995: 51-66.

Transmurale terminale zorg

Smeenk FWJM. Transmural care of terminal cancer patients. An evaluation study in the Eindhoven region [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998; 169 bladzijden.

Promotie: 16 april 1998.

Promovendus: F.W.J.M. Smeenk, longarts

Promotor: prof.dr. H.F.J.M. Crebolder;

copromotor: dr. L.P. de Witte.

Bespreking: mw. M. Eliel, internist n.p.

In dit proefschrift worden de effecten beschreven van een transmuraal interventieprogramma voor terminale kankerpatiënten op de multidisciplinaire oncologie-afdeling van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Behoudens de stimulans van de overheid om transmurale zorg te verbeteren, speelden de volgende overwegingen een rol:

- de wens om de kosten van de gezondheidszorg aan het eind van het leven te verminderen;
- het bieden van een mogelijke oplossing voor de ‘verkeerde-bedproblematiek’ in de ziekenhuizen;
- de aanwezigheid van een multidisciplinaire oncologie-afdeling in het ziekenhuis;
- de wens van de regionale huisartsenvereniging om het ontslag van patiënten beter te coördineren;
- samenwerking tussen thuiszorg en tweedelijnsverpleegkundigen in het ziekenhuis, opgezet om de continuïteit van zorg beter te waarborgen.

Doel was het verbeteren van de coördinatie en continuïteit van de zorg voor terminale kankerpatiënten. Tevens werd onderzocht:

- of het aantal dagen ziekenhuisopnamen afnam;
- de plaats van overlijden;
- de kwaliteit van leven voor patiënten en de voornaamste verzorger;
- de tevredenheid van patiënten en hulpverleners over de geboden zorg;
- de kosten van de interventie.

Het onderzoek (januari 1994 – februari 1995) betrof patiënten met een niet te genezen vorm van kanker (prognose maximaal 6 maanden) die waren opgenomen op de multidisciplinaire oncologie-afdeling van het Catharina Ziekenhuis. Patiënten uit Eindhoven konden deelnemen aan het interventieprogramma, patiënten

uit de regio rond Eindhoven konden deelnemen aan de controlegroep; dezen kregen de gebruikelijke zorg. De groepen leken vergelijkbaar.

Het interventieprogramma bestond uit:

- een verpleegkundig coördinator, die de benodigde zorg thuis voor ontslag uit het ziekenhuis regelde, en de behoeften en wensen van de patiënt en de mogelijkheid van de mantelzorg inventariseerde;
- een 24-uurs telefoonservice, bemand door hiervoor opgeleide verpleegkundigen van de oncologieafdeling, waarvan patiënten en hulpverleners/verzorgers uit de eerste lijn gebruik konden maken; zo nodig kon de hulp van een transmuraal thuiszorgteam worden ingeroepen;
- een thuiszorgdossier;
- zorgprotocollen met name gericht op parenterale therapie.

Resultaten

De coördinatie werd gemeten door de professionals één week na het overlijden van de patiënt te vragen naar hun mening over ieders taken bij de desbetreffende patiënt. De overeenkomst tussen de taakopvattingen bleek gering, met name tussen huisarts en verpleegkundig coördinator in het ziekenhuis, en tussen huisarts en thuiszorgverpleegkundigen, en verbeterde niet door het interventieprogramma.

De continuïteit van zorg werd gemeten door enerzijds professionals, anderzijds patiënt en mantelzorgers te ondervragen over de communicatie tussen betrokkenen en over de tevredenheid over de geboden zorg. De conclusie is dat de communicatie tussen patiënten en zorgverleners en tussen zorgverleners onderling geen probleem was in de beleving van de betrokkenen. Dat is in tegenstelling tot wat ik menigmaal hoor verzuchten in de regio (Utrecht), waar ik werk. Naar mijn inschatting is de communicatie ook overigens een probleem in de gezondheidszorg. Smeenk zinspeelt daar mogelijk ook zelf op, wanneer hij stelt dat meer onderzoek gericht op deze vraag nodig is.

Van de telefoonservice werd gedurende de 13 maanden van het project 100 maal gebruik gemaakt, dat wil zeggen ongeveer een maal per vier dagen. In bijna een op de vijf gevallen werd de patiënt geadviseerd een andere hulpverlener te bellen. Het thuiszorgteam behoefde (slechts) acht maal uit te rukken, met name in verband met epidurale pijnbestrijding of intraveneus medicijngebruik.

In de interventiegroep bleek aantal dagen dat de patiënt was opgenomen tot zijn dood, meer dan gehalveerd. Niet wordt vermeld of het aantal opnamen ook daalde. De plaats van overlijden bleek niet significant te verschillen.

De kwaliteit van leven van de patiënten in de interventiegroep leek vier weken na ontslag wat betreft lichamelijke symptomen mogelijk positief beïnvloed te zijn. De kwaliteit van leven van de mantelzorgers in de interventiegroep bleek zowel een week na het ontslag van de patiënt als drie maanden na diens overlijden positief te zijn beïnvloed.

Het programma werd door diverse zorgverleners en patiënten met een 7,3 tot 8,5 gewaardeerd.

Het interventieprogramma bracht niet meer (maar ook niet minder) kosten met zich mee.

Commentaar

Het interventieprogramma bleek zijn doel – het verbeteren van coördinatie en continuïteit van zorg – niet te bereiken. Slechts summier is terug te vinden wat de mening van de huisartsen over dit programma was: zij waardeerden het programma met een 7,3. Of huisartsen er behoefte aan hebben hun eigen handelen voor deze groep patiënten te veranderen, werd niet nagegaan. Een mogelijk alternatief is het scholen van huisartsen op palliatief gebied, met de nadruk op thuis toepasbare methodieken, zoals continue subcutane infusie. Dat zou alle betrokkenen veel ellende en ziekenhuisopnamen kunnen besparen.

Huisartsen bleken aan huisbezoeken krap een half uur per week aan de interventiegroep te besteden; of dit meer was dan in de controlegroep, wordt niet vermeld. Evenmin wordt vermeld hoeveel tijd huisartsen bezig waren met telefonisch overleg en dergelijke.

Hoe de verbetering van de kwaliteit van leven met betrekking tot lichamelijke symptomen moet worden verklaard, werd mij niet duidelijk. Bovendien werd de kwaliteit van leven tot vier weken na ontslag gemeten, terwijl de patiënten gemiddeld tien weken leefden. Het lijkt mij van belang geïnformeerd te worden over de kwaliteit van leven in de allerlaatste weken van de patiënt, omdat dan de klachten toenemen, terwijl de mantelzorg uitgeput raakt.

Wat de kosten betreft, is dit proefschrift voor mij moeilijk te volgen. Een berekening voor het opzetten en ‘onderhouden’ van een dergelijk transmuraal thuiszorgteam en een verpleegkundig coördinator lijkt mij meer op zijn plaats, dan het delen van het aantal patiënten in zorg op de totale kosten per jaar. Als men bedenkt dat het transmuraal team in 13 maanden slechts acht maal behoefde uit te rukken, is een regionale opzet mogelijk kosteneffectiever, zij het organisatorisch complexer. Een regionale opzet lijkt de bedoeling van het ministerie van

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.

VWS, dat een flink bedrag heeft uitgetrokken om de coördinatie en structuraanpassing van palliatieve zorg te verbeteren.

Droevig is het tenslotte dat ik bij het schrijven van deze bespreking moest lezen (NRC 27 mei 1998), dat 'terminale patiënten in Eindhoven die thuis willen sterven op een wachtlijst komen'.

Miriam Eliel

Naschrift

Eliel concludeert dat het interventieprogramma zijn doel – het verbeteren van de coördinatie en de continuïteit van zorg – niet heeft bereikt. Hieruit zou de lezer wellicht kunnen concluderen dat het onderzochte thuiszorgprogramma niet effectief zou zijn. Eventuele effecten van de interventie op patiëntniveau zijn echter van veel groter belang dan effecten op de coördinatie en continuïteit van zorg. Voor de patiënt (en zijn mantelzorger) is het immers vooral van belang of deze gedurende de laatste levensfase thuis, in de eigen vertrouwde omgeving kan verblijven (een wens van vrijwel alle patiënten), zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van leven, en zonder dat de mantelzorgers daardoor te zwaar worden belast. Of deze effecten bereikt worden door een verbetering in de coördinatie en de continuïteit van zorg of door andere oorzaken, is voor hen niet van belang, zolang ze maar bereikt worden. Daarom lag in deze studie dan ook de nadruk op de effecten van de interventie op patiëntniveau. En die doelstellingen werden door de introductie van het transmurale thuiszorgprogramma grotendeels wél bereikt. Zo bleek, in vergelijking tot de controlegroep, het aantal dagen dat de patiënt gedurende de rest van zijn leven moest worden opgenomen in een ziekenhuis, ongeveer gehalveerd (evenals het aantal heropnamen) en bleek de interventie positief bij te dragen aan de kwaliteit van leven van de patiënten en hun belangrijkste mantelzorger. Deze resultaten werden bereikt zonder dat de kosten van de gezondheidszorg toenamen. Het vervolgen van de patiënten voor wat betreft hun 'ervaren kwaliteit van leven' tot hun overlijden is overwogen. Dat bleek echter niet mogelijk, omdat de belasting van het invullen van de verschillende vragenlijsten voor de patiënten te groot zou zijn geweest.

Effecten op het gebied van de coördinatie en de continuïteit van zorg hebben wij in ons onderzoek inderdaad niet gevonden. Op dit punt zijn echter belangrijke kanttekeningen bij het onderzoek te maken. Wij denken bijvoorbeeld dat onze meetinstrumenten onvoldoende verfijnd waren om met name de inhoudelijke aspecten van de communicatie tussen hulpverle-

ners te onderzoeken. Ook het optreden van zogenaamde 'ceiling effects', 'please your doctor'-effecten en dergelijke in dit deel van het onderzoek zouden gemakkelijk kunnen hebben geleid tot bias en dus tot 'fout-negatieve' resultaten. Om uitspraken te kunnen doen over de effecten van onze interventie op de coördinatie en continuïteit van zorg, is diepgaander, inhoudelijk onderzoek noodzakelijk.

De belangrijkste uitkomst van ons onderzoek is dat transmurale zorg voor terminale kankerpatiënten werkt (minder ziekenhuisopnamen, positieve effecten op de kwaliteit van leven van patiënten en hun mantelzorger), zonder dat dit de kosten van de gezondheidszorg verhoogt. De wijze waarop deze effecten bereikt worden, blijft voorsnog nog onduidelijk. De effectiviteit van het programma wordt ondersteund door het feit dat het momenteel, zelfs zonder dat hier een reguliere financiering voor verkregen is, volledig geïmplementeerd is in de adherentieregio van het Catharina Ziekenhuis. Tevens worden de eerste stappen gezet om het 24-uurssteunpunt en transmurale team ter beschikking te stellen aan de gehele regio (dus ook ten behoeve van de patiënten die bij andere ziekenhuizen onder behandeling zijn).

Tot slot ben ik met *Eliel* eens dat het beroemd is te moeten constateren dat de Stichting Thuiszorg Eindhoven om wat voor reden dan ook niet meer in staat is om alle terminale patiënten die thuiszorg behoeven, in zorg te nemen. Op die manier dreigt een succesvol lokaal initiatief gefrustreerd te worden.

F.W.J.M. Smeenk

Classificatie van ziekten

Meijer JS. Zicht op ziekte. De classificatie van ziekten en gezondheidsproblemen in de huisartsgeneeskunde [Dissertatie]. Met diskette. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1998; 340 bladzijden.

Pomotie: 2 juni 1998.

Promovendus: J.S. Meijer (1938), huisarts te Amsterdam-Zuidoost.

Promotor: prof.dr. H. Lamberts.

Bespreking: dr. G.J. van der Werf, huisarts te Groningen

Deze dissertatie gaat over de formele en abstracte aspecten van het zicht op ziekte, met als doel een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van classificatiesystemen. Ik heb het boek met bewondering gelezen, want de schrijver blijft consistent zijn taxonomische onderzoekslinje volgen. Daarom is hij in mijn ogen als

promovendus met glans geslaagd. Dat maakt de bespreking eenvoudiger en lastiger: als ik iets ter discussie stel, betreft dat niet de kwaliteit van het proefschrift, maar de betekenis van het zicht op ziekte, zoals in dit proefschrift geschetst voor huisarts en wetenschap.

Het onderwerp wordt in vijf delen besproken:

- het verwerken van medische informatie;
- de relaties tussen verschillende classificatiesystemen in huisartsgeneeskundig perspectief;
- onderzoek naar de inhoud van 'ragbags';
- classificatie en definitie van psychische stoornissen;
- posttraumatische stress in de huisartspraktijk.

Alle delen worden ingeleid met een ziektegeschiedenis uit de eigen praktijk van de schrijver: het begint met de tropenjaren in Kenya; het eindigt met de vliegcrash in de Bijlmermeer. Dat Meijer die laatste gebeurtenis vanuit het perspectief van de huisarts heeft beschreven, is een belangrijke bijdrage aan de huisartsgeneeskunde. Dat die beschrijving ertoe heeft bijgedragen dat de posttraumatische stressstoornis als aparte categorie in de ICPC-2 is terechtgekomen, mag de schrijver tot tevredenheid stemmen.

Zicht op ziekte wordt beïnvloed door politieke en sociale factoren. Dat weten wij huisartsen al heel lang. Meijer laat aan de hand van diverse voorbeelden zien dat dit ook geldt voor de taxonomie. De American Psychiatric Association wees de voorstellen om de maximale duur van een acute posttraumatische stressreactie vast te stellen op drie maanden, af. Dat is deels gebaseerd op het belang dat artsen en getroffen mensen kunnen hebben bij het vaststellen van een echte stoornis. In het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem wordt het behandelen van stoornissen wel vergoed, het begeleiden van normale reacties op abnormale gebeurtenissen niet. Bezorgdheid dat de gelegenheid om vroeg in te grijpen in de processen die leiden tot de langdurige 'posttraumatic stress disorder' voorbijgaat, is dus *een* argument om de maximale duur van de acute posttraumatische stressreactie te beperken, en snel van een stoornis te spreken (blz. 254).

Volgens Meijer is de winst van de ICPC-2 ten opzichte van de huidige ICPC de definiëring van klassen door middel van duidelijk omschreven inclusiecriteria. De winst voor de epidemiologie begrijp ik wel. Maar wat betekent die winst voor de dagelijkse praktijk als de inclusiecriteria op deze wijze gemanipuleerd kunnen worden?

Meijer heeft mij ervan overtuigd dat de taxo-

nomie een boeiend veld van studie is. De ICPC is ontwikkeld vanuit de epidemiologie, met het oogmerk het domein van de huisartsgeneeskunde te ordenen. Vanuit dat oogmerk is de specificiteit van de ICPC voldoende. Meijer is zich van de spanning tussen taxonomie en dagelijkse praktijk uiteraard bewust: echte coördinatiefouten, het ten onrechte niet gebruiken van een passende code, blijken vaak te berusten op de discrepantie tussen een 'common sense'-keuze van de huisarts en de formele beslissing van taxonomen. In zijn dissertatie blijft Meijer taxonoom.

De onderzoeker verzamelt diagnoses; de huisarts verzamelt informatie om tot een beleid te komen (blz. 126). Voor het beleid in de huisartsgeneeskunde is de ICPC te weinig specifiek. Om informatie voor klinisch gebruik vast te leggen, is het daarom aan te bevelen om, naast de ICPC-code ook de ICD-10-code vast te leggen, schrijft Meijer (blz. 125). Meijer heeft een conversie gemaakt tussen ICPC en ICD-10. Dat is dus van groot belang voor de verdere ontwikkeling bij de automatisering in de huisartsgeneeskunde. De lezer vindt achterin het boek een floppie waarop een programma staat waarmee deze conversie bekeken kan worden. Dat er copyright berust op dit product, bevreedde mij. Betekent dit dat de huisartsgeneeskunde er niet zonder meer gebruik van kan maken?

Meijer is ook huisarts. De zin van een classificatiesysteem wordt bepaald door het gebruik in de praktijk, schrijft hij in zijn derde stelling. De ICPC is in Nederland algemeen geaccepteerd voor gebruik in de huisartspraktijk. Dat betekent anno 1998 gebruik in het kader van automatisering. Hoe moet ik dat rijmen met zijn opmerking dat, naast de ICPC, toch ook nog de ICD-IQ nodig is? Hoe kijkt hij dan tegen de soms pijnlijk grote interdoktervariatie bij het gebruik van de ICPC aan?

Meijer erkent de betrekkelijkheid en de tijdelijkheid van classificatiesystemen. Dat is wetenschappelijke distantie; dat moet ook in een dissertatie. Als huisarts had ik graag antwoord gehad op de vraag hoe we omgaan met die betrekkelijkheid als het gebruik ervan voor massaconsumptie voor de deur staat, en al met één voet over de drempel is gekomen.

Ger van der Werf

Reactie

Met de titel 'Zicht op ziekte' heb ik willen aangeven dat ziektebegrippen – gebruikt voor communicatie, registratie in patiëntendossiers of wetenschappelijk onderzoek – bepaald worden door de manier waarop men naar de werke-

lijkheid van de zieke mens kijkt. Directe waarnemingen worden geabstraheerd tot begrippen; ook ziektebegrippen ontleen hun betekenis vooral aan de eigenschap dat ze met anderen gedeeld kunnen worden. Daarmee is de eis tot precisie, helderheid en zinvolle ordening gesteld. Dit geldt ook voor de begrippen die door de huisarts gehanteerd worden, zeker nu de huisarts in toenemende mate de door hem verzamelde informatie met anderen – patiënten, andere eerstelijns werkers, specialisten, sociaal-geneeskundigen of juridische instanties – moet delen. Persoonlijke, soms intieme informatie wordt in geabstraheerde vorm door middel van begrippen en codes vastgelegd. Naast verlies van het persoonlijke dreigt het gevaar dat de vastgelegde informatie een eigen leven gaat leiden. De genoemde diagnose posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is in de eerste plaats een klinische beschrijving van de reacties van zwaargetroffenen. In een juridisch kader vormt het echter een belangrijke voorwaarde voor toekenning van schadeclaims. Voor een juist gebruik van een ziektebegrip is het zowel voor classificatiedoelinden als in de dagelijkse praktijk van belang dat duidelijk is welke criteria voor het gebruik gehanteerd worden. Wellicht zullen in de nabije toekomst niet alleen codes van diagnoses geregistreerd worden, maar ook de criteria op basis waarvan deze gesteld zijn. Dit zal tot een meer uniforme registratie leiden en de interdoktervariatie bij het gebruik van de ICPC verminderen. Uit mijn onderzoek kwam naar voren dat een belangrijk deel van de aangebrachte correcties op de gebruikte codes door scherpere codeerregels vermeden had kunnen worden. Voor persoonlijke interpretatie van de gedefinieerde klassen uit de ICPC in zijn nieuwe vorm is geen plaats meer. Door zoekalgoritmen en de thesaurus in geautomatiseerde huisartsinformatiesystemen is het vinden van de juiste code wel gemakkelijker geworden, maar training en hulp bij moeilijke gevallen blijven – zeker bij wetenschappelijk onderzoek – een vereiste.

Dat criteria van tijd tot tijd bijgesteld of gepreciseerd worden – zoals in de ICPC-2 – is enerzijds het gevolg van een veranderd inzicht in ziekte, anderzijds van nieuwe normen voor het medisch dossier. Van een geheugensteuntje voor de dokter wordt het dossier tot een verslag van doen en denken in een zorgepisode, toegankelijk voor de patiënt en andere hulpverleners.

Tussen de bij tijd en wijle spannende ervaringen als praktiserend huisarts en de abstracte arbeid van het vergelijken van classificatiesystemen, ligt een grote afstand. Toch heeft ook dit een eigen charme. Classificatiesystemen orde-

nen domeinen (aandachtsvelden) en zijn historisch interessant, omdat zij de collectieve neerslag van het zicht op ziekte vormen. Bestudering van de ontwikkeling van de systemen voor de huisartsgeneeskunde nodigt uit tot reflectie over begrippen die men zelf hanteert, en over het aantal begrippen waar men behoefte aan heeft. Voor sommigen is de ICPC al uitgebreider dan het eigen kader, voor anderen is zij niet specifiek genoeg. De voorgestelde oplossing om in dit laatste geval de klassen van de ICD-10 naast de ICPC-klassen te gebruiken, is mogelijk geworden door de op de diskette gepresenteerde conversietabellen; ieder kan hier naar eigen behoefte gebruik van maken. Dat op het label vermeld staat dat de diskette tot mijn dissertatie behoort, is geen claim op copyright, maar komt voort uit de anachronistische bepaling dat proefschriften in gedrukte vorm moeten verschijnen; een diskette kan geen onderdeel van een dissertatie zijn maar er wel toe behoren.

Hans Meijer

ABSTRACT

Ruijs CDM, Van der Burg-van Walsum M, De Melker RA. What explains the non-detection of depression in primary care? A literature study. Huisarts Wet 1999; 42(1):22-5.

Objective To answer the question which factors influence the diagnosis of depression by primary care physicians, against the background of the finding that most depressions identified in primary care with a standardized psychiatric interview are not detected.

Method Literature study. A Medline-search 1990-1998 was performed; previous studies were identified through references in articles.

Results Seven studies were found. Patient bound factors were studied in all, physician bound factors only in one. In all studies measurements were performed before and after consultations; in none the actual consultation was studied. As to patient bound factors more precise diagnosis occurred in the case of severe depressions, while somatic presentation and serious physical comorbidity had a negative influence. As to physician bound factors no influences were identified.

Conclusion Little is known about the defining factors in the diagnosis of depression in primary care. The relevance of unrecognized depression in primary care remains unclear.

Correspondence C.D.M. Ruijs MD, Molensstraat 21, 3512 CL Utrecht, The Netherlands.

DSM-IV Patiëntenzorg

Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Bewerkte vertaling van de 'DSM-IV Primary Care, International edition'. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996; 290 bladzijden, NLG 85,-. ISBN 90-265-14611.

De DSM-IV Patiëntenzorg is bedoeld als een hulpmiddel bij de classificatie, diagnostiek en therapie voor alle klinisch werkzame artsen, met uitzondering van psychiaters, die over hun eigen DSM-IV beschikken. De eerste vraag die bij me op kwam toen ik het degelijk ogende boek doorbladerde, was: wie zit er nu te wachten op nog een internationaal classificatiesysteem op het terrein van psychische en sociale problemen? We hebben al de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Edition (ICD-10), de ICD-10-primary health care version en de International Classification of Primary Care (ICPC).

De samenstellers hebben een hoge mate van aansluiting bij de bestaande systemen nagestreefd. Zo is de DSM-IV Patiëntenzorg een aangepaste vorm van de DSM-IV. De stoornissen in de DSM-IV Patiëntenzorg sluiten naadloos aan bij hun tegenhangers in de DSM-IV. De definities zijn samenvattingen van de DSM-IV diagnostische criteria. Alle diagnostische categorieën in de DSM-patiëntenzorg stemmen overeen met de codes (letter/cijfercombinatie) die zijn gedefinieerd in de ICD-10. Het deel over de geestelijke gezondheidszorg van de ICPC is compatibel met de ICD-10 en daarmee is de conversie tussen de DSM-IV Patiëntenzorg en de ICPC gegeven.

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de gebruikte diagnostische codes, ingedeeld naar:

- Stoornissen die vaak voorkomen in de patiëntenzorg (depressieve stemming, angst, onverklaarde lichamelijke klachten, cognitieve stoornis, problematisch gebruik van een middel, slaapprobleem, seksuele disfunctie, gewichtsverandering of abnormaal eten, psychotische symptomen).
- Psychosociale problemen (onder andere relatie- en gezinsproblemen, problemen in verband met misbruik of verwaarlozing, problemen in verband met persoonlijke rollen, sociale problemen).
- Andere psychische stoornissen (manische symptomen, symptomen in verband met impulsbeheersing, afwijkende seksuele opwinding, dissociatieve symptomen, abnormale bewegingen, disfunctionele persoonlijkheidstrekken).
- Stoornissen die meestal voor het eerst op

zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden (stoornissen in intellect, schoolvaardigheden, motoriek, gedrag/aandacht, sociaal gedrag, eten, zindelijkheid, communicatie, sociale interactie en genderidentiteitsstoornissen).

Hoofdstuk 3 bevat een snelle wegwijzer voor de diagnostische algoritmen. Hierin wordt stapsgewijs een overzicht gegeven van de DSM-IV Patiëntenzorg, een algemeen algoritme en van elk van de negen hoofdgroepen stoornissen die vaak voorkomen zijn samenvattingen voor snel zoeken gegeven.

Hoofdstuk 4 omvat de diagnostische algoritmen voor de negen meest voorkomende psychiatrische symptomen en klachten. Elk algoritme geeft stap voor stap instructies voor het overwegen van die stoornissen waaraan de betreffende symptomen en klachten kunnen worden toegeschreven.

In hoofdstuk 5 staan korte omschrijvingen van psychosociale problemen en omgevingsproblemen. Hoofdstuk 6 behandelt de andere psychische stoornissen en Hoofdstuk 7 gaat over de stoornissen die meestal op de kinderleeftijd worden gediagnosticeerd.

Met het uitgebreide register wordt de gebruiker een goede naslagfunctie geboden.

Met de DSM-IV Patiëntenzorg is een bruikbaar instrument voorhanden voor de classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen in de patiëntenzorg. Naast deze functie in het onderzoek kan de DSM-IV Patiëntenzorg als een onderlegger voor de diagnostiek van GGZ-problemen in de patiëntenzorg toegepast worden. Het klinisch oordeel van de arts betreffende de problemen van de individuele patiënt met zijn unieke culturele en contextuele achtergronden zal uiteindelijk de diagnose bepalen. Ook in de medische opleidingen kan de DSM-IV patiëntenzorg een plaats hebben. Het systeem is ontworpen om artsen te helpen bij het herkennen van symptomen van psychische stoornissen en het formuleren van de differentiële diagnose te vergemakkelijken.

De weerstand van huisartsen tegen 'DSM-kretologie' is aan het tanen. De NHG-standaarden angst en depressie hebben in de onderdelen diagnostiek al een hoog DSM-gehalte. De DSM-IV patiëntenzorg voor de diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde is een gedegen naslagwerk waarmee huisartsen in het onderzoek, in de diagnostiek in de dagelijkse praktijk en in de opleiding hun voordeel kunnen doen.

Klaas van der Meer

Pinkhof

Van Everdingen JJE, Klazinga NS, Pols J, Van den Eerenbeemt AMM, redactie. Pinkhof. Geneeskundig woordenboek. Tiende, herziene en uitgebreide druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998; 871 pagina's, NLG 179,50. ISBN 90-313-1797-7.

Precies twintig jaar geleden verscheen in *Huisarts en Wetenschap* een korte, enigszins kribbige aankondiging van de zevende druk van het meest toonaangevende geneeskundig woordenboek in ons taalgebied: 'Het tijdsbestek waarbinnen een nieuwe druk van een medisch woordenboek van het kaliber van 'de Pinkhof-Hilfman' verschijnt, is een goede maatstaf voor de snelle ontwikkeling van de technische geneeskunde, die introductie van een indrukwekkend aantal nieuwe termen meebrengt. De enkele nieuwe termen uit de niet-technische geneeskunde zoekt men tevergeefs; wel de sterk verouderde W.H.O.-definitie van gezondheid, maar termen als eerstelijns gezondheidszorg, gezondheidszorgechelonnement en zelfs huisartsgeneeskunde ontbreken.'

Dat was voorlopig het laatste woord dat in deze kolommen werd gewijd aan de *Van Dale* onder de medische woordenboeken, en inmiddels zijn we al toe aan de tiende druk. Blijkens het voorbericht zijn er ten opzichte van de voorgaande editie 9000 trefwoorden bijgekomen en 8500 geschrapt. Bij vluchtige controle blijkt vervolgens dat de WHO-definitie van gezondheid er nog steeds in staat, en dat gezondheidszorgechelonnement ook in deze druk ontbreekt. Maar er is ook veel veranderd. Zo staan eerstelijnsgezondheidszorg en huisartsgeneeskunde er nu wél in, samen met een groot aantal andere termen en begrippen die de lezer zou kunnen tegenkomen in *Huisarts en Wetenschap*: hulpvraag, contactreden, somatische fixatie, transitie, standaard, supervisie, deskundigheidsbevordering, ICHPPC, ICPC, inlooppreekuur, *expert system*, basistakenpakket, behandelplan, behandelovereenkomst, dagboekonderzoek...

Dat is dus winst. Helaas blijkt er toch nog steeds veel te ontbreken. Na een paar uur deels systematisch, deels associatief zoeken had ik in ieder geval de volgende woorden en begrippen niet gevonden: anticiperende geneeskunde, apotheekhoudend, arts-assistent (wél co-assistent), arts-patiëntrelatie, *case finding*, comorbiditeit, coronairangiografie, doktersassistente, EMD (elektronisch medisch dossier), episode, *evidence based medicine*, gezondheidsprobleem, gezondheidscentrum, HIS (huisartsinformatiesysteem), huisarts (maar wél internist), interdoktervariatie, interobservervariatie, nerveus-functionele klacht, patiëntgebon-

den, placebogecontroleerd, praktijkassistentie, RCT (wél *randomized controlled trial (RCT)*), registratie, routine-, symptoomdiagnose (wél syndroomdiagnose), toetsing, verslaglegging, à vue, waarneemgroep en weekenddienst.

Deze constatering roept natuurlijk vragen op over de toegepaste selectie van *trefwoorden*. Die blijkt gebaseerd te zijn op de registers van '84 representatieve boeken (...), gelijkelijk verdeeld over 40 medisch-specialistische vakgebieden'. Maar welke boeken dat waren, staat er niet bij, en evenmin of de huisartsgeneeskunde tot die 40 vakgebieden werd gerekend. In ieder geval ontbreekt een vertegenwoordiger van deze discipline in het lijstje van 39(!) geraadpleegde referenten. Bovendien hebben de samenstellers kennelijk geen gebruik gemaakt van de bij dezelfde uitgever verschenen woordenlijst 'Huisartsgeneeskundige termen'.¹

Ook met de gegeven *omschrijvingen* ben ik lang niet altijd gelukkig. Zo wordt bij 'somatische fixatie' een onjuiste omschrijving gegeven, en sluiten de omschrijvingen van de begrippen incidentie, prevalentie en morbiditeit volstrekt niet op elkaar aan. Andere voorbeelden zijn:

- 'attitude, aanmeten van een houding en ver-tonen van bepaald gedrag nadat voor- en na-delen van dat gedrag zijn afgewogen.'
- 'contactreden, de door de patiënt ervaren klacht en/of de gewenste interventie.'
- 'supervisie, een in de geestelijke gezondheidszorg toegepaste methode waarbij een hulpverlener zijn werkproblemen geregeld bespreekt met een meer ervaren werker in dezelfde discipline (...).'

Een derde punt van kritiek is de *spelling*. Ik val er niet over dat het woord 'co-assistent' (zoals het thans moet worden geschreven), nog steeds wordt vermeld als 'co-assistent'; dat kan een vergissing zijn. Waar ik wel over val, is dat de samenstellers op enkele punten doelbewust afwijken van de thans geldende spelling. Zo schrijven zij bij het lemma 'dys-':

'[G.] voorvoegsel in woordverbindingen met de betekenis 'moeilijk, slecht, mis, on-, wan-'; N.B. de *Woordenlijst Nederlandse taal* (het 'groene boekje'), die gebaseerd is op de in 1996 ingevoerde spellingsregels, schrijft voor verschillende termen ten onrechte het Latijnse voorvoegsel 'dis-' (= Ned. 'ont') voor waar het Griekse 'dys-' wordt bedoeld, o.a. bij 'dys-functie' en 'dysproportie' (...).'

Zelfs als de samenstellers inhoudelijk gelijk zouden hebben (waarin ik niet wil treden), hebben zij ongelijk met hun keuze voor een spelling die afwijkt van de 'officiële' spelling, zoals die ook wordt gegeven in de aangepaste *Van*

Dale en de zojuist verschenen *Spellingwijzer Onze Taal* (aanbevolen).^{2,3}

Deze drastisch herziene en fraai uitgevoerde nieuwe druk van de *Pinkhof* betekent ongetwijfeld een majeure verbetering ten opzichte van de vorige. Vanuit huisartsgeneeskundige optiek blijft er echter nog veel te wensen over. Het ware te hopen dat de gebruiker niet nog eens twintig jaar zal moeten wachten op de vervulling van deze verlangens.

E.A. Hofmans

- 1 Meijman FJ, Eyck NJC. Huisartsgeneeskundige termen. Nederlands-Engels. Engels-Nederlands. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 1996.
- 2 Geerts G, Heestermans H. Van Dale. Groot woordenboek der Nederlandse Taal. Twaalfde druk in de nieuwe spelling. Utrecht, Antwerpen: Van Dale Lexicografie, z.j.
- 3 Renkema J, Cohen H, Van Coillie D, et al., redactie. Spellingwijzer Onze Taal. Amsterdam/Antwerpen, Groningen: Contact, Wolters-Noordhoff, 1998; 623 bladzijden, NLG 25,-. ISBN 90-25-2379-5.

JOURNAAL EXTRA

Beste artikel H&W 1998

Tijdens het NHG-congres in Maastricht maakte prof. Ruut de Melker bekend dat de Heert Dokterprijs is toegekend aan M.J.A. Tasche en co-auteurs voor het onderzoeksverslag 'Inhalatietherapie met cromoglycaat bij jonge kinderen met matig ernstig astma' (Huisarts Wet 1998;41:229-35). De jury achtte het een gedegen, correct uitgevoerd en geanalyseerd en praktijkrelevant onderzoek. Dat het een dubbelpublicatie betrof, vond de jury geen bezwaar; integendeel, dubbelpublicaties verdienen een stimulans, zo meent de jury, die zich overigens in haar rapport verheugd toonde: 'Huisarts en Wetenschap bloeit'.

Eervolle vermelding ging naar drie artike-len:

- J.M.M. van den Hoogen et al. (62-8).
- W.J. van Geldrop (476-9).
- E.P. Walma et al. (480-5).

(FJM)

Mededelingen voor de Agenda in nummer 3 (maart) moeten op uiterlijk 28 januari in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Tussen kans en risico. Dokter of adviseur?
Amsterdam, 28 januari.

Congres Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP).
Inlichtingen: drs. M.J. Baan, Boerhaave Commissie, tel. 071 5275297, fax 071 5275262; e-mail M.J.Baan@BHC.Med.Fac.LeidenUniv-NL.

■ **1999 Taipei WONCA Asia Pacific regional conference**

Taipei, Taiwan, 6-10 maart;
tel. 00886-2-27221227; fax 00886-2-27234187; e-mail pcogis@ms14.hinet.net.

■ **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.

■ **Quality, education and research working together for general practice**

Palma de Mallorca, 19-22 mei.
Gezamenlijke conferentie European General Practice Research Workshop (EGPRW), European Academy of Teachers in General Practice (Euract) en European Network on Quality Assurance in Family Medicine (Equip).

Inlichtingen: Spanish Society of Family Medicine (semFYC), Portaferisa 8, 08002 Barcelona; tel. 0034-93-3177129; fax 0034-93-3186902; e-mail congreso@semfyc.es.

■ **Closing the loop**

Toronto, 1-3 oktober
Third international conference on the scientific basis of health sciences.

■ **The best evidence for health care: the role of the Cochrane Collaboration**

Rome, 6-9 oktober.
VII Cochrane Colloquium.
Inlichtingen: Eurosymposia Srl, Via di Tor Fiorenza, 31, 00199 Roma; tel. 0039-6-86328042; fax 0039-6-86386644; e-mail eurosymposia@flashnet.it.

■ **Research on general practice care of the elderly**

Hannover, 14-17 oktober.
Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW).

■ **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.