

Screeningsadvies

De herziene NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2 omvat het advies leden van bepaalde subgroepen (neerkomend op vrijwel iedereen boven de 45 jaar) driejaarlijks te screenen op diabetes mellitus. Als argument voor dit verstrekkende advies wordt aangevoerd: 'de opbrengst in termen van "gevonden" patiënten.' Gezondheidswinst van vroege opsporing en behandeling is echter nooit aangetoond, zoals ook de auteurs van de standaard erkennen. Zo'n slecht onderbouwd advies doet mijns inziens het licht uit voor het standaardbeleid van het Genootschap. Ik vind het onbegrijpelijk dat zoiets alle kwaliteitsdrempels bij de voorbereiding van de standaard heeft kunnen passeren.

Daarbij komt, zoals *Reenders* vaststelt in *H&W* 1999;42:46, dat er weinig terecht komt van de huidige diabeteszorg voor reeds bekende patiënten. Verder rekent noot 3 van de standaard voor dat door screening het bestaande aantal patiënten met diabetes wordt verdubbeld. Bij deze condities lijkt mij het propageren van screening een doeltreffend beroep op de wet van het behoud van ellende.

W.A. van Veen, arts

Naschrift

Gelukkig gaat het licht niet zo snel uit voor het standaardbeleid als de bezorgde schrijver van deze ingezonden brief vreest. De vorm van *case finding* die de standaard adviseert, heeft zeker geen betrekking op 'vrijwel iedereen boven de 45 jaar'. En het advies is nog te begrijpen ook. Het richt zich op het traceren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van microvasculaire complicaties als gevolg van diabetes mellitus. Welnu, het staat onomstotelijk vast dat de mensen die aan één van de in de standaard genoemde opsporingscriteria voldoen, een verhoogde kans hebben op diabetes mellitus. Het staat ook vast dat een intensieve behandeling van diabetes type 2 een reductie geeft van het risico op het ontwikkelen van juist die microvasculaire complicaties.¹ Die complicaties ontwikkelen zich over vaak tientallen jaren. Juist omdat de diagnose diabetes vaak (te) laat wordt gesteld, bestaan op het moment van diagnosestelling al bij 50 procent van deze mensen microvasculaire complicaties.¹ Kortom: de huisarts die deze richtlijn uit de standaard opvolgt, voert zeer gericht – in een populatie met een relatief hoge trefkans – een betrouwbare, niet-belastende en goedkope test uit om een ziekte op te sporen en om in het geval van daadwerkelijk opsporen een bewezen

effectieve behandeling aan te kunnen bieden. Tenslotte: het feit dat de huidige diabeteszorg nog niet optimaal verloopt, mag natuurlijk geen beletsel zijn om een advies dat in de huisartspraktijk toepasbaar is en aansluit bij bijvoorbeeld de *case finding* inzake hypertensie, op te nemen in een standaard.

G. Rutten

¹ Kruijsdijk, M van. Diabetes mellitus type 2: minder kans op complicaties bij intensieve behandeling. *Huisarts Wet* 1999;42:48-9.

Huilbabies

Lucassen beschrijft op heldere wijze het belang van een zorgvuldige, systematische benadering van de excessief huilende zuigeling.¹ Hoewel de oorzaak van excessief huilen nog voor een groot deel onbekend is, zijn er aanwijzingen dat een koemelkallergie een rol speelt. Het advies om gedurende één week een hypo-allergene voeding te proberen, kan tot verwarring leiden. Het Landelijk Informatiecentrum Voedselovergevoeligheid (LIVO, Postbus 85700, 2508 CK Den Haag) adviseert om gedurende twee weken een hypo-allergene voeding op proef te geven; sinds kort wordt zelfs vier weken aangehouden, overigens met als enige reden dat het 'plezieriger is voor de ouders en de CB-arts'. Om onduidelijkheid te voorkomen, lijkt het ons daarom beter voor een proefbehandeling met hypo-allergene voeding een termijn van twee weken aan te houden.

Carel Bakx, huisarts
Margit Metselaar, wijkverpleegkundige

¹ Lucassen PLBJ. Is elke excessief huilende zuigeling een huilbaby? *Huisarts Wet* 1999;42:26-9.

Naschrift

Het advies een excessief huilende zuigeling gedurende één week te behandelen met hypo-allergene voeding, is gebaseerd op de volgende overwegingen. Het effect van hypo-allergene voeding op excessief huilen is te verwachten binnen enkele dagen; indien het huilen na een week nog niet is afgenomen, is verbetering onwaarschijnlijk. Bovendien is de duur van de interventie bij onderzoeken naar het effect van voeding op excessief huilen steeds één week. Het advies de hypo-allergene voeding gedurende één week te geven is dus evidence-based.

Bij de diagnostiek van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen speelt de eliminatie-provocatietest een essentiële rol. Hierbij is grotendeels op basis van consensus en pragmatische

afwegingen afgesproken de duur van de eliminatieperiode voor de meeste symptomen op twee weken te houden. Het is mijns inziens niet bezwaarlijk – en mogelijk beter voor de duidelijkheid – om bij excessief huilende zuigelingen een eliminatieperiode van twee weken af te spreken. Om de diagnose voedselovergevoeligheid definitief te stellen, zal bij een positieve reactie op de eliminatie overigens toch nog een keer een provocatietest gedaan moeten worden.

Peter Lucassen

Tweede hoogleraar

In het februarinummer van *Huisarts en Wetenschap* – 1999;42(2):47 – wordt Huygen ten onrechte de tweede hoogleraar huisartsgeneeskunde in ons land genoemd. Dat was echter D.C. den Haan, huisarts in Leiden, in de jaren 1956-1969 lid van de redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap*, en ongeveer een maand na Van Es benoemd tot hoogleraar in de 'algemene praktijk van de geneeskunde' in Rotterdam. Later, toen ik Den Haan was opgevolgd, is dat 'huisartsgeneeskunde' geworden. Den Haan werd directeur van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt in Rotterdam. Hierdoor is hij wat uit het zicht van de huisartsgeneeskunde geraakt, maar dat doet niets af aan het feit dat hij, ook in het begin van het NHG, zijn steentje aan ons vak heeft bijgedragen.

Waarvan akte.

H.J. Dokter

NOTA BENE

Tijdens een open spreekuur stelle men gesloten vragen.

Stelling bij: Thiadens HA. Diagnosing asthma or chronic obstructive pulmonary disease in patients with persistent cough: variations on the theme [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1999.

De knijpkracht in de dominante hand is een valide maat voor de algehele spierkracht en vermindering ervan een goede voorspeller van vallen van zelfstandig wonende ouderen. Daarom is het gebruik van een handdynamometer ter bepaling van de spierkracht in de huisartspraktijk aan te bevelen.

Stelling bij: Stalenhoef PA. Falls in the elderly. A primary care-based study [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1999.

Autonomie

Stüssgen RAJ. De nieuwe patiënt op weg naar autonomie. Amsterdam: Thela Thesis, 1997; 334 bladzijden, NLG 45,-. ISBN 90-5170-444-5.

Promotie: 19 december 1997, Universiteit Maastricht.

Promovendus: R.A.J. Stüssgen (1962), socioloog.

Promotores: prof.dr. M. de Winter, prof.dr. P. Schnabel.

Bespreking: dr. F. van der Horst, medisch socioloog.

Dit proefschrift is om meer redenen de moeite van het lezen waard. Het neemt de lezer aan de hand mee door de literatuur rondom thema's die nog steeds actueel én relevant zijn voor artsen, patiënten, beleidsmedewerkers én onderzoekers rond het thema autonomie van de patiënt en arts-patiënt relatie. Vooral het kwalitatieve onderzoek onder patiënten is expliciet methodisch verantwoord.

Inleiding

In de inleiding (deel I) wijst de auteur op parallelle ontwikkelingen in allerlei sectoren van de samenleving, ook op het terrein van ziekte, gezondheid en de zorg daarvoor. De medische technologie (en daarmee de deskundigheid van artsen) viert hoogtij, terwijl de roep om meer zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de zorg voor gezondheid sedert de jaren zeventig steeds luider wordt.

Vanuit ziekte- en gezondheidsgedrag, mede gekoppeld aan de rol van de patiënt, komt de auteur op de vraagstellingen van zijn proefschrift. Vanuit een aantal volgens hem relevante begrippen probeert hij de contouren van en rondom de waarde persoonlijke autonomie te profileren.

Persoonlijke autonomie wordt gelijkgesteld aan positieve vrijheid. Deze twee concepten worden onderscheiden van negatieve vrijheid. Autonomie en vrijheid vormen belangrijke elementen van een individualistische ideologie, die ontstaan zijn in en vanuit de Renaissance. Door economische, sociaal-culturele en technische verworvenheden is deze geleidelijk over de verschillende sociale lagen verspreid. De individualistische ideologie zou in de jaren zestig en zeventig een dominante invloed gehad hebben op de identiteitsvorming van mensen; de aantasting van de vanzelfsprekendheid

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.

van het gezag in allerlei sectoren van de samenleving en de daarmee parallel lopende toeneemende druk op het gezag zich te legitimeren, heeft hiertoe een belangrijke bijdrage geleverd en maakt hier tevens deel van uit.

Vanuit dit gezichtspunt trekt Stüssgen lijnen naar de concepten bevels- en onderhandelings-huishouding, medicalisering en protoprofessionalisering. Hij meent zijn keuze te verantwoorden met het argument dat de 'persoonlijke autonomie' in deze concepten centraal staat: onderhandelingshuishouding zou wederzijds respect impliceren, medicalisering vertegenwoordigt een kritische stroming omdat de geneeskunde de persoonlijke autonomie zou uithollen, protoprofessionalisering zou persoonlijke autonomie bevorderen, omdat patiënten de gezondheids/ziekte-ervaringen van alledag door een professionele bril leren bekijken en beoordelen. Dit zou patiënten meer geschikt maken voor én meer geneigd maken tot professionele hulp.

Perspectieven

Daarna volgen drie delen:

- **Perspectieven op patiënten:** de wijze waarop de autonomie van de patiënt met betrekking tot zijn gezondheid in het publieke debat wordt verwoord, geproblematiseerd en weerklank vindt in het overheidsbeleid.
- **Perspectieven van patiënten:** de ideeën, opvattingen, gedragingen én ervaringen van patiënten. Vooral hier staat de waarde 'persoonlijke autonomie' centraal. Er is gekozen voor twee categorieën patiënten met chronische aandoeningen: insuline gebruikende diabeten en longpatiënten (astma, bronchitis en emfyseem). De laatste categorie is nog aangevuld met patiënten met de ziekte van Besnier-Boeck en longkanker. Daarenboven zijn één hartpatiënt, één huidallergiepatiënt en één type-II-diabetespatiënt in het onderzoek betrokken.
- **De verhouding tussen de perspectieven op patiënten en de perspectieven van patiënten:** 'in hoeverre stemmen de opvattingen over de rol van de patiënt in het publieke debat en beleid overeen met de individuele opvattingen, gedragingen en beloningen van diabetes- en longpatiënten?'

In drie hoofdstukken (deel II) worden de perspectieven op patiënten verwoord: samenwerking tussen gelijkwaardige partners (3), zelfzorg en gezondheidsgedrag (4), patiëntenbeelden in het overheidsbeleid (5). In een boeiend en empirisch onderbouwd betoog wordt de lezer aan de hand meegenomen door de tijdspanne 1970-1996.

De perspectieven van patiënten worden in vier hoofdstukken (deel III) gepresenteerd: balanceren tussen volgzzaamheid en eigenzinnigheid (7), spanningen rondom ziekte, gezondheid en bestaanskwaliteit (8), protoprofessionalisering, zelfzorg, lichaam- en ziektebeleving (9), de patiënt als consument, rechtspersoon en lotgenoot (10).

Deel IV (de verhouding tussen perspectieven op en van patiënten) omvat één hoofdstuk. Vanuit twee aanvullende conceptuele kaders worden de perspectieven op (en van patiënten) met elkaar in verbinding gebracht.

Methoden

In het proefschrift wordt alleen de methode van onderzoek van deel III volledig verantwoord. Het omvat de selectie van 33 respondenten ('een dusdanig aantal gedaanten en situaties, dat hiermee de perspectieven van patiënten voor een belangrijk deel vertegenwoordigd worden'), ingegeven door de interpretatieve benadering op basis van 'sensitizing concepts' en geleid door de theoretische notities (zoals in deel I verwoord) als methode van analyse en databeheer. Deze benadering veronderstelt een dataverzameling volgens het open en semi-structureerde interview. De respondenten-patiënten zijn verzameld door tussenkomst van specialisten en ziekenhuisdirecties. De relevant geachte kenmerken zijn: aard van de ziekte/aandoening, leeftijd, geslacht, opleiding en (al dan geen) lidmaatschap van patiëntenverenigingen. De ziektekeuze omvat diabetes type 1 (17 respondenten), diabetes type 2 (1), cara (10), Besnier-Boeck (2), longkanker (1), hartproblematiek (1) en huidallergie (1). Op basis van deze keuze zou er sprake zijn van systematische representativiteit en derhalve generaliseerbaarheid.

De methode van deel II wordt niet verantwoord. In deel IV wordt het theoretische kader verwoord (conceptuele ruimte met vier kwadranten volgens de horizontale lijn 'individueel-collectief' en volgens de verticale lijn 'privé-publiek') van waaruit de resultaten van deel II en III vergeleken worden; dit kader wordt aangevuld met dat van deel I. Hiermee wordt impliciet de methode van analyse en betekenisgeving verwoord.

Resultaten/conclusies

Deel II berust uitsluitend op literatuur. De literatuur omvat artikelen/boeken door middel waarvan artsen, critici en patiëntenbeweging een bijdrage hebben geleverd aan het publieke debat over de rol van de patiënt. De literatuur omvat eveneens beleidsnota's. De voornaamste bevindingen zijn:

- In het publieke debat staat de opvatting centraal dat patiënten hun omgang met artsen steeds meer dienen te regelen in onderling overleg en met wederzijdse toestemming: de patiënt is niet alleen object maar ook subject van zorg. Door een bijdrage te leveren aan een gelijkwaardige omgang met de patiënt, respecteert de arts de vrije handelingsruimte van de patiënt (hoofdstuk 3).
- In het publieke debat wordt de opvatting verkondigd dat:
 - door professionalisering van de zorg is de zelfstandigheid van de gebruiker in het gedrag gekomen;
 - er is sprake van teleurstelling over prestaties en pretenties van curatieve zorg;
 - de doelstelling van gezondheidsbevordering leunt aan tegen de doelstelling van zelfstandigheidsbevordering.
 - een goede gezondheid is nodig om autonomie te handhaven dan wel te bevorderen (hoofdstuk 4).
- Het beeld van de patiënt als consument wordt ingezet voor bezuinigingen. De patiënt die geen verantwoordelijkheid voor zijn zorg draagt, wordt in zijn zelfstandigheid en individualiteit en zelfs in de integriteit van zijn subject-zijn aangetast. Het beeld van de patiënt als consument wordt ingezet voor een proces van bestuurlijke vernieuwing en bezuinigingen (hoofdstuk 5).

Deel III geeft verslag van het kwalitatieve onderzoek onder patiënten met eerdergenoemde chronische aandoeningen. De voornaamste bevindingen zijn:

- Patiënten die volgzzaamheid van en vertrouwen in de arts willen combineren met eigenzinnigheid stellen als voorwaarde dat de arts moet kunnen overtuigen en informeren alsmede open staan voor inbreng van en overleg met de patiënt. Patiënten zullen steeds meer van artsen verwachten dat zij hun vertrouwen moeten verdienen door te overtuigen (hoofdstuk 7).
- Streven naar gezondheid door middel van zelfzorg of professionele zorg kan op gespannen voet staan met bestaanskwaliteit. Door een lichamelijke beperking kan iemand mogelijk iets niet wat hij uit oogpunt van bestaanskwaliteit wel wil (hoofdstuk 8).
- Op basis van een medisch perspectief en een kwaliteit-van-leven-perspectief creëert de patiënt een houding van gedistantieerde betrokkenheid: een combinatie van subjectief existentiële beleving van de ziekte met een objectief rationale analyse hiervan (hoofdstuk 9).
- Patiënten prefereren de term 'patiënt' boven 'consument' en 'arts' boven 'dienstverlener'. Binding met de arts is gebaseerd op vertrouwen

in diens deskundigheid én tevredenheid over sociale bejegening. De ondervraagden geven blijk van een besef als patiënt rechten te hebben. De respondenten houden 'lotgenotencontact' eerder af dan dat zij dit zoeken (hoofdstuk 10).

In het vierde en laatste deel laat de auteur zien hoe de ontwikkeling van de patiëntenrol zich cyclisch en iteratief voltrekt via processen van socialisatie, internalisatie, publicatie en culturele reproductie. Hierbij demonstreert hij hoe het individu zich verhoudt tot bovenindividuele culturele waarden en normen (morele orde). Individuen maken zich culturele waardenoriëntaties eigen door bewuste en actieve denkprocessen. Bij de ontwikkeling van patiënten tot mondige en protoprofessionale subjecten, zijn zij zelf als actief subject in dit proces betrokken. De wijze waarop mensen over zichzelf en hun ervaringen reflecteren en via interactie komen tot een gedeeld begrip over de werkelijkheid is hierbij van essentiële betekenis. Wanneer persoonlijke autonomie als waarde gaat domineren, is het niet zo dat mensen c.q. patiënten zich min of meer automatisch ontwikkelen tot mondige mensen. Patiënten wegen de waarde gezondheid af tegen andere levenswaarden die hiermee op gespannen voet staan: 'kan bijvoorbeeld iemand met een dwarslaesie ervoor kiezen zijn beperkte energie te stoppen in studie en maatschappelijk engagement in plaats van zich te schikken naar een tijd- en energierovend medisch regime gericht op optimaal lichamelijk functioneren' ... 'patiënten nemen slechts datgene van een medisch perspectief over wat hen vanuit hun eigen kwaliteit-van-leven perspectief van betekenis lijkt' (hoofdstuk 11).

Commentaar

Het empirische deel van het proefschrift berust op twee afzonderlijke onderzoeken: één (deel II) op basis van literatuur en één (deel III) op basis van gesprekken met patiënten met chronische aandoeningen; dit laatste deel is overwegend kwalitatief van aard. Opvallend is dat bij deel II niet, bij deel III wel en bij deel IV impliciet een methodische verantwoording van het onderzoek wordt gegeven (literatuuronderzoek is ook onderzoek dat verantwoord kan en dient te worden). In deel IV worden de resultaten van de voorgaande twee delen gepresenteerd op basis van een betekenisvol aanvullend conceptueel kader (waarmee de methode van analyse enigszins gegeven is). In de inleiding (deel I) worden de drie vraagstellingen geformuleerd: elk van deze drie heeft betrekking op één deel, respectievelijk deel II, III en IV.

Het proefschrift is om meer redenen de moeite van het lezen waard. Het neemt de lezer aan de hand mee door de literatuur rondom thema's die nog steeds actueel én relevant zijn voor artsen, patiënten, beleidsmedewerkers én onderzoekers rond het thema autonomie van de patiënt en arts-patiënt relatie. Vooral het kwalitatieve onderzoek onder patiënten is expliciet methodisch verantwoord.

De lezer die gehoopt had dat het proefschrift ook zou afsluiten met een conceptuele uiteenzetting van de term 'autonomie van de patiënt', komt wat bedrogen uit. Dit neemt niet weg dat het laatste deel wederom boeiend is: het publieke domein wordt tegenover het privé-domein geplaatst, en het individuele tegenover het collectieve domein. Het is eveneens boeiend omdat het perspectief op en van patiënten op een iets andere wijze geordend wordt vanuit thema's die ten dele al eerder aan de orde kwamen: partnerschap, kwaliteit-van-leven-perspectief, zelfzorg, etc. (dat wederom teruggekomen wordt op Parsons en nauwelijks op de vele andere auteurs die na hem kwamen, is een gemiste kans). De uitspraak in de inleiding dat protoprofessionalisering persoonlijke autonomie bevordert, is twijfelachtig; in deel IV slikt de auteur deze uitspraak enigszins in. Wanneer echter in de eerste twee centrale vraagstellingen twee van de vijf deelvragen geformuleerd zijn in termen van 'welke rol speelt de waarde persoonlijke autonomie', mag je verwachten dat dit begrip niet alleen onder het hoofdstuk 'relevante theoretische begrippen' terugkomt, maar ook en vooral in deel IV. Dit neemt niet weg dat in het afsluitende deel soms aangeven wordt welke dimensies van persoonlijke autonomie wel in deel II en niet in deel III (of omgekeerd) genoemd worden, zij het in termen van gedragsuitingen. Dit gebeurt echter niet systematisch. Patiënten vinden bijvoorbeeld dat de arts zich gelijkwaardig dient te verhouden tot patiënten en vanuit deze houding open dient te staan voor samenwerking. Vanuit 'perspectieven op patiënten' wordt gesteld dat artsen patiënten dienen op te voeden en te stimuleren tot verantwoord gedrag. In de ideeënwereld van patiënten blijkt deze opvatting niet terug te komen. Perspectieven van en perspectieven op patiënten komen overeen in de opvatting dat artsen de grenzen van de medische deskundigheid dienen aan te geven en haar potentieel dienen te relativiseren. Een zeer goede lezer wordt derhalve soms beloofd in het vinden van dimensies van 'persoonlijke autonomie'. Dit 'schoonheidsfoutje' wordt wellicht mede veroorzaakt door pas later in het onderzoek het vergelijkend theoretisch kader volgens de vier

kwadranten bij de analyse te betrekken (zoals verwoord in deel IV).

Waar de methode van onderzoek van deel III kwalitatief van aard én origineel is, blijft de lezer toch met een vraag zitten. Dit betreft de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Alle voornoemde patiënten (n=33) zijn benaderd via ziekenhuizen en specialisten (internisten en longartsen). Onduidelijk is hoe deze selectie vanuit de specialisten heeft plaatsgevonden. Geen der patiënten is onder behandeling van een huisarts. Binnen de groep patiënten is sprake van variatie in leeftijd, opleiding, geslacht én lidmaatschap van patiëntenvereniging (wel of niet). Ook variëren de patiënten in urbanisatiegraad. Door de patiënten via de specialist op te sporen zouden vooral patiënten met een lichtere vorm van cara uitgesloten worden, te meer (aldus de auteurs) daar het om patiënten gaat die tenminste twee keer per jaar de specialist bezoeken. We nemen aan dat (vooral wat patiënten betreft met diabetes mellitus) niet gelet is op de vraag of patiënten al dan geen complicaties hebben. Patiënten die bij de specialist bekend zijn en zich niet laten 'controleren' ontbreken kennelijk ook in de selectie. Variatie in duur van de aandoening is evenmin bekend. Wanneer ook mensen met 'lichtere' vormen van CARA en mensen met diabetes type I en II meegenomen zouden zijn onderscheiden naar 'met en zonder complicaties' en aangevuld met 'wegblijvers' zou het patiënten-pallet mogelijk meer gedifferentieerd worden zijn. Daarmee zou de geldigheid groter worden. Wanneer daarenboven de te betrekken patiënten verdeeld zouden worden naar goed en minder goed ingesteld, was het plaatje nog boeiender en relevanter geworden. Wanneer daarnaast ook patiënten van huisartsen bij het onderzoek betrokken zouden zijn, had de geldigheid van het onderzoek ongetwijfeld nog meer aan waarde gewonnen.

Wanneer Stüssgen nog een aanvullend onderzoek zou kunnen doen, is mijn suggestie: vergelijk huisartsen en specialisten met patiënten in hun perspectieven op 'persoonlijke autonomie van de patiënt'. Geef daarbij extra aandacht aan de zwakke kanten van dit betekenisvolle proefschrift dat wel degelijk nieuwe gezichtspunten geeft.

Frans van der Horst

Naschrift

• *Geen methodische verantwoording van het literatuuronderzoek (deel II)?* Methodisch draait het bij literatuuronderzoek vooral om twee vragen: is de bestudeerde literatuurselec-

tie representatief voor het publiek debat waarover een uitspraak wordt gedaan, en wordt de gemaakte selectie op adequate wijze weergegeven? Een verantwoording van de gemaakte selectie heb ik in de inleiding op deel II gegeven. Bij de tweede vraag gaat het er vooral om dat de standpunten en meningen die door de verschillende deelnemers aan het debat worden ingenomen, zuiver worden weergegeven en op een logische manier worden geordend. Een expliciete methodische verantwoording hiervan kan moeilijk worden gegeven en wordt naar mijn weten ook nooit gegeven.

• *Protoprofessionalisering bevordert de persoonlijke autonomie?* De constatering van de recensent dat ik in de inleiding beweer dat protoprofessionalisering de persoonlijke autonomie van de patiënt bevordert, is onjuist. In de inleiding stel ik behoedzaam dat informatie over keuzemogelijkheden in het algemeen wordt gezien als een voorwaarde voor persoonlijke autonomie. Omdat de medische informatie die patiënten zich eigen maken leidt tot een proces van protoprofessionalisering – dat wil zeggen dat zij hun gezondheid, ziekte en de zorg daarvoor door een professionele bril leren bekijken en beoordelen – zet ik ook dit concept theoretisch nader uiteen. Vervolgens constateer ik in deel II dat de betekenis van protoprofessionalisering voor de persoonlijke autonomie van de patiënt in het publieke debat ter discussie staat: sommigen beweren dat protoprofessionalisering de patiënt emancipeert, anderen dat protoprofessionalisering de patiënt manipuleert en zijn autonomie op slinkse wijze uitholt. Op basis van mijn analyses van interviews met patiënten in deel III constateer ik dat er geen aanwijzingen zijn voor het manipulatiestandpunt. Op basis van deze analyses concludeer ik daarentegen wel dat protoprofessionalisering drie positieve effecten op patiënten kan hebben: door met name (vermoedheids)klachten door een professionele bril te leren bezien en de medische definitie van de situatie over te nemen, kan de patiënt aanspraak maken op de sociale etikettering 'ziek' en daarmee vrijgesteld worden van normale taken en verplichtingen en gevrijwaard worden van een morele (zelf)veroordeling; protoprofessionalisering kan de acceptatie van de ziekte vergemakkelijken, zowel voor de patiënt zelf als zijn naaste omgeving; protoprofessionalisering kan een verklaring geven voor de klachten en verschaft de patiënt daarmee enige zekerheid, op basis waarvan hij de klachten kan beheersen.

• *Te weinig variatie in de onderzoeksgroep?* De suggesties die de recensent doet voor meer

variatie in de onderzoeksgroep zijn waardevol voor een mogelijk kwantitatief vervolgonderzoek. Voor het kwalitatieve onderzoek dat ik heb verricht, is het echter niet zinvol om een zo grote variatie in mogelijke relevante kenmerken na te streven, omdat de onderzoeksgroep daarvoor te klein is.

René Stüssgen

Benzodiazepinegebruik

Van Hulten RP. Blue boy – why not? Studies of benzodiazepine use in a Dutch community [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998; 201 bladzijden. ISBN 90-652-6048.

Promovendus: R. van Hulten, apotheker te Joure.

Promotores: prof.dr. A. Bakker,

prof.dr. H.G.M. Leufkens;

copromotor: dr. K.B. Teeuw.

Bespreking: dr. B. Terluin, huisarts te Almere.

De apotheker Van Hulten deed onderzoek naar het gebruik van benzodiazepinen in Joure, een plaatsje met 13.500 inwoners, zes huisartsen en één apotheek met een volledig geautomatiseerde administratie. Het lijkt een ideale setting om gebruikspatronen te onderzoeken, maar over dit proefschrift valt helaas weinig goeds te zeggen. In de eerste plaats missen de meeste deelonderzoeken een duidelijke probleem- en vraagstelling. In de tweede plaats blijven de voorschrijvers (huisartsen, specialisten, psychiaters) en de indicaties voor de benzodiazepinevoorschriften buiten beeld, zodat een link met de praktijk ontbreekt. Ten derde worden enkele forse methodologische fouten gemaakt.

Patronen

Uit de apotheekregistratie over de periode 1983-1992 bleek dat jaarlijks 10-12 procent van de bevolking minimaal één recept voor een benzodiazepine aanbod. Een derde van hen was 'incidenteel gebruiker' (<30 dagen per jaar), een derde 'regelmatig gebruiker' (30-180 dagen per jaar) en een derde was 'chronisch gebruiker' (>180 dagen per jaar). Vrouwen en ouderen waren in de meerderheid.

Een jaarcohort (1984) gebruikers werd gedurende acht jaar gevolgd. Het percentage dat in de volgende jaren opnieuw een recept voor benzodiazepinen kreeg, daalde geleidelijk tot 33 procent. Het patroon kwam geheel overeen met wat bij een vergelijkbaar onderzoek in Zweden was gevonden. Het zijn op zichzelf interessante cijfers, maar ze vertellen niets over de achtergronden van het gebruik.

In het volgende onderzoek werd bij een cohort van 'initiële gebruikers' nagegaan of bepaalde kenmerken van het gebruik in de eerste drie maanden een herhaling van de voorschriften in de follow-up-jaren konden voorspellen. Er werden twee patronen ontdekt: een stabiel, langdurig gebruik van vooral slaapmiddelen bij vooral ouderen, en een onregelmatig gebruik, waarbij in het begin vaak recepten voor relatief korte tijd en voor verschillende benzodiazepinen werden verstrekt. Hier herkennen we iets uit de praktijk: enerzijds de ouderen die slaapmiddelen gaan gebruiken en daar kennelijk van de voorschrijver niet mee behoeven te stoppen, anderzijds mensen die aanvankelijk een benzodiazepine alleen voor korte tijd krijgen voorgeschreven, maar die het daarna regelmatig opnieuw nodig hebben.

Associatie met chronische ziekte en kwaliteit van leven

Eveneens op basis van gegevens uit de apothekeregistratie wilde Van Hulten de associatie tussen benzodiazepinegebruik en chronische ziekte onderzoeken. De aanwezigheid van chronische ziekte werd benaderd met een 'gevalideerde' score (de CDS) op basis van medicatie die veelal wordt voorgeschreven bij chronische ziekten (onder meer hart-vaatziekte, longziekte, diabetes, peptisch ulcus en migraine). Het bleek dat niet alleen een hoge CDS-score leidde tot benzodiazepinegebruik, maar dat benzodiazepinegebruik ook leidde tot een stijging van de CDS-score.

De vraag is hoe je dat laatste zou moeten interpreteren. De mogelijkheid dat het een artefact is op basis van het feit dat de CDS slechts een benadering en niet een feitelijke vaststelling is van de aanwezigheid van chronische ziekte, noemt Van Hulten jammer genoeg niet. Niet iedereen die een bètablokker heeft gekregen, heeft immers een hartziekte, en niet iedereen die cimetidine heeft gekregen, heeft een 'peptisch ulcus'. Opnieuw is het lastig om de cijfers te vertalen naar de praktijk. Het blijft onduidelijk om welke mensen het precies gaat.

Vervolgens gaat de auteur een stap verder. De groep mensen die in november 1994 een recept voor een benzodiazepine aanboden, en een gematchte controlegroep kregen een 'Quality of Life'-vragenlijst. Een duidelijke vraagstelling ontbrak. Een klein deel van de gebruikers vertoonde een sterk verminderde kwaliteit van leven. Naar de betekenis hiervan kan de lezer blijven gissen. De gegevens van de vragenlijstpatiënten werden – opnieuw zonder duidelijke vraagstelling – op nog een andere manier geanalyseerd. Het resultaat is niet te interpreteren. Ten slotte werden 'initiële gebruikers' en

gematchte controles zes maanden gevolgd met QOL-vragenlijsten. Het doel was het effect te onderzoeken van benzodiazepinen op de gezondheid. Na zes maanden was het initiële verschil in kwaliteit van leven tussen de gebruikers en de controles voor ongeveer tweederde overbrugd.

Is dit laatste het effect van benzodiazepinen? Dat kun je natuurlijk niet zeggen. We weten niet welke mensen voor welke indicaties een benzodiazepine kregen. Misschien is de geobserveerde verbetering wel geheel 'natuurlijk' van aard. Misschien hadden de benzodiazepinen wel een óngunstige invloed op het beloop en was het zonder benzodiazepinen nog veel beter gegaan. Wie zal het zeggen? Door de opzet van dit onderzoek is daar niets over te zeggen. Zonde van het werk.

Cognitieve theoretische modellen

In het laatste deel vliegt Van Hulten jammerlijk uit de bocht. Met behulp van vragenlijsten werden twee cognitieve theoretische modellen van gezondheidsgedrag getest op de duur van het benzodiazepinegebruik bij een groep gebruikers. Het ene model, het Health Belief Model (HBM), stelt onder meer dat gezondheidsgedrag (denk bijvoorbeeld aan bewegen en een uitstrijkje laten maken) een grotere kans heeft te worden uitgevoerd als men zich vatbaar voelt voor een gezondheidsbedreiging die men als ernstig ervaart, en als men meent te kunnen profiteren van dat gedrag. Het andere model, de Theory of Planned Behaviour (TPB), onderkent onder andere de rol van de goede bedoeling (de intentie) en de ervaren controle over het bedoelde gezondheidsgedrag. Met geavanceerde LISREL-analyses wist Van Hulten een verwijzing van het HBM te creëren waarmee bijna de helft van de variantie in de duur van het benzodiazepinegebruik kon worden verklaard. Het slikken van benzodiazepinen werd onder meer verklaard uit de intentie om dit te doen, de ernst van de klachten waarvoor de middelen werden gebruikt en het profijt dat men aan de benzodiazepinen toeschreef. Ook de ervaren controle over het slikken van benzodiazepinen bleek dit gedrag te voorspellen, maar dan op een negatieve manier – geheel tegen de voorspelling van het model in. Het vreemde is dat Van Hulten hier geen commentaar op heeft en het geheel ziet als een bevestiging van de geldigheid het model.

Waar is het dan mis gegaan? Ik denk dat het Van Hulten is ontgaan dat de door hem gebruikte modellen zijn ontwikkeld om gezondheidsbevorderend gedrag met een bepaalde moeilijkheidsgraad te voorspellen, en dat het slikken van benzodiazepinen gedrag is van een

heel andere orde. Benzodiazepinen slikken is niet gezondheidsbevorderend of moeilijk; het is de weg van de minste weerstand. Van Hulten heeft dus het verkeerde probleem gebruikt om het model te testen. Het gevolg is dat het onderzoek niet zo zeer ongeldige resultaten als wel geen nieuwe gezichtspunten oplevert.

Ik sla een hoofdstuk over – een nadere uitwerking van het bovengenoemde onderzoek – en ga naar het laatste onderzoek in het proefschrift. Voortbordurend op het onderzoek naar de modellen, stelt Van Hulten zich de vraag welke determinanten verantwoordelijk zijn voor een verandering in de intentie om benzodiazepinen te slikken bij een groep 'initiële gebruikers'. De gebruikers kregen vragenlijsten direct na inlevering van het recept en twee weken en zes maanden later. Uit de resultaten valt op te maken dat de intentie om benzodiazepinen te slikken verminderde als de klachten waarvoor ze werden voorgeschreven, afnamen. En dat gebruikers die in het begin al weinig zin hadden om benzodiazepinen te slikken, na zes maanden helemaal weinig trek hadden om ermee door te gaan. Opzienbarend?

Conclusie

Het is jammer van het werk – elk onderzoek betrof honderd patiënten of een veelvoud daarvan –, maar geavanceerde statistische analyses kunnen nu eenmaal niet compenseren voor een gebrek aan relevante vraagstellingen en/of een gebrekkige onderzoeksofzet. Met name het ontbreken van informatie over de indicaties waarvoor de benzodiazepinen werden gegeven en over de voorschrijvers, maakt dat het proefschrift van Van Hulten niet of nauwelijks kan bijdragen aan meer inzicht in het benzodiazepineprobleem in de (huisarts)praktijk, laat staan aan oplossingen voor dit probleem.

Berend Terluin

Reactie

Waar te beginnen bij een repliek? De redactie van dit tijdschrift staat mij daarvoor slechts enkele alinea's toe. Ik zal mij dan ook moeten beperken tot twee knelpunten: de waarde van medicatiegegevens – wat zeggen ze, al dan niet verwerkt in de Chronic Disease Score (CDS), over ziekte en beloop hiervan? – en de kritiek van Terluin op het deelonderzoek waarin twee cognitieve modellen (HBM, TPB) zijn gebruikt om de duur van het gebruik van benzodiazepinen te verklaren.

Centraal in de kritiek van Terluin staat het idee dat de indicaties waarvoor benzodiazepinen werden voorgeschreven, niet in het onder-

zoek zijn betrokken, en dat daarom eigenlijk geen conclusies uit dit onderzoek getrokken zouden mogen worden. Die lijn wordt doorgetrokken wanneer de toepassing van de CDS-score ter sprake komt (de CDS is een op medicatiegegevens gebaseerde score voor de mate waarin patiënten aan chronische aandoeningen lijden). Als toegift wordt de bètablokker genoemd, die voor meerdere indicaties wordt voorgeschreven.

Eén voorschrift voor een bepaald geneesmiddel heeft natuurlijk weinig informatiewaarde, twee al meer. Wanneer het mogelijk is om over een reeks van jaren een medicatieprofiel te construeren en te valideren (ook de farmacotherapie van specialisten, waar menig huisarts maar naar moet gissen), dan zegt dat heel wat over de ziekte van de patiënt, de prognose en het beloop. De laatste jaren zijn er veel publicaties verschenen waarin de informatieve waarde van dergelijke medicatieprofielen voor epidemiologisch onderzoek wordt onderschreven.^{1,2} Kritiek komt er meestal van praktiserende artsen die in hun praktijk altijd wel iemand kennen die niet in zo'n profiel past. Dat is juist, maar het zegt veel meer over het klassieke spanningsveld tussen het numerieke denken in de epidemiologie en het denken op individueel niveau in de patiëntenzorg.³

Daarnaast moet het de ervaren huisarts-onderzoeker Terluin bekend zijn dat informatie over indicaties in het dossier van de huisarts ook maar een benadering is. Deze informatie is vaak een mix van werkhypothese, een voorlopige diagnose of alleen maar een label om het voorschrijven te rechtvaardigen. We weten ook dat veel benzodiazepinen worden voorgeschreven zonder arts-patiëntcontact, zonder een juiste klinische vaststelling, of voor niet-geregistreerde indicaties, zonder dat dit genoteerd wordt uit angst voor (juridische) repercussies.⁴⁻⁶ Het gebruik van een bepaalde dataset wordt bepaald door een gewogen beoordeling van de kwaliteit en de validiteit van de beschikbare gegevens. Daarbij heeft geen enkele bron het primaat en zal met het combineren en koppelen van gegevens een maximaal resultaat nastreeft worden.

Nog een paar opmerkingen over het tweede punt. In de voorlichtingskunde en bij de ontwikkeling van preventieprogramma's hebben de desbetreffende modellen zeker hun waarde bewezen. Terluin doet het voorkomen alsof deze modellen alleen toepasbaar zijn bij gezondheidsbevorderend gedrag, hetgeen onjuist is. Bovendien – als dat wel het geval zou zijn – is de uitspraak dat benzodiazepinegebruik niet gezondheidsbevorderend is, een valide opmerking voor een verontruste huisarts, maar na-

tuurlijk geen basis voor een diskwalificatie van de modellen en de uitkomst dat 50 procent van de variantie in de duur van benzodiazepinegebruik hiermee wordt verklaard.

Beide modellen zijn toepasbaar voor de determinanten van vele soorten gedrag, waarbij het HBM gezondheidgerelateerd gedrag test. Dit deel van het onderzoek is juist uitgevoerd omdat het bij voortgezet benzodiazepinegebruik onbekend was welke determinanten het gedrag bepalen. De gebruikers zijn op verschillende momenten ondervraagd over hun attitudes tegenover benzodiazepinen, met voor deze momenten typerende, verschillende uitkomsten. De acceptatie van dit deel van het onderzoek voor publicatie in 'Health Psychology' bevestigt nog eens de waarde ervan.

Wat tenslotte rest, is de vraag of de recensent er wel iets van begrepen heeft.

Rolf van Hulst

- 1 Leufkens HG, Urquhart J. Variability in patterns of drug usage. *J Pharm Pharmacol* 1994;46:433-7.
- 2 Shackleton DP, Westendorp RGJ, Kasteleijn-Nolst Trenité DGA, et al. Epileptic medication: a road to determining the number of individuals with seizures. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1061-8.
- 3 Vandembroucke JP. Clinical investigations in the 20th century: the ascendancy of numerical reasoning. *Lancet* 1998;352:(Suppl 2):12-6.
- 4 Plagge HWM, Visers FHJA, Pouls K, De Geus CA. Het voorschrijven van geneesmiddelen zonder arts-patiënt contact in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1988;31:120-3.
- 5 Everitt DE, Avorn J, Baker MW. Clinical decision making in the evaluation and treatment of insomnia. *Am J Med* 1990;89:357-62.
- 6 Mant A, Mattick RP, De Burgh S, et al. Benzodiazepine prescribing in general practice: dispelling some myths. *Fam Pract* 1995;12:37-43.

NOTA BENE

Hoop is een factor die de kwaliteit van leven van kankerpatiënten sterk beïnvloedt, maar die bij onderzoek ten onrechte niet gemeten wordt. Stelling bij: Schuit KW. Palliative care in general practice [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

Het misbruiken van de overbelaste huisartspraktijk als administratiekantoor voor programmatische preventie, gaat ten koste van de zorg voor chronisch zieken.

Stelling bij: Schuit KW. Palliative care in general practice [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

Ontvangen proefschriften

Aankondigingen van ontvangen proefschriften, los van een eventuele latere bespreking

Children with asthma

Relevance of early recognition and quality of life measurement

159 pagina's. ISBN 90-5669-026-4.

Promotie: 15 april 1998, Vrije Universiteit.

Promovendus: L. le Coq.

Promotor: prof.dr. J.Th.M. van Eijk;

copromotor: dr. A.J.P. Boeke.

Preventive medicine

Between obligation and aspiration

216 bladzijden. ISBN 90-393-1947-2.

Promotie: 2 oktober 1998, Universiteit Utrecht.

Promovendus: M.F. Verweij (1963), ethicus.

Promotoren: prof.dr. F.R. Heeger,

prof.dr. H.A.M.J. ten Have.

Leven na een beroerte

Een drie jaar durend observatie-onderzoek vanuit de huisartspraktijk naar de gevolgen van een cerebrovasculair accident

126 bladzijden. ISBN 90-367-0977-6.

Promotie: 14 oktober 1998, Rijksuniversiteit Groningen.

Promovendus: H.I. Loor, arts.

Promotor: prof.dr. B. Meyboom-de Jong;

copromotor: dr. J. Schuling.

Breast imaging for general practice

A transmural management study

117 bladzijden. ISBN 90-393-1618-x.

Promotie: 27 oktober 1998, Universiteit Utrecht.

Promovendus: L.E.M. Duijm.

Promotor: prof.dr. W.P.Th.M. Mali;

copromotoren: dr. G.L. Guit, dr. J.H.C.L. Hendriks.

Regulering, toetsing en kwaliteitsbewaking van levenbeëindigend handelen

224 pagina's. ISBN 90-5669-030-2.

Promotie: 4 november 1998, Vrije Universiteit.

Promovendus: J.M. Cuperus-Bosma.

Promotoren: prof.dr. G. van der Wal,

prof.dr. P.J. van der Maas.

Home care technology for patients with cancer or serious infections

103 bladzijden. ISBN 90-393-1848-4.

Promotie: 5 november 1998, Universiteit Utrecht.

Promovendus: P.O. Witteveen, medisch oncoloog.

Promotoren: prof.dr. G.H. Blijham,

prof.dr. A.J.P. Schrijvers.

Effectiveness of exercise therapy in osteoarthritis of hip or knee

183 bladzijden. ISBN 90-6905-387-X.

Promotie: 17 november 1998, Universiteit Utrecht.

Promovendus: M.E. van Baar (1965).

Promotoren: prof. J.W.J. Bijlsma, prof. J. Dekker,

prof. R.A.B. Oostendorp.

Panic in asthma and non-cardiac chest pain

Implications for cognitive behavioural therapy

125 bladzijden.

Promotie: 10 december 1998, Rijksuniversiteit Leiden.

Promovendus: A.S. van Peski-Oosterbaan (1965),

gedragstherapeut.

Promotoren: prof.dr. H.G.M. Rooijmans,

prof.dr. Ph. Spinhoven;

copromotor: dr. A.J.W. van der Does.

SWAUDGP 1999

De South West Association of University Departments of General Practice is de meest actieve regio binnen de landelijke groep van huisartseninstituten in het Verenigd Koninkrijk. Jaarlijks organiseert één van de samenstellende instituten een tweedaags onderzoekcongres.

Begonnen als een uitwisselingsprogramma voor medisch studenten tussen Southampton en Nijmegen, worden ook de Nederlandse instituten uitgenodigd voor dit congres. Welgeteld twee Nederlanders bezochten de bijeenkomst in januari 1999, georganiseerd door North Wales.

Het programma bestond uit drie plenaire voordrachten van recent afgesloten grotere studies en 60 presentaties in parallelsessies. De plenaire voordrachten betroffen computerondersteunde risicobepaling voor hart- en vaatziekten (magere resultaten), een Europees onderzoek naar de prevalentie van depressie (weinig depressies in landelijk Wales, maar misschien door het meetinstrument), gevolgd door interventies (effect nogal afhankelijk van wie het deed) en een onderzoek naar de prevalentie van atriumfibrilleren in de open populatie (1.7%).

Bij de parallelsessies vielen enkele kwalitatieve studies op, vooral omdat ze relatief onontgonnen onderzoeksgebieden exploreerden en interessante aanknopingspunten bieden voor vervolgonderzoek.

Sweeney vergeleek het begrip astma bij dokters en patiënten in een voordracht getiteld "Mis-matched metaphors". Patiënten bleken de luchtwegen vaak te zien als een zak met lucht, terwijl bij dokters het beeld van een buizenstelsel prevaleert. Een volgende stap is om te zien of een dergelijke beeldvorming ook relaties vertoont met zaken als therapietrouw.

Jacobson onderzocht de opvattingen van teenagers en praktijkmedewerkers over elkaar. Met name meisjes ervaren nogal wat problemen: vinden het niet leuk als ze bij het maken van een afspraak moeten zeggen waarvoor ze komen; vinden het niet fijn als de praktijk verlangt dat één van de ouders meekomt of wanneer ze in de wachtkamer een bekende volwassene tegenkomen.

Ook bij de meer traditionele onderzoeksvormen was er genoeg te halen. Zo blijken de richtlijnen van de Britse radiologen voor het aanvragen van een röntgenfoto van de rug niet te deugen: het percentage afwijkingen bij de volgens de richtlijnen aangevraagde foto's was exact gelijk aan dat bij de 'onjuiste' aanvragen.

Een interessante ontwikkeling is het ontstaan van de functie van 'nurse practitioner', verpleegkundigen die steeds meer worden ingezet

als eerstelijns (in de oorspronkelijke betekenis van het woord) werkers binnen de huisartspraktijk en zo de huisarts ontlasten. Howard beschreef de problemen van deze rolverandering vanuit het perspectief van de verpleegkundige.

Deze beschrijving van enkele krenten uit de pap is natuurlijk niet zonder selectiebias tot stand gekomen. De indruk dat veel van het in Engeland uitgevoerde onderzoek ook relevant is voor de huisartsgeneeskunde in ons land is echter geheel op zijn plaats.

J.C. van der Wouden

H&W

Literatuurinformatie

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

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

Mededelingen voor de Agenda in nummer 7 (juni) moeten op uiterlijk 27 mei in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 9 juni.

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.

De multiculturele huisartspraktijk

Utrecht, 10 juni, 15.00-20.30 uur.

Congres Nivel en Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.

Informatie: mw. E. Zoer, tel. 030 2729751.

The 28th Annual Scientific Meeting of the Association of University Departments of General Practice

London, 14-16 juli.

Inlichtingen: AUDGP 99, tel. +44-1865-331040; fax +44-1865-331125; e-mail audgp99@kcl.ac.uk; website pcsc.umds.ac.uk/audgp99.htm.

Tussen evidence based practice en integrale kwaliteitszorg? Implementatie van effectieve en doelmatige zorg

Nijmegen, 10 september.

Conferentie 10 jaar WOK. Inlichtingen: Mary Bluysen, Bureau Congresorganisatie KUN, tel. 024 3612184; fax 024 3567956; e-mail M.Bluysen@buro.kun.nl.

Referatendag voor Vlaamse Huisarts Research Antwerpen, 25 september.

Inlichtingen: Anne-Marie Ryckaert, tel. +32-3-2811616; fax +32-3-2185148; e-mail secret.wvvh@medmail.medconf.be.

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 eurosy.congres@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.