

wordt de gevonden dosering om de 12 of 8 uur toegediend.

- Er is geen maximale dosis. De dosis moet worden verhoogd totdat adequate pijnstilling is bereikt of totdat de bijwerkingen onacceptabel worden.
- Incidentele pijn moet met kortwerkende analgetica worden behandeld en niet met een verhoging van de dosering.
- Bijwerkingen moeten symptomatisch worden behandeld. Indien dat niet lukt, kan de dagdosis *slow release* morfinetabletten over drie doseringen om de 8 uur worden verdeeld. Een ander alternatief is: de dosering verlagen en andere middelen toevoegen, zoals antidepressiva, antiepileptica en prostaglandinesynthetaseremmers.

Deze richtlijnen bleken effectief in de praktijk en waren goed te hanteren.

Marjolijn Hugenholtz

Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrom Harvey RF, Hinton RA, Gunary RM, Barry RE. *Lancet* 1989; *i*(8635): 424-5.

Het irritable bowel syndrome zou bij 1 op de 7 mensen voorkomen en is verantwoordelijk voor bijna de helft van alle gastro-enterologische verwijzingen. De meeste patiënten verbeteren door een combinatie van darmvullende voeding, antispasmodica en een meevoelende verklaring van de klachten door de dokter, maar sommigen reageren daar niet op. Hypnotherapie kan in zo'n geval helpen. Een individuele therapie is echter tijdrovend en onpraktisch.

In dit onderzoek werden de resultaten van groepstherapie vergeleken met individuele therapie. In vier zittingen van 40 minuten gedurende zeven weken werden 33 patiënten behandeld door twee therapeuten. Van hen verbeterden er 20, van wie 11 bijna al hun klachten kwijt raakten. De verbetering bleef bij een controle na drie maanden zonder verdere formele behandeling; wel pasten de patiënten autohypnose toe. Hypnotherapie in groepen van maximaal acht patiënten was even effectief als individuele therapie en er was ook geen verschil tussen mannen en vrouwen en evenmin in de resultaten van de twee therapeuten.

C.H.A. Westhof

Verpleeghuisgeneeskunde [Dissertatie] Ribbe WW. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1989. 152 bladzijden, ISBN 90-6256-782-7.

Dit proefschrift bestaat uit twee delen: een analyse van de verpleeghuispopulatie en een onderzoek naar gevoeligheid voor decubitus.

In het eerste hoofdstuk worden de vraagstellingen geformuleerd: welke factoren hebben de groei van het verpleeghuiswezen bevorderd; hoe kan de verpleeghuispopulatie beschreven worden naar leeftijd, plaats van herkomst, verblijfsduur, morbiditeit en plaats van bestemming bij definitief ontslag; hoe is de verdeling van de verpleeghuispopulatie bij gebruik van de begrippen kort- en lang-verblijf; in welke mate en in welke opzichten verschilt Amstelhof (het huis waarin de auteur als arts werkzaam is) van andere huizen in de regio en het land? De vraagstelling van het tweede deel luidt: is er verband tussen de uitslag van een fysische meetmethode (druk-temperatuur-tijd-meetmethode) en het ontstaan van decubitus gedurende de eerste maand van verpleeghuisopname?

De volgende hoofdstukken bevatten de eerste resultaten van het SIG-Verpleeghuizen-Informatie-Systeem (SIVIS), dat in 1981 werd ingevoerd en sindsdien door de meeste verpleeghuizen wordt gehanteerd. De auteur legt de grens tussen kort- en lang-verblijvenden bij een half jaar. Van de totale capaciteit voor somatische patiënten wordt 7,9 procent (2100 bedden) gebruikt voor kort-verblijvenden, aangenomen dat deze steeds van dezelfde bedden gebruik maken. In 1986 konden ongeveer 10.000 somatische patiënten na kortdurende verpleging en behandeling uit het verpleeghuis worden ontslagen. De verhouding tussen kort- en lang-verblijvers is globaal op 2/1, maar tussen de huizen onderling bestaan grote verschillen.

Het tweede deel van het proefschrift gaat over het verband tussen enerzijds interne en externe factoren (neurologische ziekten, bloedziekten, voedingsdeficiënties c.q. grootte en duur van druk- en schuifkrachten) en anderzijds het risico op decubitus. Er blijken significante verbanden te bestaan tussen zowel de interne als de externe factoren en het risico op decubitus.

De beide onderwerpen van dit proefschrift liggen ver uiteen: van een epidemiologische verhandeling tot een fysiologisch onderzoeksverslag – een goede illustratie van het brede terrein van de verpleeghuisgeneeskunde.

Enige kritiek veroorloof ik mij. De uitgebreide en omstandige resultatenbespreking in het tweede deel is nodig, maar heeft als bezwaar dat de gemiddelde lezer snel zal afhaken. Ten aanzien van de relevantie wil ik opmerken dat het feit dat een aantal patiënten kennelijk minder

gevoelig is voor decubitus, vooralsnog geen aanleiding mag zijn om welke hand dan ook te lichten met preventieve maatregelen. Een waarschuwing van die strekking was op zijn plaats geweest.

Hiertegenover staat dat juist aan dit tweede deel een eenvoudige en heldere vraagstelling ten grondslag ligt, die uiteindelijk op een heldere en praktische manier wordt beantwoord. Dat is in het eerste deel veel minder het geval. In feite wordt hier in vier hoofdstukken 'gestoeid' met SIVIS-cijfers en andere waardevolle gegevens; dat levert aardige resultaten op, maar een duidelijke en onafhankelijke vraagstelling ontbreekt. De diverse hoofdstukken van het eerste deel zijn ook nogal heterogeen en oorspronkelijk niet bedoeld om samen te worden gepubliceerd.

Ook doet het ook vreemd aan een Engelstalig hoofdstuk aan te treffen in een voor het overige Nederlands proefschrift.

Aan de voorwaarde dat een goed wetenschappelijk werk vragen ontwikkelt voor verder onderzoek, voldoet dit proefschrift ruimschoots. Met name het eerste deel roept nieuwe vragen op. Het is een verdienste van de auteur dat hij deze met name noemt en dat hij ook wegen voor verder onderzoek aangeeft. Het proefschrift toont aan dat met relatief eenvoudige middelen gedegen wetenschappelijk onderzoek mogelijk is, ook met betrekking tot een patiëntencategorie die in de geneeskunde nogal eens als minder interessant wordt beschouwd. Het is ook goed dat er nog eens op gewezen wordt dat voor velen het verpleeghuis geen eindstadium is, en dat ontslag in verbeterde toestand goed mogelijk is. Voor huisartsen is dit een lezenswaard werk, voor verpleeghuisartsen zou ik het zelfs als een 'must' willen kwalificeren.

J.C. van der Wulp

Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type II. Een interdisciplinaire interventiestudie naar substitutie van zorg in acht huisartsenpraktijken [Dissertatie]. Beek MML, Rutten GEHM. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989; 344 bladzijden en 7 bijlagen.

Dit proefschrift van een sociaal pedagoog en een huisarts vormt de gebundelde neerslag van het project 'Huisarts en optimalisering van de gezondheidszorg'. Achtergrond vormen beleidsontwikkelingen die substitutie, zelfzorg en adequate begeleiding van chronische patiënten benadrukken, en de ontwikkeling van patiënten-voorlichting. De vraag of deze beleidsontwikkelingen stoelen op voldoende wetenschappelijk onderzoek, wordt impliciet ontkennend beantwoord.

De achtergrondschets leidt tot twee probleemstellingen. De eerste heeft betrekking op de bereidheid en mogelijkheid van huisartsen om zelfzorg te bevorderen en de gevolgen van het bevorderen van zelfzorg voor de kwaliteit van de zorg. De tweede probleemstelling heeft betrekking op de mogelijkheid tot ontwikkeling van geprotocolleerde zorg ten aanzien van chronische ziekten waarbij huisarts en specialist deeltaken hebben, en de vraag of dergelijke protocollen bijdragen tot substitutie richting huisarts met behoud van kwaliteit.

Het onderzoek is in drie fasen uitgevoerd in de periode 1982-1987: een enquête-onderzoek, een consensus-studie en een interventie-onderzoek. Waarom niet meteen een interventie-onderzoek is verricht, en dan in een groter aantal praktijken en met klaarliggende protocollen, om met behulp van duidelijke onderzoeksresultaten de meningsvorming en het beleid te bestoken, is een vraag die zich, althans achteraf, gemakkelijk opdringt. Nu lijken energie en subsidie groten-deels te zijn verbruikt voordat de kern van de zaak, het interventie-onderzoek, kon worden aangevat.

Het enquête-onderzoek naar de opvattingen van huisartsen en specialisten over onder meer zelfzorg, onderlinge taakafbakening en de controle bij diabetes mellitus heeft ernstig te lijden gehad van de lage responsgraad (29 tot 51 procent). De consensus-studie heeft volgens de Delphi-methode geleid tot protocollen voor de zorg en patiëntenvoorlichting bij hoesten en diabetes mellitus type II. Tevens zijn patiëntenvolders ontwikkeld. Hierover zijn drie artikelen verschenen in dit tijdschrift. Na een haalbaarheidsstudie is het interventie-onderzoek verricht met behulp van het materiaal dat de consensus-studie heeft geleverd. Voor het onderzoek zijn uit 57 huisartspraktijken vier zo gelijk mogelijke koppels van 'doorsnee'-praktijken geselecteerd. Van elk koppel is één praktijk aselekt toegewezen aan de experimentele groep en één aan de controlegroep. Geconcludeerd wordt dat substitutie met behoud van kwaliteit is bewerkstelligd.

Met deze optimistische conclusie gaan de auteurs helaas voorbij aan aanzienlijke methodologische problemen. Zo zijn er enorme verschillen in uitgangssituatie tussen de experimentele en controlegroepen, en zijn er verschillende vormen van bias die het interventie-effect kunnen vertekenen. De overigens marginale effecten zijn daardoor nauwelijks te interpreteren.

Het onderzoek getuigt van een bewonderenswaardige inzet, maar biedt helaas weinig duidelijkheid. Het blijkt gemakkelijker over substitutie en zelfzorg te getuigen dan onderzoeksmatig de gunstige effecten van een daarop gericht beleid aan te tonen. Mogelijk moeten huisartsen toch minder aan de leiband van gedragswet-

schappers lopen om tot de kern van de zaak door te kunnen dringen, de juiste onderzoeksvragen te stellen, en daarop het onderzoek te (laten) richten.

W.A. van Veen

Onmacht in het werk van de huisarts. Een empirische verkenning [Dissertatie] Duistermaat JH. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989; 143 bladzijden, prijs NLG 25,-. ISBN 90-9002943-5. Te bestellen bij de auteur, Meppelerweg 52, 7707 Balkbrug.

Aanleiding tot dit proefschrift was het terugzien van een eigen spreekuurconsult op videoband. De auteur werkte de vele vragen die zijn gedrag als huisarts opriep, uit in een nauwgezette en persoonlijk getinte analyse. Vervolgens beschreef hij op grond van een literatuuronderzoek de aspecten die mogelijk onmachtgevoelens bij de huisarts doen ontstaan, zoals praktijkgegevens en werkomstandigheden, de werkstijl, wat de huisarts onder moeilijke patiënten verstaat, en karaktereigenschappen van de huisarts.

Omdat uit het literatuuronderzoek bleek dat er weinig over dit onderwerp bekend is, verrichtte de auteur een empirisch onderzoek naar onmachtgevoelens bij de huisarts. In zowel de regio Rotterdam als de regio Zuidoost-Drenthe/Overijssel zijn 88 huisartsen met een gestructureerde vragenlijst benaderd (respons 87 procent).

Van de respondenten zei 26 procent veel onmacht te ervaren, 30 procent weinig en 44 procent zat daartussenin (respectievelijk te noemen: typen V, W en M).

Huisartsen met een grote praktijk ervoeren minder onmacht dan artsen met een kleine praktijk. Ook bleek dat artsen die per spreekuurcontact korte tijd uittrekken (maximaal 10 minuten), minder onmacht ervoeren dan de groep die langer over zijn spreekuurcontacten doet. Voor alle duidelijkheid: bij geen van de gevonden verbanden mag men van een causale relatie spreken. Had u, net als ik, gedacht dat huisartsen met veel oudere patiënten in de praktijk veel onmacht ervaren? Dat bleek niet het geval, intendeel.

Parafraserend zou men kunnen zeggen: apothekhoudende huisartsen kunnen, gezien de relatief weinige onmachtervaringen, beschouwd worden als de wat zonniger types. Opleiders daarentegen lijken wat aan de tobbiger kant (maar is dit post of propter?).

Huisartsen die samenwerken met andere disciplines, leverden geen eenduidig beeld. Wel leken artsen die meer met het maatschappelijk werk samenwerken, minder onmacht te ervaren. De huisartsen beoordeelden zichzelf opvallend vaak positief (houden zij daarmee het hoofd

boven water?). Een lichte uitzondering was de huisarts met veel onmacht die een meer gedetailleerd beeld van zichzelf had en zich nogal eens geremd, afstandelijk en ontoegankelijk noemde. Huisartsen die veel onmacht ervoeren, bleken minder te verwijzen (genereert een brede taakopvatting meer onmacht?).

Het door mij eerder vermelde 'hoofd boven water houden' had een achtergrond: nogal schokkend vond ik de hoge score van enige 'onmachtindicatoren', zoals: vaak een gevoel leeg te zijn, gevoelig voor geluiden, gevoel dat het te veel is, vaak moe. Al deze items haalden een score van meer dan 30 procent voor de totale groep en zelfs veel hoger voor de V- en M-groepen.

Het proefschrift levert veel vragen en stof voor discussie op. Dankzij dit onderzoek kan het verschijnsel onmacht in ieder geval uitgroeien tot een meer openbaar en geaccepteerd onderwerp. Dat het als zodanig al effect heeft gehad, blijkt uit de ruime aandacht die de landelijke media eraan hebben besteed.

Gezien de flinke verdienste die ik toeken aan dit proefschrift, valt het mij gemakkelijker om ook een aantal kritische opmerkingen te maken.

Een eerste, verkennend onderzoek als dit kampt logischerwijze met het probleem van een duidelijke omschrijving van de gehanteerde begrippen (zoals 'onmacht'). Een poging tot definiëring was wenselijker geweest dan het weglaten van definities, zoals soms in deze dissertatie is gebeurd.

Een andere vraag wordt opgeroepen door de indeling in de groepen V(eel) en M(iddengroep) onmacht. Als de geïnterviewde zegt (zeer) frequent onmacht te ervaren, wordt dat als categorie V bestempeld. Als dat niet het geval is, maar als de betrokkene wel zegt dat onmacht het functioneren belemmert en/of dat onmachtvaringen hem dagen of maanden bezighouden, dan wordt dit 'slechts' gehonoreerd met de categorie M(iddengroep). De frequentie van de ervaren onmacht is dus zwaarder gewogen dan de duur of het werk-belemmerende effect. Afgezien daarvan bestaat de mogelijkheid dat respondenten die antwoorden frequent onmacht te ervaren, dit hebben opgevat in de zin van onmacht 'tegenkomen' in het verhaal van de patiënt. Enige steun voor mijn twijfel ten aanzien van de ontworpen categorieën is te vinden in de uitkomst dat zeven van de elf 'onmachtindicatoren' hoger scoren in de M-groep dan in de V-groep. Naar ik vernam waren de als W, M en V getypeerde artsen oorspronkelijk benoemd als artsen met respectievelijk narcistische, dwangmatige en hysterische trekken. Deze typering, die overigens terecht is verworpen, zou wel een duidelijker beeld hebben gegeven van de wijze van

omgaan met onmacht in het werk.

Echt storend en ook verwarrend vond ik de poging om zoveel mogelijk statistische zekerheden in allerlei combinaties op te zoeken. Het 'melken' van significante gegevens is een frequente zonde in het tegenwoordige wetenschappelijk onderzoek. Bij een verkennend onderzoek als dit, waarbij zeer veel gegevens worden geproduceerd, zijn er altijd wel enige significante afwijkingen van de norm, waarvan de betekenis vervolgens betrekkelijk is. Vergelijk bijvoorbeeld 'afwijkende' bloeduitslagen bij een volkomen gezond iemand als er vele bloedbepalingen worden aangevraagd. Of, om in de geest van de schrijver te blijven: de statistiek krijgt te veel macht en maakt de onderzoeker en lezer onmachtig. Een en ander leidt in dit proefschrift bijvoorbeeld tot een – wel voorzichtig gestelde – uitspraak over een groepje van 8 (uit 152) artsen.

Onmacht wordt in dit boek beschreven als een individuele ervaring van de huisarts, die zijn oorsprong vindt in de relatie met de patiënt. Een andere wijze van hanteren van die relatie zou een 'oplossing' kunnen bieden, lijkt dan een voor de hand liggende conclusie. Persoonlijk zou ik aandacht willen vragen voor het idee dat de ervaren onmacht in een gesprek met een bepaalde patiënt te beschouwen is als een parallel van de onmacht die de patiënt ervaart in zijn relaties in zijn eigen steunsysteem: een gedachte die mij wat minder onmachtig maakt en bovendien als leidraad kan dienen voor mijn handelen in de richting van het systeem waarin de patiënt leeft.

Er is moed voor nodig om een wetenschappelijk onderzoek te starten op zo'n moeilijk grijpbaar terrein (waar meestal psychologen opereren) als je tegen de vijftig loopt, full-time huisarts bent en blijft, en (nog) geen band hebt met een onderzoeksinstituut of universiteit. Duistermaat verdient bewondering voor deze moed.

Tot besluit een van zijn prikkelende stellingen: wanneer de dokter in de behandeling de belangrijkste 'pil' is (Balint), dan moet de arts meer aandacht aan zijn 'bijsluiter' besteden.

Joop Stam

Education for health. A manual on health education in primary health care Geneva: World Health Organisation, 1988; 261 bladzijden, prijs USD 27,20. ISBN 92-4-154225-X.

Dit handboek is geschreven om hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg inzicht en vaardigheden te geven waarmee zij mensen kunnen leren zelf hun eigen gezondheid te verbeteren. De WHO streeft naar 'Health for all in 2000' en hecht daarbij veel belang aan *health education*

(gezondheidsvoorlichting en -opvoeding). De bedoeling is dat mensen zelf bepalen welke gezondheidsproblemen en -behoeften zij hebben, dat zij begrijpen wat zij daaraan zelf kunnen doen en welke hulp van buitenaf zij nodig hebben, om daarna haalbare oplossingen te kiezen. Een dergelijke *health education* betekent voor veel hulpverleners een nieuwe taak (opvatting). Aan het handboek is bijna acht jaar gewerkt en de vele aanbevelingen zijn in allerlei landen uitgetest op hun praktische waarde.

Het boek telt zeven hoofdstukken. In het eerste wordt de hulpverlener geleerd hoe hij de relatie tussen gezondheid en gedrag in specifieke situaties duidelijk kan maken aan groepen patiënten/cliënten. In de volgende hoofdstukken wordt besproken hoe men betrokkenheid van en samenwerking met de patiënt kan opbouwen en hoe men het proces van kiezen, begeleiden en evalueren van veranderingen kan stimuleren en begeleiden bij individuen, gezinnen, bepaalde groepen (bijvoorbeeld rokers) of hele dorpen of steden. Aan de orde komen onderwerpen als manieren om vooroordelen van patiënten en hulpverleners te achterhalen, eenvoudige regels voor effectieve groepsbegeleiding en adviezen over de geschikteste plaats voor een bijeenkomst. Veel aandacht wordt besteed aan factoren waardoor bepaalde plannen slagen of mislukken. Het laatste hoofdstuk staat boordevol adviezen en tips voor het gebruik van allerlei middelen om je doel te bereiken: hulpmiddelen om een patiënt zijn medicijnen te laten innemen, voorwaarden waaraan een goede informatiefolder of poster moet voldoen en het gebruik van poppenkastspel, discussies, of de lokale pers. Tot besluit wordt een literatuurlijst gegeven voor wie zich verder in dit onderwerp wil verdiepen.

Dit boek is door zijn opzet zelf een voorbeeld van *health education*. Alle informatie en adviezen zijn gericht op de dagelijkse praktijk en worden aangevuld met vele voorbeelden, oefeningen, checklists en duidelijke tekeningen. Het is overzichtelijk en boeiend geschreven en stimuleert om het eigen handelen op dit gebied na te gaan en te verbeteren.

Er is ogenschijnlijk één bezwaar: de WHO schreef het voor eerstelijns gezondheidswerkers in de hele wereld. Naast voorbeelden uit westerse landen worden vooral veel voorbeelden gegeven voor *community health*-werkers in ontwikkelingslanden. Deze lijken in eerste instantie van weinig belang voor de Nederlandse hulpverlener. Toch gelden dezelfde principes en adviezen voor de Afrikaanse verpleegster die dorpelingen wil motiveren voor deelname aan een vaccinatieprogramma als voor de Nederlandse huisarts die patiënten van het roken af wil helpen.

Iedere hulpverlener in de eerstelijns gezondheidszorg zal de problemen in dit boek herken-

nen en zijn voordeel kunnen doen met de vele adviezen en tips. Het is zeker aan te bevelen voor hulpverleners die gezondheidsvoorlichting en -opvoeding aan groepen als expliciete doelstelling hebben (bij gezondheidscentra, kruisverenigingen of lokale GVO-afdelingen).

Thea Toemen

Practice activity analysis [Occasional paper 41]. Crombie H, Fleming DM. London: The Royal College of General Practitioners, 1988; 47 bladzijden, prijs GBP 6.50. ISBN 850841372.

Dit 'gelegenheidsgeschrift', samengesteld door de Onderzoeksgroep van Birmingham, hinkt op twee gedachten: enerzijds wordt een pleidooi gehouden voor toetsing in kleine groepen, aan de hand van kwantitatieve gegevens uit de eigen praktijk, anderzijds wordt een opsomming gegeven van nog niet elders gepubliceerde projecten waarin onderdelen van de praktijkvoering zijn geanalyseerd.

De eerste hoofdstukken zijn gewijd aan het type toetsing zoals bij ons door de Stichting O&O wordt uitgevoerd en geëvalueerd. Groepjes huisartsen bespreken op basis van eigen materiaal bepaalde onderwerpen, prescriptie, verwijzingen en laboratoriumonderzoek. De criteria om elkaars werk te beoordelen, komen tot stand via consensus. Veel verder dan de constatering dat sommigen zelfs meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde afwijken, komt men niet. En veranderingen in gedrag – voorzover af te leiden uit de cijfers – worden dan ook niet waargenomen. Het formuleren en vaststellen van standaarden door de eigen wetenschappelijke vereniging lijkt nog ver weg.

Verder worden grote aantallen cijfers gepresenteerd over voorgeschreven geneesmiddelen, onderzochte patiënten, diagnostische handelingen, verwijzingen en visites. Zij kunnen als referentiepunten dienen voor toetsing, nascholing en onderzoek. Interessant is de waarneming dat een dossier-onderzoek naar preventieve acties van huisartsen in de jaren 1980, 1982 en 1983, geen wijzigingen in gedrag liet zien. Het percentage uitstrijkjes van de cervix, genoteerde bloeddrukken en genoteerde anti-rookadviezen bleven vrijwel constant.

Het is in vele opzichten een gedateerd geschrift. De voor de hand liggende conclusie dat voor 'echte' toetsing observaties in de praktijk en tijdens het spreekuur nodig zijn en standaarden niet gemist kunnen worden, zijn – ondanks de eigen bevindingen – niet getrokken. Interessant zijn voor de liefhebbers de cijfers uit het 'South East Thames Experiment' en de 'Third Morbidity Study from General Practice'.

Ook nu weer ontbreekt enige verwijzing naar

literatuur aan de overzijde van het Kanaal. R.S. ten Cate figureert als enige Nederlander in de lange literatuurlijst, met zijn artikel uit 1980 over 'Huisvisites in Nederland' in de *Journal of the Royal College*.

Harry Crebolder

Healthy nutrition. Preventing nutrition-related diseases in Europe James WPT, ed. Copenhagen: WHO Publications, *European Series*, no 24, 1988; 150 pagina's, prijs CHF 20,- ISBN 92-890-1115-7.

Dit boek is bedoeld als een leesbare referentiebron voor Europese politici om doelstellingen te formuleren op het gebied van voeding in relatie tot gezondheid. Het merendeel van het boek bevat vergelijkingen die zijn gebaseerd op bruto verbruiksgegevens, sterftcijfers en prevalentiecijfers van belangrijke ziekten. De gegevens zijn niet op gestandaardiseerde wijze verzameld. Om het verband tussen voeding en ziekte te illustreren is gebruik gemaakt van bekende niet-Europese studies. Het onderwerp voedselveiligheid ontbreekt.

Het boek bevat niets over de relatie tussen de consumptie van bepaalde voedingsstoffen en het voorkomen van bepaalde ziekten. De adviezen van de Gezondheidsraad, de rapporten van de Voedingsraad en de beleidsstukken op dit gebied van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur zijn voor de huisarts en diëtist informatiever dan dit boek.

N. Kempen-Voogd

Het gynaecologisch onderzoek Essed GGM, Spronken-Verschuren ThMThE, Van Zutphen WM. Utrecht: Bunge, 1989; 48 bladzijden, prijs NLG 24,50 (NLG 19,50 bij abonnement). ISBN 90-6348-115-2.

Dit boek is verschenen in de serie 'Lege artis - Vaardigheden in de geneeskunde'. Het geeft een helder overzicht van het gynaecologisch onderzoek in de ruimste zin. De auteurs besteden allereerst een hoofdstuk aan de anatomie en fysiologie van de vrouwelijke geslachtsorganen. Vervolgens komen anamnese en onderzoek aan bod, waarbij uitgebreid aandacht wordt besteed aan de voorwaarden voor het onderzoek. Elementen als de attitude en deskundigheid van de onderzoeker, begeleiding en omstandigheden van het onderzoek worden besproken, met oog voor details die het voor de vrouw zo weinig mogelijk belastend maken. Dat dit tevens de beoordeling van een en ander vereenvoudigt, is een terechte constatering.

In het hoofdstuk vaardigheden komt stap voor

stap het onderzoek aan bod met onder meer cervixuitstrijk en fluïdiagnostiek. Ook voor mensen met (enige) ervaring zijn daarin zeker nieuwe elementen te vinden. De uitvoering van het bimanueel onderzoek en enkele veelgemaakte fouten hierbij worden helder beschreven en voorzien van foto's. Ter afsluiting worden twee casus beschreven en uitgebreid besproken.

Als geheel is het een helder geschreven en geïllustreerd boekje. Natuurlijk zijn er wel enkele opmerkingen te plaatsen. Zo wordt het periodiek onderzoek voor pilgebruiksters genoemd als een van de indicaties voor gynaecologisch onderzoek. Wellicht kwam de NHG-standaard te laat voor de schrijvers? In een volgende druk zou ook de naamgeving grote en kleine schaamlippen vervangen kunnen worden door buitenste en binnenste lippen (bron: Ariane Amsberg). Wellicht verdwijnt daarmee een aantal misverstanden uit de wereld.

Volgens de auteurs is het boekje met name bestemd voor medisch studenten, verloskundigen in opleiding en huisartsen in opleiding. Zij voegen er de nascholing als mogelijkheid aan toe. Dit laatste lijkt mij, naast de andere categorieën, van essentieel belang. Het afleren van ingeslopen fouten of het aanleren van nieuwe vaardigheden lukt niet met een boekje alleen. Nascholing met als basis dit boekje is goed mogelijk, mits daarop daadwerkelijke oefening volgt. De ervaringen in het huidige medische onderwijs met 'instructievrouwen' zijn zeer positief en verdienen navolging in beroepsopleiding en nascholing. Dit boekje kan daarbij behulpzaam zijn.

Carien Dagnelie

Capita selecta van de verpleeghuisgeneeskunde Trommel J, Ribbe MW, Stoop JA, red. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1989; 303 pagina's, prijs NLG 70,-. ISBN 90-313-0990-7.

In dit boek, dat is ontstaan uit een artikelenreeks in *Medisch Contact*, wordt in 42 bijdragen een overzicht gegeven van het verpleeghuiswezen. Het is geen leerboek, meer een 'sight seeing' aan de hand van hulpverleners die werkzaam zijn in een verpleeghuis.

Als huisarts met vier jaar verpleeghuiservaring aan het begin van mijn loopbaan, heb ik het boek met veel plezier gelezen. Sterke punten zijn de bijdrage van Oostvogel, nestor van het verpleeghuiswezen, over de historische ontwikkeling en de bijdragen over 'multidisciplinaire hulpverlening'. Jammer dat er geen apart hoofdstuk is gewijd aan de rol van de huisarts in het verpleeghuis. Tussen de regels door wordt wel benadrukt dat de huisarts een belangrijke rol heeft, bijvoorbeeld

bij de *intake*, maar in het rijtje consulenten komt hij niet voor. In slechts twee bladzijden wordt de relatie van het verpleeghuis met de eerste lijn besproken.

Het uiterlijk van het boek deed mij sterk denken aan het 'Jaarboek huisartsgeneeskunde'. De vergelijking gaat helaas alleen op voor de omslag; de verfrissende casuïstiek die in het Jaarboek wordt gebracht, is in dit boek ver te zoeken. Hiermee had de leesbaarheid niet alleen kunnen worden vergroot maar zou ook veel meer begrip zijn gewekt voor de geneeskunde (-kunst) in het verpleeghuis.

Voor huisartsen met een meer dan gewone belangstelling voor het verpleeghuis; anderen kunnen hun geld beter besteden.

T.A. Tanja

Voorlichting aan migranten. Het kiezen van methoden en middelen. Roseboom H, Stegerhoek R, Bakx J. Culemborg: Lemma, 1989; 120 bladzijden, prijs NLG 15,-. ISBN 90-5189-028-1.

Per 1 januari 1988 woonden in Nederland 238.000 Surinamers en Antillianen, 30 tot 50.000 Chineestaligen, 23.000 Belgen, 41.000 Duitsers, 39.000 Britten, 34.000 Amerikanen, 15.000 politieke vluchtelingen, 35 tot 40.000 Molukkers en 361.000 mensen uit het Middellandse-Zeegebied. Totaal: ongeveer 830.000.

Dit boekje is bedoeld voor iedereen die in of buiten zijn werk voorlichting geeft aan migranten en dat zo goed mogelijk wil doen. Het is tot stand gekomen met steun van het Nederlands Centrum Buitenlanders te Utrecht, het Landelijk Centrum Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te Utrecht en het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders te Bunnik.

Goed voorlichten is een vak apart. Wie tijdens het consult een fleurig foldertje wil uitreiken en toeleveringsadressen zoekt, hoeft dit boekje niet aan te schaffen. Werkelijke voorlichting - het gestructureerd beïnvloeden van kennis, houding of gedrag met behulp van informatie - vergt deskundigheid, steun van anderen en investering van veel tijd.

Het boek heeft daarbij veel te bieden. Het is opgezet als een handboek voorlichtingskunde, behandelt systematisch alle aspecten, maar is op verfrissende wijze op de praktijk gericht. Op zeer grondige wijze: wanneer ik erop word geattendeerd, dat de dia's in een slof wel eens ondersteboven zitten, voel ik me als een kind behandeld, maar met dezelfde grondigheid worden de haken en ogen aan het inschakelen van tolken uitgelegd. De praktijkvoorbeelden zijn gebaseerd op ervaringen met mediterrane migranten. Het boek legt vooral nadruk op de voorbereiding en is meer gericht op het gebruik van bestaand