

Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken [Dissertatie]. Meyboom-de Jong B. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989; 2 delen, 207 + 111 pagina's, prijs NLG 40,-. ISBN 90-900248404. Te bestellen bij: Meditekst, Postbus 49, 8200 AA Lelystad.

Een van de kenmerken van de huisartsgeneeskunde is, dat zij zich bevindt op het kruispunt van *cure* (genezen) en *care* (zorgen voor). In de jaren '90 zal de huisarts zich, door de toename van het aantal oudere mensen, meer toeleggen op *care*. Hij zal meer zorg dragen voor het handhaven, herstellen en verbeteren van de functionele toestand van patiënten en met name ouderen.

Het proefschrift van Betty Meyboom-de Jong verscheen juist op een tijdstip waarop het noodzakelijk is dat de Nederlandse huisarts instrumenten in handen krijgt om functiebeperkingen van patiënten valide en betrouwbaar vast te stellen. De functionele toestand – het niveau van functioneren of de mate van functiebeperkingen van iemand op een bepaald tijdstip of gedurende een bepaalde periode – is een maat waarmee de consequenties van gezondheidsproblemen voor een patiënt kunnen worden aangegeven en het effect van (huisarts)geneeskundige interventies kan worden gemeten.

In de inleidende hoofdstukken wordt niet alleen aandacht gevraagd voor de toename van het aantal ouderen in Nederland en de gevolgen daarvan, maar vooral ook voor het begrip functionele toestand. Er worden vragen opgeworpen als: 'Is het mogelijk patronen van functiebeperkingen te ontdekken, die kenmerkend zijn voor een bepaalde ziekte of een gezondheidsprobleem. Is er een hulpmiddel om het effect van interventies door de huisarts (zelf) na te gaan? Is er een hulpmiddel om te signaleren of een patiënt in wankel evenwicht verkeert en zijn/haar zelfstandigheid dreigt te verliezen?'

De vraagstellingen van het onderzoek zijn te verdelen in twee categorieën. De eerste categorie betreft vragen op het gebied van de morbiditeit: waarom raadplegen ouderen de huisarts (reden van contact), welke aandoeningen worden gediagnostiseerd en welke interventies vinden plaats? De tweede categorie heeft betrekking op de functionele toestand van bejaarden: hoe valide en betrouwbaar is deze tijdens arts-patiënt contacten vast te stellen, hoe beoordelen de huisartsen en patiënten zelf de functionele toestand, welke factoren verklaren de variatie, hoe varieert de functionele toestand in relatie tot de door de huisarts gediagnostiseerde aandoeningen en bestaat er een discrepantie tussen de beoordeling van de functionele toestand door de huisarts en door de patiënt?

Het onderzoek is uitgevoerd door 25 huisarts-

en in twaalf praktijken in het Noorden des lands. De gegevens zijn verzameld via het kaartsysteem c.q. archief van de huisartsen, door middel van vragenlijsten bij de bejaarden, en door een één jaar durende morbiditeitsregistratie. Gedurende dat jaar registreerden de huisartsen alle face-to-face contacten met hun bejaarde patiënten. Daarnaast werd de functionele toestand gescoord door zowel de huisarts als de patiënt.

Voor het registreren van de morbiditeit is de International Classification of Primary Care (ICPC) gebruikt. Hiermee kunnen klachten, diagnoses en interventies nauwkeurig worden geregistreerd met een combinatie van een letter en twee cijfers. In deze registratie wordt ook aandacht besteed aan de co-morbiditeit: het optreden van meer dan één aandoening bij een patiënt op een moment of in een bepaalde periode.

Voor het vaststellen van de functionele toestand zijn de functiekaarten van Nelson gebruikt, die toepasbaar zijn gemaakt voor de Nederlandse situatie. Daarbij wordt de patiënten hun oordeel gevraagd over hun lichamelijk en geestelijk functioneren op dat moment en in de afgelopen maand. De antwoorden kunnen worden gescoord op een vijfpuntsschaal. Daar het bij bejaarden in de helft van de contacten om huisbezoeken gaat, is er een draagbare versie ontwikkeld: de functiewaaiër.

Aan de instructie en begeleiding van de deelnemende huisartsen werd veel aandacht besteed, zo ook aan de fouten die bij het registreren van morbiditeit kunnen optreden. Het blijkt dat met de functiekaarten van Nelson het oordeel van zowel patiënten als huisartsen betrouwbaar was vast te stellen, en dat de validiteit van de functiekaarten acceptabel was.

De morbiditeitsgegevens zijn globaal per episode geanalyseerd en in tabellen vastgelegd volgens de episode-georiënteerde standaardmethode van het Transitieproject. De tabellen geven informatie over epidemiologie (incidentie, prevalentie etc.), patiëntgebonden informatie, kwaliteit van de classificatie, het werk van de huisarts en episodegebonden informatie zoals verloop in de tijd, contactredenen en niet te vergeten belangrijke gegevens over de co-morbiditeit.

De onderzoekspoulatie telde 5000 mensen vanaf 65 jaar en ouder. De samenstelling verschilt weinig van het bejaarde deel van de Nederlandse bevolking. In totaal vonden 25.964 contacten plaats, waarvan 57 procent huisbezoeken. Tijdens de contacten zijn 38.685 contactredenen, 37.604 diagnoses, 18.953 episodetijden en 65.940 diagnostische en therapeutische interventies geregistreerd. 16 procent van de ouderen werd actief verwezen naar andere hulpverleners in de eerste lijn en 32 procent naar de medisch specia-

list. Eén procent werd verwezen naar een verzorgingshuis, het Riagg of het verpleeghuis.

De voornaamste contactredenen bij het begin van de episodetijden waren: pijn, hoest, ziek voelen, kortademigheid en bang zijn voor een ziekte. Bij het vervolg van de episodetijden gaat het vooral om een medisch onderzoek, hypertensie, pijn, diabetes en decompensatio cordis. De voornaamste nieuwe episodetijden (de diagnose) waren: bronchitis, verkoudheid, cerumen, bijwerking van medicijnen en urineweginfecties, de voornaamste bekende episodetijden waren: hypertensie, diabetes mellitus, artrose en chronisch ischemische hartziekten.

De functiekaarten zijn, zoals gezegd, een praktisch instrument waarmee de huisarts zich globaal kan oriënteren over bepaalde aspecten van het functioneren. Bij een score van meer dan 2 zijn problemen waarschijnlijk. Van de contacten waarbij alle functiescores zowel door de patiënt als door de huisarts zijn ingevuld, blijken patiënten en huisartsen het in tweederde van de contacten het eens te zijn over de functiescore.

In afzonderlijke hoofdstukken zijn twaalf episodetijden of ziektecategorieën uitvoerig besproken: hypertensie, diabetes, artrose, bronchitis, emfyseem, decompensatio cordis, Parkinsonisme, huisvestingproblemen, verlies van partner, bijwerking geneesmiddelen, kanker en psychische problemen.

Wie de moeite neemt dit niet makkelijk leesbare proefschrift door te nemen zal een schat aan morbiditeitsgegevens over ouderen tegenkomen die ook kunnen worden gebruikt in het onderwijs en de nascholing. De uitvoerige bijlage met vele tabellen moet daarbij zeker niet worden overgeslagen.

Bekijken we de geformuleerde vraagstellingen en de resultaten, dan zijn deze alle correct verwerkt en beantwoord. Klachten, symptomen en ziekten waarvoor ouderen hun huisarts raadplegen zijn zorgvuldig in kaart gebracht. Hoe moeilijk het is om andere morbiditeitsregistraties te doorgronden en daarmee vergelijkingen te maken, blijkt onder andere uit de opmerking dat bekende problemen in de Continue Morbiditeitsregistratie van Nijmegen automatisch worden doorgecodeerd. Dit is niet zo. Symptomen als obstipatie, moeheid en duizeligheid kunnen bijvoorbeeld wel degelijk met de E-lijst worden vastgelegd.

De in de inleiding gewekte verwachtingen (onder andere de specificiteit van een functiestoornis voor een gezondheidsprobleem en de relatie met een huisartsgeneeskundige interventie) worden niet helemaal waargemaakt. Een gevoel van teleurstelling blijft dan ook achter, maar dat wordt wel weer gecompenseerd door de opmerking van de auteur in de slotbeschouwing

dat het onderzoek pas het begin van de ontwikkeling van meetinstrumenten vormt om de consequenties van gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven en het effect van huisartsgeneeskundige interventies vast te stellen. Dit proefschrift moet dan ook gezien worden als een fundament voor de ontwikkeling van instrumenten in de huisartsgeneeskunde, die ons meer doen denken in termen van functiestoornissen dan van diagnoses. Het is daarom te hopen dat dit werk een aanzet is voor verder onderzoek waarbij de in de inleiding beschreven mogelijkheden worden geoperationaliseerd.

Th. Voorn

Het denken van de neuroloog [Dissertatie]. Snoek JW. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989; 459 bladzijden, prijs NLG 36,25. ISBN 90-9003054-9. Te bestellen door overmaking van NLG 36,25 op giro 2895167 van J. W. Snoek, 9711 VL Groningen.

'Interdokter-variantie is niet voorbehouden aan huisartsen; het komt evenzeer bij specialisten voor.'

Een proefschrift dat met een dergelijke stelling begint... dat belooft wat. Snoek beschrijft niet alleen de vraagstelling, methode en resultaten van zijn onderzoek; ook de ontwikkelingsgang die het onderzoek in de loop der jaren heeft doorlopen wordt geschat.

De auteur begon op basis van literatuuronderzoek enkele hypothesen op te stellen en sloeg aan het onderzoeken. Dat leverde veel uiteenlopende gegevens op. Snoek werd er moedeloos van. Hij ging te rade bij experts en begon overnieuw, nu met behulp van schriftelijke patiëntensimulatie. Drie van zijn negen hypothesen kon hij bevestigen. Met schriftelijke simulatie gaat echter veel informatie over het diagnostisch proces verloren. Opnieuw was Snoek niet tevreden over de resultaten van zijn onderzoek, opnieuw ging hij bij experts langs. Als laatste bezocht hij A.D. de Groot.

Van De Groot leerde Snoek het probleemoplossingsproces te zien als een proces waarin een redenering ten gunste van een bepaalde beslissing wordt opgebouwd: niet in structuur en complexiteit van het denken steekt het verschil tussen meester en beginneling, maar in de effectiviteit en efficiency ervan. En het doel van Snoek's studie verandert: met de denk-psychologische theorieën van Selz-De Groot als referentiekader een systematische en algemene beschrijving geven van de structuur en het verloop van het denkproces van de neuroloog.

In een proefopzet bleek dat de 'context of discovery' zich grotendeels aan de waarneming van de onderzoeker en van de proefpersoon

onttrekt; de 'context of justification' was daarentegen duidelijker te volgen. Niet de diagnose maar het actieplan wordt gerechtvaardigd.

Weer veranderde het onderzoeksdoel: een beschrijving geven van het doel dat neurologen in confrontatie met hun patiënt nastreven; welke strategieën hanteren neurologen in hun denkproces?

In de definitieve onderzoeksopzet bood Snoek aan 24 proefpersonen – hoogleraren, perifere opleiders, neurologen in opleiding en co-assistenten, zes van iedere soort – zes patiëntenproblemen aan. Aan de proefpersonen werd gevraagd hardop te analyseren hoe hun denkproces verliep. Die sessie werd woordelijk uitgetypt, waarna het verslag met de proefpersoon werd besproken om onduidelijkheden in de lijn van het denken te verhelderen. Ook van die bespreking werd een verslag getypt en dit werd de proefpersoon ter fiatting aangeboden.

Deze protocollen werden bewerkt: er werden 60 'als-dan'-regels uit afgeleid met betrekking tot de wijze waarop de proefpersonen tot conclusies kwamen; 'expertregels' noemt Snoek die. Het leidt als vanzelf tot de vraag of die regels te gebruiken zijn in geautomatiseerde expert-systemen.

Experts blijken snel aannemelijke hypothesen te genereren en kunnen effectief omgaan met incongruenties in een casus. Ze vertrouwen op hun eerste indruk, maar laten die los zodra hij onhoudbaar blijkt. De expert grijpt terug op zijn ervaring; de denkweg van de co-assistent die het probleem herkende omdat hij het eerder had gezien, was niet van die van de expert te onderscheiden, net zoals de denkweg van de expert die het probleem niet herkende, niet verschilde van die van de beginneling. De basis van de klinische blik is de herkenning van het geval, vaak op basis van onvoldoende gegevens.

En daarmee is de vraag naar de bruikbaarheid van de regels in een expert-systemen beantwoord, en wel ontkenkend. 'The most important question appears not to be "Where can we use computers?", but "Where must we use human beings?"'

Tenslotte spiegelt Snoek zich aan de expert Sherlock Holmes, door Conan Doyle – zelf arts – geportretteerd naar het voorbeeld van zijn leermeester, de neuroloog Bell.

Ik heb het boek in één adem uitgelezen. Snoek heeft lang nagedacht (en nadenken kost veel tijd) over een lastig probleem – hoe beschrijf ik het denken van de neuroloog – en hij heeft tijdens dat nadenken geleerd de grote lijn vast te houden. Daarvan doet hij ons verslag.

Of het allemaal klopt wat hij beweert, zal moeten blijken uit verder wetenschappelijk on-

derzoek. Maar het is in ieder geval een goed proefschrift, als we tenminste het onderscheid maken dat Snoek maakt tussen 'goed' en 'juist': het laatste heeft betrekking op resultaten, het eerste op het proces. Dat proces beschrijft Snoek naar analogie van het denkproces dat hij onderzoekt: de hypothesen die niet wilden deugen; daarop is zijn eerste expertregel van toepassing: als de hypothese op enig moment niet houdbaar blijkt, begint de expert van voren af aan met een uitgebreide anamnese. En dan het steeds weer opnieuw beginnen, het raadplegen van de experts tot aan Sherlock Holmes toe! Dat vindt zijn weerspiegeling in de regel: informatie van anderen controleert de expert altijd zelf.

De conclusies van Snoek zijn vooral van betekenis voor het onderwijs: de student moet al vroeg in zijn studie veel patiënten zien, en de docenten moeten hen het genereren, het toetsen en weerleggen van hypothesen aanleren.

Blijft tenslotte de door Snoek niet beantwoorde vraag wat de rol en functie van de leermeester is in het onderwijs. Die vraag lijkt me bij zo'n opvatting als van Snoek over leren van cruciale betekenis. Want klaarblijkelijk is niet iedere expert een goede leermeester.

Aan het resultaat te beoordelen heeft Snoek er pret in gehouden tot het eind toe: een fraai, zeker voor een onderwijzer als ik behartigenswaardig proefschrift – een lust om te lezen.

Ger van der Werf

Huisarts en sociale verzekering Collette C, Streng JC. Utrecht: Bunge 1989; 82 bladzijden, prijs NLG 35,-/BEF 700. ISBN 90-6348-275-2.

De huisarts ziet dagelijks vele patiënten die op de een of andere manier met de sociale verzekeringen te maken hebben. Maar hoe vaak gebeurt het niet dat u alleen maar toevallig hoort dat 'iemand in de ziektewet loopt' of zich uitsluitend met het oog op de ziektewet op uw spreekuur vervoegt? Hoeveel van uw patiënten ondervinden problemen met de uitvoering van de sociale verzekeringen en hoe vaak bent u daar niet eens van op de hoogte?

Meer kennis en inzicht in het sociale verzekeringswezen is een belangrijk instrument voor de huisarts bij het begeleiden van de patiënt. Tot voor kort kon de huisarts er zich op beroepen dat deze materie te ondoorzichtig was en dat er eigenlijk geen geschikte literatuur voor de huisarts over bestond. Met het verschijnen van dit nieuwe deeltje in de practicumserie is daaraan een eind gekomen. Aan de hand van goed herkenbare praktijkvoorbeelden wordt het sterk versnipperde stelsel en de uitvoering van de sociale verzekering overzichtelijk in kaart gebracht. Schijn-

baar moeiteloos wordt de stelselherziening van 1987 in het boek geïntegreerd. Terecht geven de auteurs geen waardeoordeel over deze stelselherziening; zij leggen uit, signaleren waar de problemen kunnen ontstaan en geven aan hoe binnen het stelsel naar oplossingen kan worden gezocht.

Na lezing van het boek voelt men zich met de materie al beter vertrouwd en is de belangstelling gewekt. Men zal wat makkelijker de telefoon pakken om met de verzekeringsgeneeskundige te overleggen en zal aldus doende de materie steeds beter gaan beheersen. Het overleg tussen behandelend arts en verzekerings/bedrijfsarts – waarvoor de verzekeringsgeneeskundige het initiatief zou moeten nemen – vormt in het boek bij de meeste casuïstiek de basis voor een oplossing.

Zeer sterk aanbevolen aan huisartsen, revalidatieartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

Pieter Wibaut

Neonatologie Koppe JG, red. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989; 143 bladzijden, prijs NLG 29,50. ISBN 90-313-1013-1.

Onder redactie van Koppe hebben de neonatologen van het AMC een leerboek neonatologie voor medisch studenten, verpleegkundigen en vroedvrouwen in opleiding geschreven. Het schematisch opgestelde boek behandelend een grote hoeveelheid onderwerpen, noodzakelijkerwijs beknopt. Niet alleen de somatische maar ook de psychosociale problemen die de ouders van zieke/vroeggeboren kinderen ondervinden, komen aan de orde. Dat in het AMC de technologie er niet in geslaagd is de filosofie geheel te verdringen, blijkt uit de beschrijving dat de uit Bogota overgenomen kangoeroemethode vermocht te bereiken wat de modernste couveuses van Europa niet konden: rustig slapende kinderen en ouders met zelfvertrouwen. Juist omdat deze filosofie in het boek doorklinkt, wordt het voor de genoemde doelgroep aanbevolen.

Pieter Wibaut

Arts en patiënt Van de Woestijne KP. Leuven, Amersfoort: Acco, 1989; 203 bladzijden, prijs NLG 31,-. ISBN 90-334-2076-7.

Hoe komt een longarts ertoe een boek te schrijven over de arts-patiënt relatie? Door zijn specialisme, dat zich enerzijds bezighoudt met chronische, anderzijds met maligne aandoeningen die weinig therapeutische mogelijkheden bieden? Dit ervarend kwam de auteur tot het

inzicht dat ook andere waarden een belangrijke rol kunnen spelen in de geneeskunde. Hij werd hierbij geïnspireerd door het lezen van de werken van Balint en van Kübler-Ross. Van daaruit ging hij op zoek naar een verruiming van zijn visie en ziedaar: een geschreven getuigenis van zijn ontdekkingstocht.

Een tocht door het land van de psychologie en de ziekte-theorie waarin begrippen als dualisme, ik-bewustzijn, empathie, non-verbale communicatie, participatiemodel en attributie in het eerste deel aan bod komen. In het tweede deel probeert hij deze theoretische achtergronden uit te werken bij bekende ziektebeelden als functionele klachten, hyperventilatiesyndroom, alexithymie, chronische ziekte en kanker. Tot slot twee paragrafen over pijnbestrijding en terminale patiënten.

Het komt inderdaad over als een getuigenis van een begeistert man die echter in zijn enthousiasme te veel tegelijk over wil brengen. Voor mij was het een 'déjà lu'-beleving, een golf die ons huisartsen overspoelde in het begin van de zeventiger jaren. Als zodanig kwam het mij wat achterhaald over.

Koen Kunst

Handbook of emergencies in general practice Lawrence N, Watts J. Oxford: Oxford University Press, 1989; 580 pagina's, prijs GBP 14,95. ISBN 0-19-261547-5.

In acute medische probleemsituaties kan er bij huisartsen (in opleiding) behoefte bestaan aan een handig naslagwerk waarin men snel relevante informatie, suggesties en therapie kan opzoeken. Het handboek is met dit doel geschreven. Per orgaansysteem worden acute situaties beschreven aan de hand van symptomen, diagnoses, differentiële diagnoses en urgente handelingen. Tevens wordt een advies gegeven of verwijzing naar een ziekenhuis moet volgen en wordt ingegaan op de behandeling op langere termijn. Het laatste deel wordt besteed aan specifieke onderwerpen als hypothermie, reuscitatie en intoxicaties. Alleen de linkerpagina's zijn bedrukt; de blanco rechterpagina's zijn voor eigen aantekeningen bedoeld. Het boek is hierdoor vrij dik geworden.

Een groep Engelse huisartsen heeft het boek vier maanden op zijn praktische waarde getest. Volgens de schrijvers vonden zij het een adequaat en makkelijk toegankelijk boek. Ik ben het hier slechts gedeeltelijk mee eens. Het boek heeft inderdaad een handzaam formaat. Tevens is het overzichtelijk en worden voldoende acute situaties behandeld. De geadviseerde therapie komt in grote lijnen overeen met de gebruikelijke behandeling in Nederland. Een bezwaar is ech-

ter dat er veelal te weinig praktische aanwijzingen worden gegeven op grond van welke gegevens men tot een diagnose kan komen. Met name de fysische diagnostiek en specifieke anamnestiche gegevens komen er bekaaid af, terwijl men hier in de acute situatie toch groten-deels op moet varen.

De adviezen op langere termijn ervaar ik als overbodig. Ik betwijfel of elke arts die iemand verdenkt van een myocardinfarct, in de acute fase behoefte heeft aan de volgende informatie: 'Tell the patient that if he is a cardriver the DVLC at Swansea must be notified and that if he recovers well he can resume driving two months after the attack.'

Door dergelijke bezwaren lijkt dit op zichzelf overzichtelijke en systematische boek geen plaats te verdienen in de (meestal) overvolle tas.

Bart Meijman

Beginselen van echografie voor paramedici Van Melckebeke L. Leuven, Amersfoort: Acco, 1989; 99 bladzijden, prijs NLGf 26,50. ISBN 90-334-196-0.

In dit boek worden de beginselen van de echografie summier besproken. Voor huisartsen die meer van echografie willen weten, is de theorie te beknopt. De foto's zijn duidelijk door de verbeterde beeldvorming van de laatste jaren. Voor een eerste indruk kan deze kleine platenatlas van dienst zijn. Als basis om zelf met een echo-apparaat te gaan pionieren, is de anatomie in relatie tot de beeldvorming echter onvoldoende nauwkeurig beschreven en getekend.

Voor dit doel kan worden aanbevolen: Sanders RS. Clinical sonography. A practical Guide. Boston, Toronto: Little, Brown and Company. ISBN 0-316-77010-8.

A. Beijst

Psychological managements for psychosomatic disorders Paulley JW, Pelsler HR, eds. Berlin, etc.: Springer, 1989; 335 pagina's, prijs DEM 98,-. ISBN 3-540-19298-0.

Naast de in de kop genoemde auteurs hebben nog zes anderen uit Engeland en Duitsland een bijdrage geleverd aan dit boek. Het gaat om lichamelijke aandoeningen die voornamelijk door emotionele stress veroorzaakt worden. De meeste auteurs zijn aanhangers van een school op analytische basis, zoals Groen (die ook het voorwoord heeft geschreven) en Alexander.

De psychodynamisch concepten zijn eenvoudig: overdracht, ambivalentie, identificatie en afweer. Door bewust te maken wat onbewust

problematisch was, geneest de patiënt. Hieruit is al af te leiden dat het boek ouderwets simplistisch aandoet. Terwijl op allerlei plekken in de psychiatrie geprobeerd wordt om tot integratie van de verschillende scholen te komen, wordt hier nog gepretendeerd dat dit de enige echte school is en dat bijvoorbeeld gedragswetenschap een verkeerde richting uitwijst (p. 325). Een andere reden om dit boek ouderwets te noemen, is dat psychotraumata in het algemeen en seksueel misbruik in het bijzonder als oorzaak van psychosomatische aandoeningen in dit boek niet voorkomen, zelfs niet in het hoofdstuk over gynaecologische en seksuele aandoeningen. De hele aanpak doet simplistisch aan: onbewuste problemen bewust maken door middel van 'tin-opener-questions' en dat eventueel aanvullen met ontspanningsoefeningen. Alleen het hoofdstuk over atopische dermatitis en chronische urticaria hebben een multimodale aanpak, zoals wij die van de directieve therapie gewend zijn.

Wie de moeite wil nemen om hier allemaal doorheen te kijken, kan toch nog wel wat van zijn gading vinden, zoals de typische persoonlijkheidsprofielen die bij de verschillende ziektebeelden behoren. Hoewel ze niet erg wetenschappelijk zijn onderbouwd, zijn ze toch op zoveel klinische ervaring gestoeld, dat ze bij de lezer nieuwe ideeën kunnen genereren.

Dick Arentz

Zorgen van en voor chronisch zieken [Dissertatie]. Van den Bos GAM. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989. Handelsuitgave: Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989; 190 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-313-1046-8.

In dit belangrijke en gemakkelijk leesbare profschrift beschrijft Van den Bos de resultaten van een gezondheidsenquête bij een steekproef van 9998 mensen van 55 tot 79 jaar te Amsterdam en van vervolg-interviews met respectievelijk 359 en 45 chronische zieken, 20 informele verzorgers en 83 gezonden. Zij schenkt uitgebreid aandacht aan de validering en de generaliseerbaarheid van de enquêtegegevens. Zij concludeert dat in de loop van de tijd compressie van sterfte en expansie van chronische aandoeningen en beperkingen optreden. De prevalentiecijfers van chronische aandoeningen komen globaal overeen met die uit het Transitieproject.

Voor chronisch zieken is de kans op contact met medische voorzieningen zeven keer zo groot als voor een generatiegenote zonder chronische aandoeningen. De chronische ziekten en beperkingen zullen tot een voortgaande druk op de medische voorzieningen leiden, grotendeels onafhankelijk van de vergrijzing. Ouderen met

chronische aandoeningen blijken meer hulp nodig te hebben, vaker hun gezondheid als slecht te beoordelen en meer problemen met het psychisch welbevinden te ervaren. Desondanks wordt het leven van de meeste chronisch zieken niet gedomineerd door gezondheidsproblemen. De partner is de belangrijkste schakel in het informele netwerk. Professionele hulp blijkt de informele hulp niet te verzwakken. Op het gebied van de medische behandeling en de revalidatie treden vooral informatie- en communicatieproblemen op de voorgrond; op het gebied van verzorging en verpleging vooral problemen rond de toegankelijkheid en de coördinatie.

Het boek besluit met een hoofdstuk waarin de conclusies uit de eerdere paragrafen betrokken worden op de concepten gezondheidzorgbeleid versus gezondheidsbeleid; *cure* versus *care*; eerstelijnszorg versus tweedelijnszorg en informele zorg versus professionele zorg.

Het onderzoek heeft twee beperkingen: de leeftijdbovengrens van 79 jaar en het feit dat om methodologische redenen alleen mensen met één chronische aandoening zijn ondervraagd, terwijl een kwart van de 65-plussers twee of meer chronische aandoeningen heeft. Deze dissertatie gaat dus over de gezondste ouderen, die in Amsterdam iets slechter af zijn dan in de rest van Nederland.

Tot 1988 stonden chronische ziekten niet in de belangstelling. In de beleidsnota's van de Rijksoverheid van 1979-1988 is slechts 2 procent van de tekst gewijd aan chronische ziekten. Recent heeft Staatsecretaris Simons te kennen gegeven dat chronische ziekten tot zijn aandachtspunten behoren en hij citeerde daarbij de vijf door Van den Bos genoemde criteria waaraan prioriteiten kunnen worden ontleend: het prevalentiecijfer, de leeftijdsgradiënt, de sociaal-economische gradiënt, de problemen in het dagelijks functioneren en de gevolgen voor het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Afgaande op deze criteria zou in het gezondheidszorgonderzoek en -beleid speciale aandacht nodig zijn voor reuma en gewrichtsklachten, longziekten, hartklachten, suikerziekte, ziekten van het zenuwstelsel, beroerte en gevolgen van beroerte, kanker en gevolgen van ongevallen.

B. Meyboom-de Jong

Nivel

The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy. Studies uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Artikelenbundel 20 jaar Peilstations Bartelds A, Francheboud J, Van der Zee J. Utrecht: Nivel, 1989; 367 pagina's, prijs NLG 40,-.

Psychologen in de eerste lijn [Onderzoeksverslag]. Van Rooij J, Verhaak PFM. Utrecht: Nivel, 1989; 126 pagina's, prijs NLG 19,50.

Een inventarisatie-onderzoek naar het vóórkomen en functioneren van psychologen in de eerste lijn, uitmondend in een typering van diverse soorten psychologen. Nagegaan is hoeveel psychologen voldoen aan enkele hoofdkenmerken van de eerstelijnspsycholoog, zoals de generalistische werkwijze en de samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines.

De zorgbehoefte ontleed. Een literatuuroverzicht van onderzoek naar de behoefte aan thuiszorg Moons M, Kerkstra A, Picauy C. Utrecht: Nivel, 1989; 179 pagina's, prijs NLG 26,50.

Het overzicht betreft patiëntencategorieën als ouderen, nazorgpatiënten, terminale patiënten, patiënten met kanker, chronisch zieken (CARA, diabetes mellitus, reuma) en lichamelijk gehandicapten.

Consultatiebureau-teams in beeld: een onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters [Onderzoeksverslag]. Chatab J. Utrecht: Nivel, 1989; 236 pagina's, prijs NLG 33,50.

In dit onderzoek zijn de taken en werkwijzen van 36 consultatiebureau-teams (CB-artsen en wijkverpleegkundigen) op gedetailleerde wijze in kaart gebracht.

Patient compliance: a survey of reviews (1979-1989) [Bibliografie]. Van Campen C, Sluys EM. Utrecht: Nivel, 1989; 125 pagina's, prijs NLG 10,-.

Overzichtsartikelen die de laatste tien jaar zijn verschenen over therapietrouw bij medische behandeling, worden kort samengevat. Hoofdstukken zijn gewijd aan therapietrouw bij ouderen, kinderen, chronisch zieken en verandering van levenswijze.

De psychologie en de eerste lijn [Bibliografie]. Schrijnemaekers V. Utrecht: Nivel, 1989; 96 pagina's, prijs NLG 10,-.

De bibliografie omvat beschouwingen over de mogelijkheden voor psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ondermeer wordt aandacht besteed aan de relatie huisarts-psycholoog en is literatuur opgenomen die de samenwerking tussen huisarts en psycholoog beschrijft.