

Kenmerken van zorg en kwaliteit van leven bij patiënten met kanker

Courtens AM. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1993; 197 pagina's. ISBN 90-5278-062-5.

Het eerste doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in hoe (nieuw) gediagnostiseerde kankerpatiënten de kwaliteit van hun leven beoordelen, en hoe deze beoordeling verandert in een jaar tijd. De tweede doelstelling is gericht op de vraag in hoeverre kwaliteit van leven en het beloop daarvan beïnvloed wordt door continuïteit van de professionele zorgverlening, door de mate van sociale steun en door enkele persoonsgebonden kenmerken van de patiënt.

Het onderzoek is uitgevoerd in de regio Noord-Limburg en in Maastricht. De selectie van patiënten in Noord-Limburg heeft plaatsgevonden door de patholoog-anatoom van het ziekenhuis in Venlo, in samenwerking met huisartsen in de regio. In Maastricht heeft de selectie plaatsgevonden door specialisten van het Academisch Ziekenhuis. Van iedere patiënt zijn, indien mogelijk, de huisarts, de behandelend specialist, de wijk- of ziekenhuisverpleegkundige en de centrale verzorger geïnterviewd. Deze onderzoekseenheden zijn een jaar lang gevolgd. In dat jaar vonden drie metingen plaats aan de hand van interviews en schriftelijke vragenlijsten.

Kwaliteit van leven is geoperationaliseerd door middel van de SIP, de klachtenlijst voor kankerpatiënten en twee globale evaluatiematen.

Continuïteit van de professionele zorgverlening is geoperationaliseerd met behulp van enkele indicatoren: onderlinge contacten tussen zorgverleners, taakovereenstemming tussen huisarts en specialist, contacten met steeds dezelfde zorgverleners gedurende de onderzoeksperiode, nazorg, tevredenheid met de zorg, en overeenstemming tussen zorgverleners en patiënt met betrekking tot zorgbehoeften. Bij sociale steun werden twee soorten kenmerken onderscheiden: structurele kenmerken (grootte, dichtheid en samenstelling van het netwerk) en functionele kenmerken (ervaren en gebonden emotionele en praktische steun, wederkerigheid van de steun). De beheersingsoriëntatie tenslotte is geoperationaliseerd door middel van de Cancer Locus of Control schaal.

Resultaten

In Noord-Limburg deden 79 patiënten mee aan de eerste meting. De uitval door overlijden en weigeren was hier 38 procent; hierdoor was de

volledige responsgroep 51 patiënten. Maastricht bracht slechts 38 patiënten in de eerste meting; door een uitval van 58 procent bleef de volledige responsgroep tot 16 beperkt.

Een eerste reeks resultaten beschrijft de kwaliteit van leven, en de veranderingen daarin na een jaar. De meeste problemen situeren zich op vlak van huishoudelijke activiteiten, recreatie en vrije tijd, slapen en mobiliteit. Op somatisch en psychisch vlak worden vooral moeheid, pijnlijke spieren, zenuwachtigheid, slape-loosheid, en gespannen zijn gemeld. Patiënten blijken op de globale maten van kwaliteit van leven gemiddeld hoog te scoren.

Een uitgebreid hoofdstuk handelt over de verbanden tussen continuïteit van de zorgverlening enerzijds en de kwaliteit van leven anderzijds: een leerrijk deel voor alle zorgverleners. Zo is het merkwaardig dat zelfs in de goed georganiseerde Nederlandse gezondheidszorg wordt vastgesteld dat er weinig onderlinge contacten zijn tussen de zorgverleners en ook weinig overeenstemming over de verantwoordelijkheid van taken. Ondanks het feit dat de patiënten en centrale verzorgers klachten uiten over het gebrek aan steun en informatie, over onbehoorlijke bejegening en over de diagnosegesprekken, zijn ze in het algemeen tevreden over de zorgverlening. De tevredenheid over de zorgverlening neemt echter na verloop van tijd af.

De transversale analyses leiden uiteindelijk tot een model van determinanten en resultaten van kwaliteit van leven:

- hoe ernstiger de ziekte, hoe lager de kwaliteit van leven;
- een relatief lage kwaliteit van leven leidt tot meer professionele zorg;
- naarmate de patiënten een slechtere kwaliteit van leven hebben, bestaat er meer taakovereenstemming tussen huisarts en specialist;
- er is een tendens dat weinig emotionele steun samenhangt met een slechtere kwaliteit van leven;
- er is een tendens dat een slechtere kwaliteit van leven samengaat met meer praktische steun.

Commentaar

De kracht van dit onderzoek lijkt me vooral het beschrijvende deel, waar zorgverleners enorm veel van kunnen leren, vooral van het zevende hoofdstuk over continuïteit in de professionele zorgverlening. Merkwaardig is dat het aantal contacten tussen specialisten en huisartsen drastisch afneemt in de loop van het eerste jaar.

Een ander knelpunt wordt gevormd door de

taakafbakening. Tussen huisartsen en specialisten blijkt weinig overeenstemming te bestaan. Over twee taken zijn zij het duidelijk met elkaar eens: het begeleiden van gezinsleden en het bewaken van de totale zorgverlening zijn taken van de huisarts. Over een aantal andere wezenlijke taken in de zorgverlening, zoals het begeleiden bij ziekteverwerking en het informeren over hulpmiddelen en leefregels, bestaat echter weinig overeenstemming. Een verrassende vaststelling: contacten tussen huisarts en patiënt blijken vaak plaats te vinden op initiatief van de patiënt zelf. De huisarts komt veelal 'op afroep' in actie. Dit wijst op wat men 'loketgeneeskunde' zou kunnen noemen: de gezondheidszorg reageert pas als de patiënt zich meldt. Professionele zorgverleners zijn veelal gericht op een beperkt aantal problematische momenten in het ziekteproces. Het volgen van de ziekte en zijn naasten, alsmede het kennen van de voorgeschiedenis en de leefwereld van de patiënt, worden daardoor bemoeilijkt.

Ik ben onder de indruk van zoveel variabelen en meetinstrumenten, maar stel toch enkele vragen bij de fundamentele aanpak.

De studie gaat uit van een vrij statische kijk op de beleving van kanker en kwaliteit van leven. Het werk van Kübler-Ross wordt zelfs niet in de literatuurlijst vermeld. De fase van verwerking zou wel eens van doorslaggevende aard kunnen zijn bij de bepaling van de kwaliteit van leven en de emotionele verwerking.

Voor mij is het onbegrijpelijk dat juist de terminale fase niet is ingebouwd in de bestudeerde periode. Zo komt de auteur tot merkwaaardige vaststellingen: kankerpatiënten hebben een betere kwaliteit van leven na een jaar, de rol van de verpleegkundige is gering, en de continuïteit van de zorgverlening daalt na een jaar. Het zou boeiend zijn geweest indien deze vaststellingen waren getoetst aan de terminale fase.

De auteur geeft zelf eerlijke, kritische aantekeningen bij de methodologie; de kleine onderzoeksgroep en de grote uitval maken dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn.

Zoals nogal vaak bij het lezen van dissertaties, spraken vooral de praktische aanbevelingen mij aan. Om te beginnen wordt er gepleit voor het aanstellen van een zorgcoördinator, waarbij een logboek nuttig kan zijn voor een multidisciplinair team. Verder zou er meer aandacht moeten worden besteed aan de sociale steun, waarbij het inschakelen van lotgenoten of patiëntenverenigingen een mogelijkheid is. Tevens dienen professionele zorgverleners te letten op de belastbaarheid van centrale verzorgers. Tenslotte pleit de auteur voor extra aan-

dacht voor oudere patiënten, die in de regel een lage sociaal-economische status hebben, en een risicogroep vormen als het gaat om het beloop van kwaliteit van leven.

Huisartsen kunnen zich beperken tot het lezen van deze bespreking. Dit onderzoek is een waardevolle poging om dit terrein te verkennen. Met een aangepaste methodologie kan men in de toekomst komen tot besluiten die wél veralgemeend kunnen worden.

M. de Meyere

Op de achtergrond

Een onderzoek naar de problemen van partners van patiënten met een chronische ziekte. Kuyper MB. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. Amsterdam: Thesis, 1993; 212 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90.5170.230.2.

Om allerlei redenen vind ik dit een fraai proefschrift. Het staat met beide benen in de praktijk van de huisarts. Dat lezen we al in de uit praktijk- en ondervinding geboren vraagstelling: hoe moet je omgaan met de partner van chronische patiënten? De schrijfster koos voor een kwalitatieve onderzoeks aanpak. Zij begon met een globale oriëntatie. Vervolgens deed ze een veldverkenning: ze hield vraaggesprekken met partners van patiënten en met hun huisartsen; ze legde de partners vragenlijsten voor, en ze hield een jaar lang aantekeningen bij van haar eigen contacten met partners van chronisch zieken. Materiaalverzameling, analyse en literatuurstudie wisselden elkaar af. In dat proces werd de vraagstelling toegespitst, en werden de inclusiecriteria voor opname van partners in het onderzoek verruimd. De kwaliteit van de verkregen gegevens en van de interpretatie ervan werd met anderen besproken en door hen gecontroleerd.

Een kwalitatieve onderzoeksopzet leidt ertoe dat we nauwelijks met cijfers worden geconfronteerd, hetgeen de leesbaarheid van het boek ten goede komt. Alleen bij het beschrijven van de onderzoeksgroepen in hoofdstuk 3 komt wat statistiek kijken. Maar ook de beschrijving van de tabellen in dat hoofdstuk is zeer leesbaar.

Die goede stijl van schrijven maakt het (althans voor mij) lastig om de merites van de methode goed te beoordelen. Beter gezegd, de onderzoekster zelf is bij deze kwalitatieve onderzoeksopzet het belangrijkste onderzoeksinstrument; en daarbij speelt niet alleen het reflexieve vermogen van de onderzoekster een belangrijke rol, zoals de schrijfster zelf op-

merkt, maar minstens evenzeer haar schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid.

De schrijfster spiegelt in haar onderzoeksgang voortdurend of wat ze in haar materiaal vindt in de literatuur is terug te vinden en door anderen herkend wordt. En als ik mezelf dan in die zin als beoordelaar mag opstellen, dan kom ik tot de conclusie dat wat ze beschrijft voor mij als huisarts herkenbaar is, aangrijpend herkenbaar zelfs: als een vrouw uitlegt hoe moeilijk het is haar zieke man niet alleen als patiënt maar ook nog als partner te zien; als de partners niet over dezelfde informatie beschikken, en dus een geheim voor elkaar hebben.

Behoeften van partners

De informatiebehoefte van de partners loopt nogal eens uiteen, en de communicatie op dit punt verloopt nogal eens stroef. Partners verschillen soms van inzicht met hun partner ten aanzien van bijvoorbeeld de invloed van psychische factoren en van levenswijze op het ziekteproces, of over het gebruik van pijnstillers. Pogingen dit uit te praten monden vaak uit in ruzie, en helpen dus lang niet altijd het conflict bij te leggen.

Soms komen partners en hun relatie versterkt uit de strijd; soms echter gaat de relatie aan de ziekte te gronde, wordt het leven schier ondraaglijk, als de partner zich realiseert dat je nu 'fatsoenshalve' niet meer uit elkaar kunt gaan.

Naar de indruk van de onderzoekster houdt de partner die onvoldoende ruimte voor zichzelf weet te scheppen het uiteindelijk minder gemakkelijk vol; maar 'kiezen voor jezelf' heeft, zeker voor vrouwen, een negatieve klank, en wordt als egoïstisch beschouwd.

Het bewaken van een wederkerig open partnerrelatie waarbij ieders autonomie behouden blijft is een belangrijke taak voor chronisch zieke mensen en hun partners. Negatieve gevoelens en moeilijke onderwerpen worden maar al te gemakkelijk vermeden; de patiënt wordt vaak bijna automatisch ontzien, hetgeen tot isolement kan leiden.

Inzicht laat zich niet steeds direct vertalen in actie: partners erkennen dat contacten met lotgenoten kunnen helpen hun problemen te verwerken, maar bij geen van de partners bij wie dat ter sprake kwam bestond belangstelling voor een gespreksgroep met lotgenoten.

Huisartsen geven vaak onopvallend en informeel steun, en krijgen lang niet altijd openlijke waardering. Er wordt door huisartsen misschien wel ongemerkt meer op gang gebracht dan de partners weten te vertellen. Over de begeleidende taak van de huisarts bestaat ove-

rigens nogal wat onduidelijkheid: sommige partners menen dat dat hoort bij de huisarts van vroeger; vandaag de dag zou hij het daar te druk voor hebben. Menselijke belangstelling van de huisarts wordt op prijs gesteld, maar vermeniging van professionele en privé-relaties – voor de huisarts niet ongebruikelijk, zo stelt de schrijfster – belemmert het ter sprake komen van relationele problematiek.

Persoonlijke zorg

De kwalitatieve onderzoeksopzet leent zich vooral tot het verdiepen van inzicht in (sociale) processen. Dat blijkt uit deze studie. De onderzoekster is een eindweegs gekomen, en roept tal van belangrijke vragen op. Op dit punt gekomen realiseerde ik mij dat deze studie een interessant uitgangspunt had kunnen bieden om nog eens na te denken over het misschien ten onrechte in het vergeetboek geraakte huisartsgeneeskundige concept van persoonlijke zorg, en de waarnemingen nog eens aan dat concept te spiegelen.

De conclusie dat de huisarts een werkplan moet opstellen, en dat de huisarts misschien actiever moet zijn in het contact leggen met de chronische patiënt en diens partner vind ik een al te doenerige manier om een fraaie beschouwing over ons vak mee af te sluiten. Bij de vraag 'Wat moet de huisarts nu doen met het in het onderzoek gewonnen inzicht?' past trouwens een andere onderzoeksmethodologie, en (denk ik) een andere onderzoeker.

De onderzoekster eindigt met een citaat van McWhinney: 'A good relationship between people is good in itself'. Over wat dat betekent voor problemen van partners van chronisch zieken, voor het werk van de huisarts, en voor het onderzoek en onderwijs in de huisartsgeneeskunde zou ik nog wel eens met de schrijfster van deze fraaie dissertatie van gedachten willen wisselen. Maar beter kan ik huisartsen aanraden het boek zelf te gaan lezen, en er hun eigen conclusies aan te verbinden.

Ger van der Werf

Handleiding bij psychotrauma

Een handboek voor hulp in Nederland aan ontheemden en aan slachtoffers van rampen en vervolging. De Jong JTVM, red. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1993; 110 bladzijden, prijs NLG 20,-. ISBN 90-6832-083-3.

Dit boek is tot stand gekomen in samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie en het

Hoge Commissariaat voor de Vluchtelingen van de Verenigde Naties. De oorspronkelijke Engelse versie is met name bedoeld voor hulpverleners die werken voor organisaties als UNHCR, WHO, Unicef, en Rode Kruis. De Nederlandse versie is uitgebracht voor hulpverleners, gezondheidswerkers, vrijwilligers, leerkrachten en anderen die betrokken zijn bij hulp aan vluchtelingen en aan slachtoffers van rampen. De acht hoofdstukken zijn geschreven door verschillende auteurs; hierdoor lopen de hoofdstukken voor wat betreft culturele en medische achtergrond, alsmede benodigde kennis van de gebruiker sterk uiteen.

In het boek komen de volgende onderwerpen aan de orde: herkennen van mensen onder stress en hen leren hiermee om te gaan, herkennen en behandelen van functionele klachten, herkennen van psychische stoornissen, geestelijke gezondheid en ontwikkelingsbehoeften van getraumatiseerde kinderen, traditionele geneeskunde, alcohol- en drugsproblemen, behandeling van slachtoffers van martelingen, ander geweld of rampen, behandeling van vrouwelijke vluchtelingen die zijn verkracht.

In het eerste hoofdstuk worden op eenvoudige wijze de effecten van stress uitgelegd, en vervolgens wordt aangegeven hoe de hulpverlener hierbij van dienst kan zijn. De tekst is basaal maar goed begrijpelijk. Wel wordt de indruk gegeven dat bloedarmoede een belangrijke oorzaak is van vermoeidheid; behalve dat dit in het algemeen onjuist is, moet men zich ook realiseren dat naar Nederlandse maatstaven veel allochtonen een laag Hb hebben.

In een kort hoofdstuk worden functionele klachten omschreven. Deze tekst is heel duidelijk, maar er komen ook onderwerpen uit het hoofdstuk psychische stoornissen aan de orde. Zo kan er verwarring ontstaan, bijvoorbeeld wanneer eerst wordt gesteld dat de hulpverlener bij ernstige psychische klachten de oorzaak kan achterhalen door het stellen van directe vragen, terwijl een andere auteur schrijft dat je vrouwen niet vraagt of zij verkracht zijn.

Het hoofdstuk algemene psychische stoornissen is niet passend voor de Nederlandse situatie. De indeling en de tekst vind ik chaotisch. De medicatie- en opnameadviezen zijn soms verwarrend; het advies bij nachtmerries 10 mg propranolol toe te voegen aan imipramine lijkt mij bijvoorbeeld, gezien de bijwerkingen van propranolol, onjuist. Bij het advies dat een patiënt met toevallen waarschijnlijk anti-epileptica nodig heeft, merk ik op dat mijn ervaring is dat bij deze groep patiënten het merendeel van de als epilepsie ogende aanvallen geen epilepsie is.

Het hoofdstuk 'Werken met vluchtelingenkinderen' is zeer de moeite waard. Het wordt duidelijk gemaakt waar de problemen ontstaan en wat de specifieke behoeften van deze kinderen zijn. Het is voor hen essentieel dat er een stabiele en veilige omgeving wordt geboden, omdat zij vaak door de moeilijke situatie van het gezin vroegtijdig worden gedwongen volwassen te worden. Het enige waar ik vraagtekens bij zet is het voorschrift alle ongebeide kinderen vitamine A te geven.

Het hoofdstuk over traditionele geneeskunde is voor de Nederlandse situatie waarschijnlijk alleen van belang als achtergrondinformatie. De schrijver van dit deel van het boek lijkt overtuigd van de superioriteit van de westerse geneeskunde, terwijl het voor mij nog maar de vraag blijft of een westerse benadering voor alle problemen van vluchtelingen, los van waar zij vandaan komen, altijd even geschikt is. Verder is het niet juist dat het (op zich correcte) advies aan hulpverleners om bij kinderen met koorts deze af te koelen, wordt onderbouwd door te stellen dat er kans bestaat op ernstige hersenbeschadiging en epilepsie. Ook over de vermeende gevolgen van een koortsstuip bestaan andere opvattingen dan hier en helaas is er niets te lezen over de eerste hulp bij een koortsstuip.

Het hoofdstuk over problemen met alcohol en drugs spreekt voor zich. Terecht wordt erop gewezen dat vluchtelingen door verveling, gebrek aan toekomstperspectief, eenzaamheid, et cetera, makkelijk in een positie kunnen raken waarin de kans op problemen met verslaving groot is. Over de herkenning van overmatig alcoholgebruik is het boek simpel: 'overmatige alcoholgebruikers zijn meestal te herkennen aan de alcoholgeur of aan trillende handen'.

In detail wordt in het hoofdstuk over hulp aan slachtoffers van martelingen, ander geweld of een ramp ingegaan op de klachten van deze mensen, alsmede de wijze waarop hun begeleiding gestalte kan krijgen. Hiervoor wordt een beschrijving gegeven van een serie van 11 bijeenkomsten voor hulp aan deze slachtoffers.

Het laatste hoofdstuk gaat over het omgaan met verkrachtingstraumas bij vluchtelingen-vrouwen. Dit korte hoofdstuk is zeer de moeite waard door de duidelijke opzet en heldere tekst, waardoor ook een niet gespecialiseerde hulpverlener er goed mee uit de voeten kan.

Door het hele boek heen wordt regelmatig verwezen naar de te raadplegen arts; mede hierdoor acht ik het belang van dit boek voor huisartsen gering. Door de uiteenlopende kwaliteit van de verschillende hoofdstukken is het boek niet echt een praktijkboek voor hulp in Neder-

land. Dit is echter een conceptversie en mogelijk wordt de volgende versie aangepast.

G. Wielink

Praktische oogheelkunde

Stilma JS, Voorn ThB. Houten, Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993; 397 bladzijden, prijs NLG 95,-. ISBN 90-313-1505-2.

Toen ik dit boek voor de eerste keer doorbladerde was mijn reactie er een van herkenning – 'die tekeningen heb ik in het boek van Henkes en Van Balen van 20 jaar geleden al gezien'. Ook een aantal hoofdstukken en indelingen leken me hetzelfde. Toen ik verder las bleek ik me toch vergist te hebben. Hoewel een aantal tekeningen en grafieken hetzelfde is, is de tekst herschreven. Er is moderner Nederlands gebruikt en mogelijke onduidelijkheden zijn verhelderd. Eigenlijk leest het boek als een roman en met een paar uurtjes lezen had ik al snel zo'n 100 bladzijden doorgewerkt. Er is een aantal hoofdstukken toegevoegd en vaak wordt daarin de rol, die de huisarts in de diagnostiek en therapie kan spelen, genoemd.

De namen van de medewerkers staan garant voor hoge kwaliteit. De redactie heeft zich voorzien van gastauteurs die de hoofdstukken hebben geschreven over de onderdelen waar zij specifieke deskundigheid in hebben. De lijst van geraadpleegde literatuur aan het einde van elk hoofdstuk laat zien dat er uitsluitend uit recente bronnen geput is.

Achter in het boek zijn 30 pagina's met foto's opgenomen; in de tekst wordt hiernaar verwezen. Voor mijn gevoel hoort een boek over oogheelkunde inderdaad veel foto's te bevatten.

Dat neemt niet weg, dat er ook wel enige kritische kanttekeningen te plaatsen zijn. De gepresenteerde epidemiologische cijfers over incidentie en prevalentie laten beslist een onderrapportage van de refractiecijfers zien; waarschijnlijk gaan sommige patiënten rechtstreeks naar de opticien, of krijgen de verwijskartaar voor de oogarts via de praktijkassistente. Dan lijken de cijfers van Baggen veel betrouwbaarder. Aan het einde van hoofdstuk twee, dat gaat over het functie-onderzoek, wordt het bestaan van de NHG-standaard vermeld; er wordt van gezegd dat hij zonder nadere uitleg voor de huisarts niet haalbaar zou zijn en hij wordt zonder toelichting afgedrukt. Hier wordt een kans gemist voor verduidelijking.

Het geheel overziend vind ik het voor de

student en de huisarts een prettig boek, waarin de huidige opvattingen over de oogheelkunde naar voren komen. De rol van de huisarts in het samenspel met oogarts had mogelijk nog nadrukkelijker aandacht kunnen krijgen, maar hier ligt nog een taak voor de besturen van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap en Nederlands Huisartsen Genootschap.

Het boek is fors aan de prijs, maar ach, dat vergeet men zo snel.

Wil Wouts

Handboek praktijkvoering

De Haan J, Meyboom WA, Dijkers FW. Utrecht: NHG, 1993; 216 bladzijden, prijs NLG 45,-. ISBN 90-71714-42-X.

'Praktijkvoering is de gehele ondersteuning van het directe arts-patiënt contact, met uitzondering van het consult en de consultvoering zelf. Het gaat om de organisatorische en materiële randvoorwaarden waarmee de consultvoering kan plaatsvinden'. Een citaat uit dit handboek over praktijkvoering, dat tot stand is gekomen op initiatief van NHG en LHV.

In een twaalfstal hoofdstukken (de huisarts als ondernemer, algemeen management, de praktijkassistente, public relations, preventie, kwaliteitsbewaking en -bevordering, samenwerking, bereikbaarheid en beschikbaarheid, problemen), met paragraafonderverdelingen, worden aspecten van bovengenoemde organisatorische en materiële randvoorwaarden voor de praktijkvoering in het licht gezet. Dit geheel wordt afgesloten door een uitgebreide literatuurlijst, adressenbestand en register.

Mij bereikte het verzoek dit boek te lezen op een moment op de neergaande lijn van de golfbeweging die arbeidsvreugde als huisarts nu eenmaal lijkt te maken, samenhangend met het steeds weer ervaren tijdgebrek, de lasten van het ook kleine zelfstandige en werkgever te zijn, en de verlangens ook nog het vak bij te houden en de kwaliteit te verbeteren.

Via de Inhoud en de Inleiding (over de inhoud en het gebruik van het boek), kon ik makkelijk een aantal voor mij toepasselijke hoofdstukken vinden. Daarin wordt op compacte en toch makkelijk leesbare wijze een overzicht gegeven van de aspecten en processen die in het behandelde gebied een rol spelen.

Zo is de inhoud van het boek vooral inventariserend, terwijl er soms ook tips worden gegeven. Een aantal hoofdstukken wordt afgesloten met checklists, die helpen het behandelde gebied snel na te lopen, en de punten op te sporen, waar in de eigen situatie verbetering

mogelijk is. Voor ondersteuning bij verdere uitwerking wordt veelvuldig verwezen naar brochures, uitgegeven door O&O/NHG. Deze worden vermeld in de kantlijn, en zijn daardoor makkelijk in het overzicht opgenomen.

Daarmee is het ook echt een LHV/NHG handboek, dat volgens de tekst niet normatief bedoeld is, al komt het woord 'moeten' veelvuldig voor. Niettemin vind ik het een waardevol boek, dat qua inhoud geen directe oplossingen biedt, maar een overzicht geeft van wat speelt en waar de mogelijkheden zijn voor verbetering in de eigen situatie. Het geeft de mogelijkheid om in plaats van lijdzaam het gevoel van duizendpoot-zijn te ondergaan, boven de stof te staan, een duizendpoot te zijn, en steeds weer te kiezen bij welke poot en hoe je de teugels weer eens wat strakker aan zal trekken.

Joke Goossens

NOTA BENE

Bij de ontwikkeling en publicatie van richtlijnen, standaarden en criteria voor huisartsgeneeskundig handelen wordt te weinig expliciet aandacht besteed aan preventie van onnodige schade.

Stelling bij: Kastein MR. Developing criteria for the evaluation of performance in family medicine using the Delphi technique [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.

Asymptomatische bronchiale hyperreactiviteit heeft in tegenstelling tot symptomatische bronchiale hyperreactiviteit niet de voor astma kenmerkende eigenschappen. Daarmee wordt het minder waarschijnlijk dat asymptotische bronchiale hyperreactiviteit de schakel vormt tussen onderste luchtweginfecties op vroege kinderleeftijd en astma op latere leeftijd, en lijkt het evenmin een risicofactor voor astma op latere leeftijd te zijn.

Stelling bij: Kolnaar BGM. Respiratory morbidity in early childhood and asthma in adolescence and young adulthood; a study from general practice [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1994.

The management and prevention of diarrhoea. Practical guidelines

Third edition. WHO publication. Genève: WHO, 1993; V+50 bladzijden, prijs USD 10,80; ISBN 92-4-154454-6. Te bestellen bij: De Lindeboom - Inor Publikaties, Postbus 202, 7480 AE Haaksbergen.

Artrose bij ouderen

Goedhard WJA, Knook DL, red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994; 109 bladzijden, prijs NLG 45,-. ISBN 90-313-1517-6.

Basisboek gezondheid en milieu

Copius Peereboom JW, red. Meppel: Boom, 1994; 443 bladzijden, prijs NLG 69,50. ISBN 90-5352-048-1.

Schizofrenie, subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek

Van den Bosch RJ. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994; 242 bladzijden, prijs NLG 59,50. ISBN 90-313-1587-7.

Habitueel mondademen. Een terreinverkenning

Idema NK, Damsté PH, met medewerking van Gruting-Dijkman HM. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994; 142 bladzijden, prijs NLG 51,-. ISBN 90-313-1415-3.

Het psychiatrisch formularium

2e ed. Peplinkhuizen L, et al., red. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1994; 304 bladzijden, prijs NLG 24,50. ISBN 90-5235-055-8; ISSN 0926-3306.

Een dag van 36 uur

3e herz. dr. Mace NL, Rabins PV, red. Bewerkt door Van den Bosch JSG, Van den Bosch-De Greef M. Utrecht: Bunge, 1994; 317 bladzijden, prijs NLG 42,50. ISBN 90-6348-018-0.

Een milde dood. Praktische handleiding bij vrijwillige euthanasie en weigering van levensverlengende behandeling

3e herz. dr. Jansen DG. Amsterdam: Balans, 1994; 80 bladzijden, prijs NLG 24,50. ISBN 90-5018-187-2.

Het onderzoek van de buik

Krebbler ThFWA, red. Utrecht: Bunge, 1994; 85 bladzijden, prijs NLG 24,50; voor intekenaren op de serie Lege artis NLG 19,50. ISBN 90-6348-068-7.