

Developing criteria for the evaluation of performance in family medicine using the Delphi technique

Kastein MR. Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994

In de afgelopen 20 jaar is het onderwerp kwaliteit in de gezondheidszorg sterk naar voren gekomen. De belangrijkste reden daarvoor is dat stijgende kosten de vraag steeds pregnanter deed opkomen of de consument wel voldoende kwaliteit voor zijn geld kreeg.

Artsen hebben op deze vraag geanticipeerd door het op zichzelf vage begrip kwaliteit te gaan operationaliseren en door te gaan werken aan een systematische invoering en bewaking van die eenmaal gedefinieerde kwaliteit. In dit proces hebben de Nederlandse huisartsen niet achterop gelopen. Zij beschikken thans voor meer dan 30 procent van hun dagelijks weerkerende hulpvragen over richtlijnen voor kwalitatief verantwoord handelen. Daarnaast staat hen een uitgebreid apparaat voor invoering en toetsing van de nieuwe richtlijnen ter beschikking. Aan het aldus ontwikkelde systeem van kwaliteitsbevordering, dat overigens nog steeds wordt verfijnd en uitgebouwd, hebben sociale wetenschappers in belangrijke mate bijgedragen. Een enkele, Richard Grol, zelfs zo intensief dat hem de eer toekwam tot eerste hoogleraar namens de wetenschappelijke vereniging van huisartsen te worden benoemd.

De socioloog Kastein is bezig geweest met het ontwikkelen van criteria voor de evaluatie van het huisartsgeneeskundig handelen bij niet-specifieke buikklasten. Hij haakte met zijn promotie-onderzoek in op een aan de vakgroep huisartsgeneeskunde te Utrecht lopend, groot onderzoeksproject over complexe buikproblematiek. Daarbij was een registratie van het huisartsgeneeskundig handelen bij 1144 patiënten met deze klachten beschikbaar. Ook kon over gegevens over het beloop worden beschikt. Het materiaal was verzameld in 69 praktijken. Het grote onderzoeksproject was onder meer opgezet om de kwaliteit van het handelen van de deelnemende huisartsen op een of andere manier te koppelen aan uitkomsten bij de patiënten. Hoe deze koppeling tot stand moest worden gebracht, was vooraf niet bekend; daarvoor moesten na de fase van de materiaalverzameling instrumenten worden ontwikkeld.

Kasteins onderzoek beschrijft de ontwikkeling van één zo'n instrument, een set van criteria voor de evaluatie van het handelen van de deelnemende huisartsen. Om tot deze criteria te

komen, maakte hij gebruik van de Delphi-methode, waarvoor 28 artsen, 16 huisartsen en 12 specialisten uit vier specialismen werden ingeschakeld. Van de aldus in drie enquêterondes verfijnde reeks criteria werd getracht de betrouwbaarheid, de validiteit en de toepasbaarheid te bepalen.

De betrouwbaarheid werd gemeten door voor de klachtencategorieën buikpijn en trage stoelgang twee huisarts-specialist panels onafhankelijk van elkaar criteria te laten construeren. Daarbij bleek de overeenstemming groot en de betrouwbaarheid dus hoog. Door middel van een weinig doorzichtige methode werd daarna de betrouwbaarheid voor de andere klachtencategorieën geschat en in orde bevonden.

Validiteit werd uitsluitend bepaald voor het onderdeel bovenbuikklachten en werd onderverdeeld in een viertal subcategorieën. Daarvan kwam de categorie inhoudsvaliditeit, de vraag of de uiteindelijk geconstrueerde criteria een goede afspiegeling vormden van de vooraf gepostuleerde definities van kwaliteit van handelen en van het proces van zorg, slecht uit de bus voor twee van de vier consultvaardigheden, 'integrale patiënt georiënteerde benadering' en 'preventie van onnodige schade'. Ook de categorie criteriumvaliditeit, de mate waarin de geconstrueerde criteria overeenstemmen met wetenschappelijke bevindingen, kon niet hard worden gemaakt. Uiteraard niet, omdat de afwezigheid van onderzoeksbevindingen juist de reden was voor de toepassing van de Delphi-techniek. Toch kon voor iets minder dan de helft van de geconstrueerde criteria overeenstemming met 'enige' wetenschappelijke bevinding worden aangetroffen, reden voor de auteur om – mijns inziens ten onrechte – te concluderen dat hij met deze validiteitscategorie grosso modo goed zat.

Om de validiteitscategorie 'constructvaliditeit' na te gaan vergeleek Kastein zijn Delphi-criteria voor bovenbuikklachten met de richtlijnen uit de NHG-Standaard Maagklachten. Na een uitgebreid vertoog, dat naar mijn mening evengoed tot tegengestelde conclusies had kunnen leiden, omdat beide documenten zo verschillend van aard zijn, concludeert hij tot een deugdelijke constructvaliditeit van zijn Delphi-criteria.

Samenvattend twijfel ik bij drie van de vier in het proefschrift genoemde validiteitscategorieën – over de face-validity zijn we het eens – aan de conclusies van de auteur. Daarmee staat de 'totale' validiteit van zijn Delphi-criteria voor specifieke bovenbuikklachten mijns inziens ter discussie.

Nadat de Delphi-criteria waren ontwikkeld, werd de toepasbaarheid bekeken door ze op het materiaal van 216 patiënten met bovenbuikklachten uit het grote onderzoeksbestand 'los te laten'. Geconcludeerd werd dat de huisartsen zich over het algemeen wel aan de criteria hadden gehouden, maar dat betrekkelijk weinig aandacht aan psychosociale problemen was besteed. Merkwaardigerwijs werd te vaak bij deze klachten bepaald overbodige handeling van het vaginaal toucher verricht. Ook echo's werden te vaak aangevraagd, maar bij nadere analyse moest deze laatste conclusie worden herzien. Sommige echo's waren terecht gemaakt op verdenking van concreten in nieren of galwegen. Kennelijk hadden de deskundigen uit de Delphi-rondes daarvoor een blinde vlek gehad.

De auteur besluit zijn proefschrift onder meer met de conclusie dat het aspect 'externe raadpleging' relatief zwak is ontwikkeld in de ontwikkelingsprocedure van de NHG-standaarden en dat daarom invlechten van een of meer Delphi-rondes aanbeveling zou verdienen. Ondergetekende is van mening dat hij (ook) dat niet heeft aangetoond. Wellicht een reden om daar nog eens over door te praten.

Siep Thomas

Invoering van richtlijnen en veranderingen

Een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Grol RPTM, Van Everdingen JJE, Casparie AF. Utrecht: De Tijdstroom, 1994; 193 pagina's + literatuurlijst en register, prijs NLG 47,50. ISBN 90-352-1480-3.

De auteurs van dit overzicht over de ontwikkeling en vooral de invoering van richtlijnen zijn oude rotten in het vak. Het boek is bestemd voor een breed publiek: hulpverleners uit allerlei disciplines, beleidmakers, nascholingsorganisatoren en kwaliteitsmedewerkers. Rode draad is de gedachte dat al bij de opstelling van standaarden of richtlijnen nagedacht moet worden over mogelijke problemen bij de invoering: wie vormen de doelgroep, welk nut heeft die bij de invoering van deze richtlijn en hoe kunnen de verschillende stijlen van acceptatie in de doelgroep (innovatiegerichte hulpverleners, volgers en achterblijvers) het best worden benaderd.

Het boek bestaat uit vijf delen, waarin in totaal 12 hoofdstukken zijn opgenomen.

Deel 1 geeft een theoretisch kader met defi-

nities van kwaliteit: Kwaliteit '... kan alleen door herhaalde confrontatie of ervaring worden herkend. Kwaliteit is in deze zin evenals schoonheid een logisch primitief of primair begrip. Een primair begrip kan pas begrepen worden als men een aantal voorbeelden heeft gezien'. Deze definitie lijkt sprekend op die van de helaas niet genoemde Pirsig ('Zen, or the art of motorcycling maintenance'). Uitgaand van deze definitie beschrijft Grol de kwaliteitscyclus: analyse van een probleem, selectie van een relevant probleem, opstellen van richtlijnen, beoordeling van de feitelijke zorg, planning en implementatie van verbeteringen en, na de follow-up van het resultaat, opnieuw de selectie van relevante kwaliteitsproblemen.

Deel 2 beschrijft de ontwikkeling van hanterbare richtlijnen en doelen. De auteurs geven daarbij een groot aantal lijstjes waarmee men rekening moet houden: van richtlijnen over de keuze van de onderwerpen tot adviezen over een leesbare lay-out. De NHG-standaarden komen daarbij herhaaldelijk ter sprake. Belangrijk zijn de passages over de voor- en nadelen van centrale versus lokale richtlijnontwikkeling. De centrale richtlijnen kunnen door de gebundelde kennis een sterkere wetenschappelijke basis hebben, maar ontberen soms de betrokkenheid van de doelgroep bij het eindproduct. Centrale richtlijnen zouden volgens de auteurs moeten worden omgezet naar lokaal goed toepasbare richtlijnen, waardoor de acceptatie versterkt wordt. Mijns inziens zou die vertaling niet verder moeten gaan dan concrete afspraken over te bereiken doelen (bijvoorbeeld een bepaald percentage diabetes dat goed moet zijn ingesteld). Aanpassing door allerlei lokale afspraken van diagnostisch of therapeutisch beleid dat bij voorbeeld in NHG-standaarden is voorgesteld, lijkt mij absoluut niet wenselijk.

In deel 3 beschrijven de auteurs de knelpunten bij het invoeren van veranderingen: kenmerken van de hulpverleners, zoals motivatie en leerstijlen, en kenmerken van de werksetting. Terecht wordt opgemerkt dat patiënten niet alleen maar tegenwerken bij veranderingen en altijd 'meer' willen, maar dat zij ook kunnen helpen bij het invoeren van veranderingen door aan te dringen op betere kwaliteit. De methoden en hulpmiddelen om de knelpunten op te sporen, worden slechts beknopt toegelicht. De methoden zijn voornamelijk afkomstig uit de kwaliteitssystemen uit de industrie (surveys en allerlei plaatjes zoals visgraatdiagrammen en parretogrammen).

De ontknoping – hoe moet je nu de gewenste veranderingen invoeren – komt in deel 4. De

grote lijnen daarvan worden in hoofdstuk 8 uit de doeken gedaan: patiëntgerichte benaderingen, educatieve benaderingen, managementbenadering en een economische benadering. In de daarop volgende hoofdstukken worden de methoden voor de verspreiding en voor de feitelijke verandering verder beschreven. Adequate feedback over het feitelijk handelen is de basis van de veranderingen. Allerlei methoden van feedback passeren de revue (computeruitdraaien, persoonlijke feedback zoals in het Diagnostisch Centrum Maastricht, praktijkvisiteatie).

Het laatste deel behandelt het 'meten' van de veranderingen. Bij de evaluatie van veranderingen gaat het zowel om het meten van het 'proces' als de uitkomst: hoe is de invoering van de richtlijn verlopen en is het bereikte doel behaald?

Een uitgebreide literatuurlijst en een redelijk goed register completeren het boek.

Het boek biedt een goed overzicht van de stand van zaken, maar toch heb ik een wat onbevredigd gevoel over de opzet. Weliswaar waarschuwen de auteurs in de inleiding dat sommige theorieën herhaaldelijk aan de orde komen, maar als dat dan gebeurt, is het veelal niet duidelijk waarom dat nodig is. En hoewel in de structuur in grote lijnen duidelijk is, wordt het ordeningsprincipe niet op hoofdstukniveau doorgevoerd. Ik vind het boek daardoor en door het grote aantal opsommingen niet overal even lekker lezen. De talloze voorbeelden zijn in hetzelfde lettertype gezet als de gewone tekst. Een andere lay-out had het geheel veel overzichtelijker gemaakt; de auteurs wijzen nota bene zelf op het belang van een overzichtelijke en aantrekkelijke vormgeving. De invloed van het boek op de daadwerkelijke invoering van richtlijnen in de praktijk zou door deze punten kunnen tegenvallen. Voor huisartsen die geïnteresseerd zijn in kwaliteitsverbetering is het echter een waardevol boek.

Joost Zaat

Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de eerste lijn

Een nieuwe werkwijze bij klachten van het bewegingsapparaat. Vierhout WPM. Dissertatie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994; 260 pagina's. ISBN 90-5170-250-7.

In dit proefschrift wordt een onderzoek beschreven dat beoogt een innovatie in de huisartspraktijk met wetenschappelijke feiten te ondersteunen. Object van studie is de effectiviteit

van het gezamenlijk consult van huisarts en orthopeed bij patiënten met klachten van het bewegingsapparaat. Het onderzoek is ontsproten aan de huisartspraktijk zelf en alleen dat al maakt het de moeite waard er als huisarts kennis van te nemen. Het wordt bovendien helder beschreven en bezit een zekere originaliteit, doordat een grote hoeveelheid relatief 'zachte' (gezondheidszorgwetenschappelijke) onderzoeksvragen waar mogelijk met tamelijk 'harde' (natuurwetenschappelijke) onderzoeksmethoden worden beantwoord.

Over de vragen en de opzet

Als huisarts ben ik vooral geïnteresseerd in de vraag of de investering (in tijd en energie) die ik moet doen om 'gezamenlijk consulteren' van de grond te krijgen, rendeert in termen van tijd, kennis/deskundigheid en gezonde en/of tevreden patiënten. Daarnaast zou ik willen weten of de innovatie leidt tot verminderde belasting van de tweede lijn, tot besparing van geld en/of tot verbetering van de kwaliteit van zorg. In dit proefschrift komen al deze effectmaten ter sprake, zodat een vrijwel volledig beeld van het effect van het gezamenlijk consult tot stand komt, althans op het gebied van klachten van het bewegingsapparaat.

Het onderzoek is opgezet in de vorm van een gerandomiseerde trial. Het lot bepaalde of een patiënt die voldeed aan de insluitcriteria, wel of niet in aanmerking kwam voor een gezamenlijk consult. Het beleid en de resultaten bij patiënten in de op die manier ontstane groepen werden onderling vergeleken. Vooral deze experimentele opzet, waardoor ook moderne analysemethoden konden worden toegepast, maken de resultaten interessant. In ander onderzoek moet nogal eens worden geëvalueerd wat al uitgebreid is ingevoerd, zodat het nauwelijks meer acceptabel is om patiënten de innovatie te ontzeggen. Dan moet gebruik worden gemaakt van quasi-experimenten of van een meer survey-achtige opzet, waarmee het effect van de innovatie zelf minder goed kan worden onderzocht.

Over de resultaten

Het onderzoek vond plaats in 12 huisartspraktijken. In totaal werden in 21 maanden 144 patiënten blootgesteld aan het gezamenlijk consult; 128 anderen dienden als controlegroep en werden zoals gebruikelijk en naar eigen inzicht van de huisarts behandeld.

Het patiëntenaanbod daalde na anderhalf jaar drastisch, hetgeen wordt toegeschreven aan toegenomen deskundigheid van de huisartsen. Helaas kon juist die deskundigheid, hoe-

wel door de huisartsen zelf als zeer belangrijk voordeel van deelname genoemd, vóór en na deelname aan het experiment niet goed worden getoetst en vergeleken. De patiënten die werden ingesloten, leken volgens de orthopeden erg op de patiënten die zij normaal op de poli zagen.

De patiënten die werden blootgesteld aan het gezamenlijk consult, bleken na één jaar minder ongerust en vaker klachtenvrij, terwijl bij hen minder vaak sprake was van verwijzing en aanvullende diagnostische verrichtingen, vooral van röntgenonderzoek. Geen verschillen werden gevonden in de objectieve gezondheidstoestand, in ervaren gezondheidstoestand (VOEG-lijst) en in ervaren functioneren (Sickness Impact Profile). Patiënten werden minder vaak klachtenvrij als er sprake was van psychosociale problemen, terwijl in die categorie ook vaak veel verrichtingen werden gezien, onafhankelijk van deelname aan het gezamenlijk consult. Injecties werden na een gezamenlijk consult vaker door de huisarts gegeven. Operaties vonden in beide groepen even vaak plaats.

Door daling van het aantal verwijzingen, diagnostische verrichtingen en andere kosten in de tweede lijn zou het 'gezamenlijk consult' in de onderzochte periode (bijna twee jaar) als voorziening tot kostenbesparing leiden. Of de daling in patiëntenaanbod na anderhalf jaar erop duidt dat huisartsen het na deelname aan dit experiment ook beter zijn blijven doen, is in dit onderzoek niet nagegaan. Zij blijken zich in de deelnameperiode relatief vaak te hebben bekwaamd in het behandelen van schouderklachten en tendinitiden met injecties, een vaardigheid die ook op een andere manier kan worden aangeleerd. Huisartsen bleken erg tevreden over de mogelijkheid van het gezamenlijk consult, met name door verbetering van kennis en vaardigheden. De orthopeden gaven hun bijdrage aan de vermeerdering van kennis en vaardigheden van de huisarts aan als belangrijkste doel van het gezamenlijk consult. Het verkrijgen van meer inzicht in taak en werkgebied van de huisarts op orthopedisch gebied werd door de orthopeden lager gescoord, maar werd gelukkig wel genoemd.

Tot slot

Op basis van dit onderzoek lijkt het instellen van de mogelijkheid gezamenlijk met een orthoped te consulteren bij patiënten met klachten van het bewegingsapparaat haalbaar en zinvol. Individuele huisartsen blijken er slechts gedurende een tot anderhalf jaar intensief gebruik van te maken en daarna, verrijkt met kennis en vaardigheden, weer hun eigen gang

te gaan. Het is aannemelijk, maar niet bewezen, dat huisartsen na zo'n periode langere tijd zonder 'intervisie' adequater kunnen omgaan met klachten van het bewegingsapparaat. Dat zou de mogelijkheid bieden vervolgens een ander vakgebied gezamenlijk met een specialist te benaderen.

De auteur, wiens laatste stelling luidt "een oudere dokter wint geen tijd door 'jonge doctor' te worden", verdient alle lof voor het taale doorzettingsvermogen, dat ongetwijfeld nodig is geweest om in een latere carrièrefase een onderzoek als dit en de verslaglegging ervan succesvol te voltooien.

M.E. Numans

Psychiatry and general practice today

Pullen I, Wilkinson G, Wright A, Pereira Gray D, eds. London: The Royal College of Psychiatrists / The Royal College of General Practitioners, 1994; 383 pagina's. ISBN 0-902241-50-8.

Het is al bijna 30 jaar geleden, dat het bekende boek van Shepherd et al. over de psychiatrie in de huisartspraktijk in Engeland verscheen. Sindsdien is er wat betreft wetgeving en praktijkvoering veel veranderd. Bovendien heeft het onderzoek in de huisartsgeneeskunde ook op het terrein van de psychiatrie belangrijke nieuwe inzichten opgeleverd. Dit boek is dan ook het resultaat van een gezamenlijke inspanning van huisartsen en psychiaters; het is uitdrukkelijk de bedoeling te laten zien op welke gebieden de beide beroepsgroepen met vrucht zouden kunnen samenwerken.

Het boek bevat bijdragen over de grote klinische ziektebeelden, zoals schizofrenie, depressie, alcoholisme en angst, en eveneens bijdragen over de context en het psychosociale management van patiënten met psychisch probleematiek. In het kader van de context geeft Pereira Gray een perspectief voor de huisartsgeneeskunde over de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters. Met betrekking tot de Nederlandse huisartsgeneeskundige school merkt hij op dat deze 'has been strong on emotional medicine'. Hij wijst er tevens op, dat de zorg met name voor patiënten met emotionele problemen in Engeland op dit moment te kort schiet. Hij verwacht een verbetering van een betere opleiding, meer onderzoek op dit gebied en een betere toegankelijkheid van het enorme gegevensbestand waarover de huisartsen in Engeland beschikken. In een latere bijdrage over de preventie constateert hij, dat er te weinig onderzoek gedaan is naar relatiestoor-

nissen, zoals deze zich in de huisartspraktijk voordoen.

Er is uiteraard een bijdrage van Goldberg over de epidemiologie van psychische stoornissen in de huisartspraktijk. Hij beschrijft daarin het bekende raamwerk dat door hem is geïntroduceerd en dat duidelijk maakt hoe het komt, dat niet alle mensen met psychische aandoeningen worden herkend en als zodanig benoemd.

Onder het hoofd 'management' worden verschillende therapeutische mogelijkheden besproken alsmede de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters en het werken in een team. Daarbij is opvallend dat de Engelse huisartsen vrijwel zonder uitzondering in gezondheidscentra werken, van waaruit tevens de 'health visitors' opereren, die veel werk kunnen verzetten ten behoeve van patiënten met psychische problemen. Het preventieve werk bij mensen boven de 75 jaar wordt in eerste instantie door deze werkers verricht.

Voor huisartsen die belangstelling hebben voor de psychiatrie, is dit boek zeer aan te bevelen. Voor arts-assistenten in opleiding en hun opleiders is het een goed hulpmiddel bij de bespreking van patiënten met psychiatrische problemen. Het biedt een uitstekend overzicht van de bestaande opvattingen en inzichten in de psychiatrische problemen die zich in de huisartspraktijk voordoen. Daarnaast komen opleiding en onderzoek aan de orde.

H.J. Dokter

The doctor, the patient and the group. Balint revisited

Balint E, Courtenay M, Elder A, et al. London, New York: Routledge, 1993; 176 bladzijden, prijs gebonden GBP 35.00, ISBN 0-415-08052-5; paperback GBP 11.99; 0-415-08053-3.

Het vakgebied geneeskunde wordt beschouwd als behorend tot de natuurwetenschappen, maar in de praktische uitoefening blijken nog heel wat andere zaken een rol te spelen, zoals de arts-patiënt relatie. Persoonlijke opvattingen, gevoelens, normen en waarden bij patiënt én arts zijn hierbij zeer belangrijk. Vooroordelen, bij de huisarts ontstaan in vele contacten door de jaren heen, spelen eveneens een rol. Zo'n 25 à 30 jaar geleden zorgde de Engelse psychiater Michael Balint juist op dit punt voor heel wat beweging in de wereld van de huisarts. De echo ervan galmt nog na.

Of het hierbij om echo gaat of om de klank, is een belangrijk punt. Niet echter voor de

fervente aanhangers van het Balintisme (bestaan die overigens nog in Nederland?). Voor hen is juist de intermenselijke relatie het onveranderlijke hart van de geneeskunde. Helemaal ongelijk hebben zij daarmee niet. De geneeskunde mag veel te danken hebben aan de natuurwetenschappen en zichzelf ook als zodanig beschouwen, feit is dat deze verworvenheden de patiënt ten goede dienen te komen, en dit speelt zich altijd af in een intermenselijke context. Ook formeel gezien is heel wel verdedigbaar dat de intermenselijke relatie als het hart van de geneeskunde wordt beschouwd.

Zelfexploratie

Dit nieuwe boek moet als een vervolg worden gezien op het in 1957 gepubliceerde en in 1964 in Nederlandse vertaling verschenen boek van Michael Balint 'The doctor, his patient and the illness'. Lag destijds de nadruk op het geven van inzicht in de werking van psychische factoren en mechanismen in de relatie tussen huisarts en patiënt, nu ligt het accent meer op de wijze van werken in de Balint-groep. Het doel blijft huisartsen te helpen in hun professionele functioneren als arts en als persoon.

Balint-groepen worden niet opgezet omdat de huisarts heel de mens onder zijn hoede zou dienen te nemen, en ook niet omdat hij zou moeten leren psychische oorzaken en problemen bij zijn patiënten te definiëren, maar om de individuele en persoonsgevonden observaties van de arts in de relatie met zijn patiënt te verhelderen en en uit te diepen. De aandacht wordt in het werken in de groep gericht op een viertal aspecten: de interpersoonlijke relatie tussen arts en patiënt, het 'verhaal' van de dokter die de patiënt inbrengt, de techniek van de zelfexploratie en de voor veranderingen benodigde tijd in de setting van de huisarts. In wekelijkse groepsbijeenkomsten wordt aan de hand van een casus het functioneren van de huisarts als persoon geëvalueerd. Fouten en missers worden aan het licht gebracht. Het gaat er niet om problemen of oorzaken bij de patiënten te diagnosticeren, maar om het verhelderen van de waarnemingen zoals de huisarts deze weergeeft in zijn verhaal. Inconsistenties en onzekerheden worden gesignaleerd en benoemd.

Een belangrijke rol is weggelegd voor de begeleidende psychoanalyticus. Deze is niet primair informant of docent, maar heeft een faciliterende functie. Uitdrukkelijk wordt gepleit voor een psychoanalytisch geschoold begeleider. Door de bijzondere wijze waarop deze naar mensen en groepen kijkt, door diens kennis van onbewuste processen en diens ver-

trouwdheid met paradoxen en contradicties zou de psychoanalyticus bij uitstek geschikt zijn huisartsen te helpen zich meer op hun gemak te voelen met de patiënt en met henzelf als dokter, zodat zij hun patiënten constructiever en met minder stress kunnen helpen. De huisarts leert open te staan voor en zich te laten verrassen door onverwachte gebeurtenissen in het contact met zijn patiënten, en hij leert waar in de relatie lacunes zitten. De vaak voor artsen kenmerkende, aangeleerde houding van onverstoorbaarheid wordt niet als een goede zaak beschouwd.

Kracht en zwakte

'The doctor, the patient and the group' is de neerslag van een project dat als doel had de ontwikkelingen te onderzoeken die er sinds de jaren vijftig zijn geweest, en na te gaan wat nog steeds van nut is, wat wel en niet moet worden verworpen en wat als nieuw moet worden beschouwd.

Deze doelstelling komt in het boek niet goed en niet systematisch uit de verf. Veel bekende opvattingen worden, zij het op een wat andere wijze, opnieuw gepresenteerd. Hier ligt zowel de kracht als de zwakte van het boek. Wat wordt gezegd, is beslist relevant, met name voor de huisarts, maar iets nieuws komt er niet uit. Er zijn intussen ook andere methoden gegroeid, die hetzelfde beogen of in elk geval hetzelfde effect hebben, zoals de supervisie in de huisartsopleiding.

De investering om deel te nemen aan een Balint-groep is nogal groot. Volgens de regels van de Balint-beweging gaat het om wekelijkse sessies van al gauw anderhalf tot twee uur. Dat is voor de hedendaagse huisarts, naast allerlei andere (scholings)activiteiten nauwelijks op te brengen en zeker niet gedurende een veelheid van jaren.

De rol van de psychoanalyticus is theoretisch wel duidelijk en verdedigbaar, maar in de praktijk blijkt dit mijns inziens onvoldoende, althans niet uit de vele voorbeelden en zeker niet uit de in een slotdeel uitgewerkte procesbeschrijving van een casus. Mede door de techniek van de zelfexploratie is er sprake van een wat trage film met bescheiden interventies. Zelf prefereer ik een wat meer directieve aanpak.

De auteurs hebben volgens eigen zeggen veel aandacht besteed aan de wetenschappelijke wijze van werken. Zij noemen de Balint-methode een wetenschappelijke methode. In het boek wordt echter niet goed duidelijk, ook niet in het speciaal hieraan gewijde hoofdstuk, wat zijn onder 'wetenschappelijk' verstaan. Het blijft bij nogal open en vage omschrijvingen.

Wel wordt helder dat er sprake is van een bepaalde systematiek van werken, waarbij de presentatie van de casuïstiek, de analyse ervan en de follow-up de belangrijkste ingrediënten zijn. Of dit zogenaamde narratief onderzoek een wetenschappelijke methode kan worden genoemd, althans op het niveau waarop de auteurs dit uitwerken, is de vraag.

Ondanks alle tekortkomingen en ondanks de soms aanvechtbare wijze van werken van de Balint-beweging, gaat het hier om een belangrijk boek. Het boek is vanzelfsprekend interessant voor de degenen die geïnteresseerd zijn in de Balint-beweging. Het gedachtegoed dat aan het boek ten grondslag ligt, is echter van algemeen belang, omdat het aanzet tot bezinning op de eigen aard van de intermenselijke relatie tussen huisarts en patiënt. Van een duidelijke ideologische opstelling van veel huisartsen mag heden ten dage dan geen sprake meer zijn, toch blijven, zeker onbewust, eigen gevoelens, opvattingen, normen en waarden mee resonneren. Ze geven aanleiding tot vooroordelen bij de huisarts en daarmee tot 'observer-errors'. Er is geen sprake van echo, maar van (onzuivere) klank.

Jos op 't Root

Cervical screening

Austoker J, McPherson A. 2nd ed. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1992; 65 bladzijden, prijs GBP 5.95. ISBN 0-19-262170-X.

In 1988 werd in Engeland het systematisch screeningsonderzoek door de overheid geïntroduceerd, waarbij de uitvoering in handen van de huisarts werd gelegd. Deze ontvangt daarvoor regelmatig een lijst met vrouwen tussen de 25 en 65 jaar die in de praktijk zijn ingeschreven. De oproep kan de huisarts door de National Health Service (NHS) laten verrichten. In 1990 werd verder overeengekomen dat betaling van dit screeningsonderzoek door de NHS zou plaatsvinden via een progressief tarief aan de hand van het in de praktijk bereikte percentage vrouwen van de doelgroep.

Deze uitgave in de serie 'Practical guides for general practice' bevat een beknopt overzicht van de epidemiologie van het cervixcarcinoom en de voorstadia. Na richtlijnen voor allerlei organisatorische aspecten worden adviezen gegeven over kwaliteitsbewaking, interpretatie van cytologische uitslagen, vervolgsbeleid en begeleiding van de vrouw. De inhoud is erg situatie-specifiek, terwijl de Nederlandse huis-

arts al de beschikking heeft over een volwaardig equivalent in de vorm van de NHG-standaard Cervixuitstrijken.

C.L.M. Appelman

Fertilitiestoornissen

Wempe PA, Boer-Meisel ME. Utrecht: Bunge, 1994; 117 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-638-038-5.

Met dit deel uit de serie 'Practicum huisarts-geneeskunde' wordt beoogd de 'achtergrondkennis' van de huisarts bij het werken volgens de NHG-Standaard Subfertiliteit te vergroten. In het eerste van de 14 hoofdstukken wordt benadrukt dat het merendeel van de kinderloze vrouwen 'bewust' kinderloos is. In de volgende dertien hoofdstukken worden alle denkbare interventies en problemen behandeld, die bij het zoeken naar een oplossing voor ongewenste kinderloosheid aan de orde kunnen komen. En dat zijn er vele. Het laatste hoofdstuk is geheel gewijd aan verwerking begeleiding van niet behandelbare/onoplosbare ongewenste kinderloosheid.

Veel accent hebben de auteurs gelegd op de beleevingsaspecten bij medisch onderzoek volgens uitblijvende zwangerschap, hetgeen blijkt uit titels als 'Waar zat de boosdoener?'. In het betreffende hoofdstuk blijken dan de onderwerpen dysfunctie van de tuba en laparoscopie in het kader van vruchtbaarheidsonderzoek te worden behandeld, hetgeen de bruikbaarheid van het boek als naslagwerk niet ten goede komt. Ook aan de belevenissen van de dokter wordt de nodige aandacht besteed. In een van de hoofdstukken lezen wij, na afsluiting van de casus, dat de dokter 'enigszins in verwarring' achterblijft. Elders neemt de dokter 'een kop koffie' op de positieve zwangerschapstest. Dit laatste had misschien iets minder gekund.

Wat omvang betreft zou het boek als leerboek kunnen dienen, ware het niet dat de persoonlijke ervaring en voorkeur van de auteurs zich her en der doet voelen. Vijftientig actuele gevallen van subfertiliteit per praktijk lijken meer dan het landelijke gemiddelde. De betekenis van het oriënterend sperma-onderzoek bij de man blijft naar mijn smaak onderbelicht. Tenslotte wordt de procedure van in-vitro-fertilisatie naar mijn mening wel als extreem belastend afgeschilderd.

Toch is dit een voortreffelijk boek, dat meer geeft dan de beloofde achtergrondinformatie: het maakt de lezende huisarts in zeker opzicht tot ervaringsdeskundige. De tweede doelstelling van de auteurs komt daardoor binnen be-

reik: een betere begeleiding van deze groep patiënten en een verbetering in de communicatie tussen generalisten en medisch specialisten op het terrein van de menselijke vruchtbaarheid.

Terwijl de eerste reageerbuisbaby in Nederland pas een decennium geleden werd geboren, zal het in 1994 naar verwachting bij 1 procent van alle geboorten om een reageerbuisbaby gaan. In-vitro-fertilisatie vormt slechts een deel van de toegepaste medische mogelijkheden, terwijl ten hoogste de helft van de onvruchtbare paren op hun beurt baat vindt bij medische interventie voor hun probleem. Dit betekent dat de auteurs een actueel en relevant onderwerp voor de huisarts uit de doeken hebben gedaan.

Ben Ponsioen

The application of a general practice database to pharmaco epidemiology

Birmingham morbidity and prescribing information project. Fleming DM, Fullarton J. Occasional paper 62. London: The Royal College of General Practitioners, 1993; 21 bladzijden, prijs GBP 10,-.

De doelstellingen van het Birmingham morbidity and prescribing project waren: evaluatie van de mogelijkheid en de kosten van het verkrijgen van gegevens over morbiditeit en prescripties, analyse van deze gegevens, en post-marketing surveillance. Het project werd van juli 1988 tot juni 1991 uitgevoerd in vijf huisartspraktijken met in totaal 48.500 patiënten.

Op basis van interne validiteitsmeting (thyroxinegebruikers versus patiënten met hypothyreoïdie) en vergelijking met andere gegevens over prescriptie en morbiditeit werd vastgesteld dat de geregistreerde gegevens betrouwbaar zijn. De mogelijkheden van de database zijn onder meer: het maken van voorschrijfstatistiek – totaal of per geneesmiddelen-groep –, het meten van de prevalentie van hypertensie, de comorbiditeit en medicatie bij diabetes mellitus en de mogelijkheid van post-marketing surveillance. Bij influenza blijkt dat de vaccinatiegraad bij de high-risk-groep onvoldoende is, dat vaccinatie eerder plaatsvindt bij patiënten met een lage drempel voor huisartshulp dan bij de high-risk-groep, dat de sterftkans het hoogst is bij de high-risk-groep en dat vaccinatie leidt tot een daling van de sterftkans. In de beschouwing wordt gesteld dat de doelen van het project tegen acceptabele kosten bereikt zijn.

Dit goed opgezette onderzoek laat zien, dat

langdurige registratie van morbiditeit en prescriptie in een grote populatie veel interessante onderzoeksgegevens oplevert. De manier van registratie – het achteraf door hulppersoneel in computers laten invoeren van gegevens in plaats van het direct verwerken van gegevens uit huisarts-informatiesystemen – lijkt omslachtig, maar wordt door de auteurs beschouwd als de enige mogelijkheid in de Britse situatie.

C.M. van der Ree

In de praktijk

Facetten van assisteren in de huisartspraktijk. Van de Lisdonk E, Dieleman M, Dorussen N, et al. Houten, Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994; 113 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-313-1744-6

Dit is een duidelijk, handzaam en prettig leesbaar boek. De lay-out is vrolijk, het enthousiasme van de makers is goed te voelen. Het boek laat zien dat de assistente een manager-duizendpoot is, en dat de organisatie en planning van de praktijk bij haar begint. Zo goed als de huisarts een selectie aanbrengt voordat de patiënt eventueel naar een specialist wordt verwezen, zo verwijst de assistente wel of niet naar de huisarts en fungeert zij op die manier als schakel of juist als rem.

De ervaren assistente zal in dit boek veel herkennen, en zo hier en daar wordt oude kennis weer even opgefrist. Wat ik in dit boek mis, is het feit dat het salaris van de praktijkassistente niet voldoende is voor een pensioenreservering. Ook mis ik de mannen in dit boek, net als trouwens in het beroep.

M.H. van Groningen

AANKONDIGINGEN

Het medisch jaar 1994

20e dr. Van Es JC, Keeman JN, Mandema E, et al. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994; 248 bladzijden, prijs NLG 95,-. ISBN 90-313-1671-7.

Commentaren medicatiebewaking Pharmacon/Medicom (CMPM)

Anoniem. Haarlem: Stichting Health Base, 1994; 488 bladzijden, prijs NLG 95,35 + verzendkosten. ISBN 90-74027-05-9. Te bestellen bij de uitgever: Van Eedenstraat 7, 2012 EL Haarlem; telefoon 023-319051.