

dat het stellen van de diagnose hypertensie in het onderzoek van Harms zorgvuldiger gebeurde.

Toch zijn er wel vraagtekens te plaatsen bij sommige aspecten van het onderzoek naar het stoppen met medicatie. Het tweemaal meten van een diastolische waarde <80 mm Hg en het hervatten van therapie bij een eenmalige meting  $\geq 95$  mm Hg is niet een algemeen aanvaarde aanpak. Een zwak punt is ook dat in 33 procent van de gevallen de medicatie ten onrechte werd gestaakt. De aanbeveling om met medicatie te stoppen als de patiënt een jaar lang een diastolische waarde  $\leq 90$  mm Hg heeft of bij een waarde  $\leq 85$  mm Hg na een half jaar, is misschien wel juist maar niet onderbouwd door de studie.

#### NHG-Standaard Hypertensie

In hoofdstuk 6 worden de resultaten van een literatuuronderzoek over hypertensie in de periode 1990-1994 weergegeven. Dit is ongeveer de periode na het tot stand komen van de NHG-Standaard Hypertensie. De belangrijkste conclusie is dat actieve therapie ook bij geïsoleerde systolische bloeddruk bij ouderen tot een verminderde mortaliteit en morbiditeit leidt. Bij hoogbejaarden met reeds bestaande ischémie van het myocard is echter het nadeel van therapie wellicht groter dan het voordeel.

Ten aanzien van de NHG-Standaard Hypertensie geeft de auteur de volgende aanbevelingen:

- Behandelen van een verhoogde systolische bloeddruk.
- Actiever opsporings- en behandelbeleid bij spreekuurbezoekers >65 jaar.
- Opsporen van linker-ventrikelhypertrofie bij hypertensiepatiënten.
- Meten van de waist/hip-ratio in plaats van de Quetelet-index.

Vooraf de aanbevelingen ten aanzien van ouderen lijken mij urgent.

De opmerking van de schrijver dat verder onderzoek in de huisartspraktijk voor een kritische onderbouwing van programmatische preventie met betrekking tot hart- en vaatziekten gestimuleerd moet worden, is zeer zinvol. Dit proefschrift is een nuttige bijdrage in de reeks van onderzoeken op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk. De resultaten van de studie kunnen gebruikt worden voor het actualiseren van de NHG-Standaard Hypertensie.

A. Prins

#### Reactie

Ook voor mij was de uitkomst ten aanzien van de reductie van morbiditeit (en in het bijzonder van angina pectoris) in de systematisch behandelde groep hypertensieven het meest verrassende resultaat van mijn studie. Een mogelijke verklaring hiervoor is de langdurige follow-up van de systematische controle, waardoor pas op lange termijn een reductie in arteriosclerotische vaatandoeningen (ischemische hartziekten en perifere vaatstoornissen) optreedt ten opzichte van complicaties die zich op korte termijn ontwikkelen, zoals CVA en infarct.

De betrouwbaarheid van de diagnostiek van angina pectoris is in het onderzoek groter dan collega Prins stelt: juist vanwege de verminderde betrouwbaarheid van de anamnestiche diagnose werd alleen een door middel van ergometrie en/of catheterisatie bevestigde specialistische diagnose meegenomen, die bovendien werd gecontroleerd via de criteria van de ICHPPC-2.

De aantallen patiënten zijn inderdaad laag, doch door de hoge prevalentie van cardiovasculaire aandoeningen in de onderzochte populatie (voornamelijk mannen van 50-65 jaar) is de grootte van de groep relatiever.

Het opsporen in de huisartspraktijk van patiënten met hypertensie en een langdurige en systematische behandeling kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkómen van hart- en vaatziekten. Naast hoge bloeddruk dienen ook andere, met name leefstijl-gerelateerde risicofactoren nog meer te worden beïnvloed. De huisarts is de aangewezen persoon om hier toe het initiatief te nemen. Een doktersassistente, een geautomatiseerd patiëntenbestand en een diagnostisch centrum kunnen hem hierbij van dienst zijn.

Het wordt hoog tijd om een start te maken met een programmatische preventie ten aanzien van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk, zoals ook voorgesteld in 1992 door NHG en LHV.

Luc Harms

#### Partners van CVA-patiënten

*Een onderzoek naar de gevolgen van een cerebro-vasculair accident voor de partner van de patiënt. Schure LM. Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995. ISBN 90-9007713-8.*

Na dissertaties over de partners en/of centrale verzorgers bij dementie en andere chronische aandoeningen is dit proefschrift de eerste studie in Nederland over partners van patiënten met een CVA. In Nederland praten we dan over 50.000 tot 60.000 partners, merendeels vrouwen en meestal op leeftijd.

De auteur wilde een antwoord op de volgende vragen:

- Hoe vergaat het de partners van CVA-patiënten gedurende het eerste jaar na het CVA?
- Welke factoren spelen hierbij een rol?
- Welke partners hebben het meeste onder de situatie te lijden?
- Worden partners voldoende ondersteund door hun omgeving?
- Wat is de rol van de huisarts ten aanzien van de zorg voor partners van CVA-patiënten?

Voor de beantwoording van de eerste drie vragen werden de gegevens drie, zes en twaalf maanden na het CVA verzameld bij een groep van 70 partners van zelfstandig wonende CVA-patiënten die in de loop van 1990 door een CVA werden getroffen. De resultaten werden vergeleken met de gegevens van een controlegroep gematched naar leeftijd, geslacht en woongebied. Ten behoeve van de vierde en vijfde vraag werd zowel aan de CVA-partners als aan de leden van de controlegroep eenmaal gevraagd welke hulp of steun zij uit de omgeving kregen en aan welke hulp zij behoefte hadden. De huisartsen van de betrokken partners werden schriftelijk geënquêteerd over hun opvattingen en hun daadwerkelijke zorg voor de CVA-patiënten. De patiënten werden via de huisartsen in het noorden van Nederland geworven. Alle partners werden thuis geïnterviewd door respectievelijk de onderzoeker en een free-lance interviewer.

Belangrijk in dit onderzoek is, dat geëigende instrumenten gevonden en gekozen moesten worden om te meten wat centraal stond in het onderzoek: de gevolgen voor het dagelijkse leven van de partner, de ervaren belasting van de partner en het welbevinden. In het hoofdstuk over de operationalisatie van de begrippen besteedt de onderzoeker daar nauwkeurig aandacht aan, evenals aan het vastleggen van een maat voor de ernst van het CVA en variabelen die de relatie tussen het CVA en de gevolgen

zouden kunnen beïnvloeden (bijvoorbeeld de kwaliteit van het vroegere huwelijk).

### Resultaten

Van de 243 CVA-patiënten in de onderzoeksperiode bleek slechts 53 procent een centrale verzorger op het moment van het CVA te hebben. Uiteindelijk deden 70 partners mee, gemiddelde leeftijd 72 jaar, bijna twee keer zoveel vrouwen als mannen; slechts 35 partners deden mee aan alle drie de metingen.

Hoe is het hen vergaan?

Ze maakten het een jaar na het CVA niet goed. Een kwart tot een derde van de partners voelde zich ernstig belast. Ze hadden het druk met huishouden en verzorging, ze kwamen weinig toe aan vrijetijdsbesteding en hun relatie, ook seksueel, was verschaald. Op alle vijf gebruikte schalen om het welbevinden van de partners te meten, bleken vooral de vrouwelijke partners onder de situatie te lijden. Men raakte er ook niet aan gewend, gezien de verdere achteruitgang van het welbevinden in de loop van het eerste jaar. Dit fenomeen ziet men niet bij de mannen; bij hen trad juist in dat jaar een verbetering op in het beleven van hun huwelijk en ze gingen ook meer tijd aan ontspanning besteden.

De mate van belasting blijkt een belangrijke graadmeter voor de ernst van de gevolgen voor de partner. Niet alleen de lichamelijke beperkingen van de patiënt waren hierop van invloed, maar zeker ook de psychische beperkingen. Ernstige psychische beperkingen leidden tot een toegenomen aantal zorgtaken, een slechtere huwelijksrelatie, een grotere belasting en een verminderd welbevinden van de partner.

Vermeldenswaard is dat de partners die het meest te lijden hadden onder de situatie, zich kenmerkten door een lage zelfwaardering en door veel hulpbehoeften. De weerbaarheid van deze partners was gering, ze ervoeren weinig steun van de patiënt en hadden een grote behoefte aan hulp van hun huisarts. Hulp overigens, die deze groep al in hoge mate kreeg.

Hulp en steun voor de partners vanuit de omgeving bleken weliswaar in ruimere mate aanwezig dan in de controlegroep, maar de partners benoemden deze als onvoldoende. De kinderen vervulden in dit opzicht de belangrijkste rol. Van de professionele hulpverleners was de huisarts de belangrijkste bron van hulp en steun voor de partners. De huisarts werd vooral beoordeeld op de gegeven aandacht en beschikbaarheid voor het echtpaar. De huisartsen zelf waren van mening dat de zorg voor partners van CVA-patiënten tot hun taak als gezins-

arts behoorde. In de praktijk had 9 procent van de huisartsen geen contact met de partner gehad in de eerste drie maanden na het CVA, en 25 procent niet in de rest van het jaar. Partners wensten vooral meer aandacht van de huisarts voor hun situatie en meer ondersteuning bij hun rol als verzorger.

Een CVA heeft veel consequenties voor het dagelijkse leven van de partner. Dat kan eigenlijk ook niet anders. Hierbij blijven partners trouw zorg geven, ook als deze zorg chronisch is geworden. Getalsmatig zijn vrouwen in vrijwel elke partnerstudie in de meerderheid. Dat maakt het probleem van partners van CVA-patiënten tot overwegend een vrouwenprobleem. Bovendien blijkt uit deze studie dat vrouwelijke partners zwaarder belast worden en het na een jaar ook slechter maken. Risico om onder de situatie te bezwijken, lopen de partners met een lage zelfwaardering en een grote behoefte aan hulp.

### Commentaar

De auteur noemt zelf in de beschouwing een aantal beperkingen van de studie met betrekking tot generalisatie en meetinstrumenten.

Over de vraag welke variabelen nu de belangrijkste zijn om de ernst van de gevolgen voor de partner te voorspellen, is de studie niet erg helder. Zijn dit nu de psychische beperkingen van de patiënt of de belasting van de partner of de zelfwaardering en de mate van hulpbehoefte van de partner of de ondervonden sociale steun? Of gaat het – zoals elders in het proefschrift staat – om partners die het ontbreekt aan contacten met de omgeving, zodat de hulpbehoeften voor de buitenwereld onzichtbaar blijven? En hoe is dat te rijmen met het gegeven dat de partners die het slecht maken, juist veel huisartshulp krijgen? Onduidelijk blijft daarbij welke partner veel en wie minder steun nodig heeft, en voor wie geen enkele steun genoeg zal zijn.

Interessant is ook de vraag welke inhoud de steun en hulp moeten krijgen. Alleen maar meer behoefte natuurlijk helemaal niet beter te zijn als het de partner in een hulpbehoevende, passieve rol zou bevestigen. Hierbij moet ook gedacht worden aan de verschillende functies die mannen en vrouwen aan hun relaties toekennen. Vrouwen zijn meer geneigd in relationele termen en intimiteiten te denken en mannen in instrumentele termen. Als je partner een CVA krijgt met de in dit proefschrift beschreven gevolgen voor ADL en psyche, zou een meer instrumentele benadering misschien handiger kunnen uitpakken en mogelijk ook minder relationeel gemis doen voelen.

Het proefschrift besluit met richtlijnen voor goede zorg aan de partners. De kern is dat de hulpverlener nu en dan stilstaat bij de vraag hoe de partner het maakt en hoe deze bezig is met de verwerking van hetgeen gebeurd is. Dat is ook de importantie van dit proefschrift: de aandacht te vestigen op de noden van partners van CVA-patiënten en wegen aan te geven hoe de zorg verbeterd kan worden. De auteur heeft veel partners gesproken en heeft deelgenomen aan partnergroepen. Deze praktijkervaring en haar bewogenheid hebben de fundamenten gelegd voor deze mooie studie.

Toine Lagro-Janssen

### De gedragstherapeutische behandeling van slaapklachten

*Evaluatieonderzoek van de slaapcursus van Teleac [Dissertatie]. Oosterhuis A. Ridderkerk: Ridderprint, 1994; 137 pagina's. ISBN 90-9007801-0.*

De Teleaccursus 'Slapen kun je leren' heeft tot doel het behandelen van slaapklachten. De cursus maakt gebruik van radio, televisie, schriftelijk materiaal en een geluidscassette. Met behulp van informatie over slaap en slaapmiddelen, ontspannings- en ademhalingsoefeningen en diverse gedragstherapeutische technieken wordt getracht het slecht slapen te beïnvloeden. De cursus is een voortzetting van de slaapcursussen voor groepen die op vele plaatsen gegeven zijn, onder andere door kruisverenigingen en huisartsen. Een belangrijk verschil met deze cursussen is het ontbreken van direct contact met een hulpverlener en medecursisten. Een onderzoek naar de effecten van de Teleaccursus op slaapklachten vormt de kern van dit proefschrift.

De resultaten zijn afkomstig van een steekproef van 400 personen met slaapklachten. De steekproef is op aselechte wijze verkregen uit ongeveer 24.000 aanmeldingen voor de Teleaccursus. De belangrijkste uitkomsten zijn: verandering in totale slaapduur, inslaapduur, slaapkwaliteit en slaapmiddelgebruik. Deze variabelen zijn gemeten op drie tijdstippen: vóór de cursus, na afloop en 4-5 maanden later.

De gemiddelde slaapduur was bij het begin van de cursus 6 uur per nacht. Vlak na de cursus was de slaapduur met ongeveer een half uur toegenomen; 4-5 maanden later was er nog een extra toename van ongeveer 10 minuten. De gemiddelde inslaapduur aan het begin van de cursus (1 uur) nam af met bijna een kwartier.

HUISARTS EN WETENSCHAP 1995; 38(7)

Na de cursus was er een duidelijke toename in de slaapkwaliteit en het gevoel uitgerust te zijn.

Slaapmiddelgebruikers sliepen bij aanvang van de cursus even lang als niet-gebruikers, de inslaapduur was ook ongeveer gelijk, evenals de slaapkwaliteit en het gevoel uitgerust te zijn. De slaapmiddelgebruikers hadden echter minder baat bij de cursus.

Wellicht het belangrijkste resultaat is de afname van het slaapmiddelgebruik. Gebruikte vóór de cursus 55 procent van de deelnemers een slaapmiddel, na afloop bleek 40 procent hiervan het gebruik gestaakt te hebben; na 4-5 maanden was dit 36 procent. Dit is des te opvallender, gezien de duur van het slaapmiddelgebruik: meer dan de helft van de gebruikers nam het slaapmiddel langer dan vijf jaar in.

Enkele andere bevindingen: ouderen (>60) hadden evenveel baat bij de cursus als jongeren, een positieve verwachting ten aanzien van de cursus ging gepaard met een beter resultaat, de medische consumptie na één jaar (gemeten als aantal bezoeken aan huisarts en specialist) nam af.

Op grond van de resultaten concludeert de auteur onder meer:

- Er zijn voldoende aanwijzingen voorhanden om de Teleaccursus 'Slapen kun je leren' als een effectieve en vooral ook efficiënte interventie te beschouwen.

Is dit experiment zonder controlegroep voldoende basis voor deze conclusie? Verbetering bij deelnemers aan een ongecontroleerd experiment kan, behalve door de interventie, ook veroorzaakt worden door een gunstig natuurlijk beloop, door regressie naar het gemiddelde en door het placebo-effect. Een gunstig natuurlijk beloop is in dit geval onwaarschijnlijk; de slaapklaarten bestonden bij meer dan 90 procent langer dan een jaar, bij meer dan 40 procent zelfs langer dan tien jaar. Dat regressie naar het gemiddelde een rol speelt, is in deze opzet niet uit te sluiten. Hetzelfde geldt voor het placebo-effect. Of de Teleaccursus werkt door de interventie of door een placebo-effect, is niet zo belangrijk. Belangrijker is dat de opzet lijkt te werken. Deze opzet is misschien wel de best denkbare; een experiment met controlegroep lijkt bij deze interventie niet haalbaar, om nog maar te zwijgen van een dubbelblinde opzet. Of het, zoals de auteur stelt, aanbevelenswaard is deze vorm van 'afstandstherapie' te bekostigen uit algemene middelen (AWBZ), is twijfelachtig. Het zelf betalen voor de cursus bevordert immers het afmaken ervan.

- Slaapmiddelgebruikers verschillen van niet-gebruikers niet wat betreft de ernst van de

klachten, maar hebben minder baat bij de cursus. De groep gebruikers die bij aanvang van de cursus stopte had een beter resultaat dan de groep die niet stopte. De 'stoppers' hadden minder baat dan de niet-gebruikers. Dit wijst erop dat deze groep mogelijk een aanvullende behandeling nodig heeft.

Hier zou de huisarts een rol kunnen spelen. Het is jammer dat de auteur in dit kader de huisarts niet noemt.

- De mate waarin de cursist een positief resultaat verwacht, heeft een gunstig effect op het uiteindelijke resultaat. Het manipuleren van de verwachtingen van de cursist kan dan ook bijdragen aan effectverhoging.

Deze conclusie wordt getrokken aan de hand van een positieve correlatie tussen beide variabelen. Het is mijns inziens een klassieke fout dit op te vatten zoals de auteur hier doet: een positieve verwachting leidt tot een beter resultaat. Correlatie wordt hier verward met causaliteit.

Kortom: een niet perfect maar wel interessant proefschrift naar de effecten van een 'multimedia' interventie bij een veel voorkomende klacht. Het is jammer dat de potentiële rol van de huisarts, met name bij het begeleiden van 'stoppers' tijdens de cursus, in de conclusies en aanbevelingen onderbelicht is gebleven. Dit terwijl een uitgangspunt van de auteur, verwoord in de eerste stelling, zoveel affiniteit heeft met de huisartsgeneeskunde. De stelling luidt: 'Het behandelen van slaapklaarten komt ten dele neer op het ervoor zorgen dat mensen die denken dat zij ziek zijn weer gaan denken dat zij gezond zijn (naar Ischa Meijer).'

Peter Lucassen

### De huisarts in 2010

*Perspectieven voor medische zorg. Bakker R, Schoenmaker A, Van der Zee H, red.*

*Utrecht: De Tijdstroom, 1995; prijs NLG 39,50. ISBN 90-352-1563-X.*

Dit boek is de weerslag van het project 'De huisarts anno 2010', dat werd uitgevoerd door de recentelijk opgeheven Stichting O&O, het Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts- en eerstelijnszorg. De bundel van bijdragen uit de organisatieleer, de bedrijfskunde en de professionaliserings-theorie presenteert, aldus het *Ten geleide* van Van der Voort, geen toekomstscenario's, maar beoogt het denken over de toekomst van de huisartsgeneeskunde te stimuleren.

In het eerste deel van de bundel wordt een aantal ontwikkelingen geschetst die in de nabije toekomst vermoedelijk een heroriëntatie van de huisartsgeneeskunde noodzakelijk maken. Fenomenen als de toenemende invloed van marktmechanismen in de gezondheidszorg – in verband waarmee de patiënt zich steeds meer gaat gedragen als kritische consument – en de geleidelijke totstandkoming van het 'Europa zonder grenzen' maken dat de sterke positie die de Nederlandse huisarts momenteel inneemt, dreigt te eroderen. Belangrijke verworvenheden als het 'hebben' van patiënten op naam en het bezitten van de sleutels van de poort tot de tweede lijn, verliezen hun waarde als verzekeraars botdichtheidsmetingen of medical check-ups in de aanbieding doen en de klassieke huisarts met *primary care*-poliklinieken, *grands magasins de santé*, *McDoctors*, ziektespecifieke behandelcentra en bedrijfs-huisartsen moet concurreren.

In het tweede deel wordt de huisartsgeneeskunde uitgenodigd om het heft in eigen handen te nemen. Indien zij erin slaagt een prikkelend toekomstperspectief in de vorm van een 'strategische intentie' te formuleren en vervolgens systematisch werkt aan de realisatie van de daaruit voortvloeiende 'kerncompetenties', behoeft de toekomst niet aan de omstandigheden te worden overgelaten. Een 'bedrijfstakanalyse' acht de positie van de huisartsgeneeskunde daartoe momenteel nog voldoende sterk. Als huisartsen zich collectief profileren als spin in het netwerk van afhankelijkheidsrelaties met onder andere zorgverzekeraars, leveranciers, opleidingen, banken en cliënten en bijvoorbeeld bij hun kwaliteitsbevorderende maatregelen aansluiting zoeken bij de wensen van de hen omringende partijen, zijn er voldoende mogelijkheden om ook in de toekomst een belangrijke positie in de gezondheidszorg te blijven behouden. Beschouw vernieuwing als uitdaging, zo valt de boodschap van dit tweede deel samen te vatten.

In het derde deel staat de huisarts als professioneel centraal. De huisarts komt daarin naar voren als generalist die zich garant stelt voor de levering van persoonlijke, integrale en continue zorg. Het feit dat hij daarbij moet opereren in een drietal spanningsvelden (biomedisch versus psychosociaal, objectiverend versus appellerend en individualiserend versus contextualiserend) maakt het wenselijk dat huisartsen systematisch aandacht schenken aan de normatieve inhoud van hun handelen. Om te voorkomen dat de huisartsgeneeskunde in de nabije toekomst 'sterft', doordat steeds grotere delen van haar domein met anderen gedeeld moeten

worden daar zij toegankelijk worden voor objectiverende vormen van wetenschappelijk onderzoek, wordt voorts bepleit dat de huisartsgeneeskunde de klassiek wetenschappelijke, op experimentele vormen van onderzoek gebaseerde 'variabelentaal' vervangt door een 'probleemtaal' of 'beslissingstaal', waardoor ruimte ontstaat voor competentieverhoging van de professie in wisselwerking met de mondige patiënt.

Over de hamvraag 'wat is de waarde van deze bundel?' het volgende. Basistoon van het werk is bezorgdheid; naar alle waarschijnlijkheid terecht, want er zijn diverse tekenen die erop wijzen dat de huisartsgeneeskunde in de nabije toekomst aanzienlijk van karakter zal veranderen. De geruststellende woorden van Tielens dat het allemaal zo'n vaart niet loopt als de hete adem van de commercie ons wil doen geloven, mede omdat patiënten persoonlijke, integrale en continue zorg als ideaal zullen blijven koesteren, klinken weinig overtuigend: het ideaal is een betrekkelijk recente uitvinding en derhalve allerminst tijdloos. Bovendien leert de geschiedenis dat de geboorte van een persoonsgebonden huisartsgeneeskunde – ruwweg in de periode 1880-1920 – onlosmakelijk verbonden is met de ontwikkeling van het ziektekostenverzekeringstelsel; een extra aanwijzing dat de opkomst van nieuwe verzekerbare vormen van zorg de huisartsgeneeskunde niet ongemoeid zullen laten. Patiënten zoeken allereerst genezing; de wijze waarop dat gebeurt is van secundair belang.

Tegenover de concrete bedreiging die uitgaat van de zich ontwikkelende alternatieven voor huisartsgeneeskundige zorg, ogen de organisatorische en bedrijfskundige analyses die vernieuwing tot uitdaging moeten maken, rijkelijk abstract. Oproepen tot het ontwerpen van een strategisch veld en managen van het netwerk van afhankelijkheidsrelaties lijken meer gereedschap voor beroepsbestuurders dan van inhoudelijk belang voor de medicus practicus. De pleidooien voor systematische aandacht voor de normatieve inhoud van het huisartsgeneeskundig handelen en het ontwerpen van een 'probleemtaal' of 'beslissingstaal' rieken te zeer naar de jaren zeventig, waarin concepten als 'problemen' en 'hulpvraagverheldering' hun intrede in de huisartsgeneeskunde deden, om daar nu nog veel nieuw heil van te verwachten.

Al met al is de uitwerking van het boekje op mij uiteindelijk averechts: gebrek aan inspirerende visies op de inhoud van de toekomstige huisartsgeneeskunde die meer zijn dan varia-

ties op bekende thema's doen vermoeden dat de typisch Nederlandse markt waarop huisartsen fungeren als leverancier van persoonlijke, integrale en continue zorg, zijn langste tijd heeft gehad. Maar is dat in de ogen van de jongere huisarts niet nu reeds een anachronisme?

Tjerk Wiersma

### Voorlichtingsmateriaal over chronische ziekten

*Een aanzet voor een toetsingsmodel ter beoordeling van schriftelijk voorlichtingsmateriaal over chronische ziekten.*

*Van Toledo HA, Sarink HJ, Voorham AJJ. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1994; 109 bladzijden, prijs NLG 32,50. ISBN 90-74738-17-6. Te bestellen bij NCCZ, Postbus 7100, 2701 AC Zoetermeer; telefoon 070-687.389.*

In dit deeltje uit de reeks 'Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken' wordt het beschikbare schriftelijke voorlichtingsmateriaal over negen (clusters van) chronische aandoeningen geanalyseerd: een heterogene groep van in totaal 118 folders, brochures en stencils, afkomstig van 26 organisaties, over achtereenvolgens Cara, de ziekte van Crohn, het syndroom van Gilles de la Tourette, de ziekte van Graves, hemofilie, nierziekten, de ziekte van Parkinson, psoriasis en spierziekten. In het 'toetsingsmodel' dat hiervoor is ontwikkeld, wordt weinig aan het toeval overgelaten, maar niettemin wordt de kern van de zaak naar mijn mening nu juist gemist. Voor mij zegt het oordeel van één ervaren tekstschrijver meer dan de uitkomsten van deze gedetailleerde en daardoor nodeloos logge beoordelingsprocedure. Afgezien daarvan is het uiteindelijke criterium bij de beoordeling van voorlichtingsmateriaal natuurlijk het effect bij de doelgroep, en daarnaar is geen onderzoek gedaan. Beide opmerkingen zijn overigens in overeenstemming met de aanbevelingen die de auteurs doen.

Uit het laatste hoofdstuk wordt duidelijk dat de onderzoekers veel te veel hebben moeten doen in veel te korte tijd. Dat is ongetwijfeld een handicap geweest. Tegelijkertijd vrees ik dat het probleem bij dit onderzoek eerder moet worden gezocht in de gekozen opzet dan in tijdsgebrek.

E.A. Hofmans