

staat zijn de desillusie over de resultaten van, en een scherpere theorie over de medische wetenschap, alsmede de toenemende ergernis over ontoereikende voorzieningen te weerstaan.¹

Voor de zorg heeft het fundamentele onderzoek niets te betekenen. 'Muizen kunnen met een vaccin tegen de ziekte van Alzheimer worden beschermd, maar mensen met Alzheimer hebben het meest aan getrainde verzorgers', schreef Wim Köhler in het NRC van 30 december 2000.

Natuurlijk is het leuk dat oude teksten over dementie in het Nederlands beschikbaar komen. Daarmee had een bijdrage kunnen worden geleverd aan de verheldering van de relatie tussen fundamenteel onderzoek, fondsenwerving en de zorg voor demente mensen, want daarover staat tussen de regels van het boek door, en met name in de inleiding van Gilson het nodige te lezen. Klaarblijkelijk zijn scherpzinnige mensen, door prestige en financiering verblind, niet in staat daarover anders dan in verhullende termen te spreken.

Ger van der Werf

1 Berrios GE, Porter R, Kitwood T. Dementia. In: Berrios GE, Porter R, editors. A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders. London: Athlone, 1995.

Management voor medici

De Bruijn JHB, Van Beek CC, Weggeman MCDP. Basics management voor medici. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000; 193 pagina's, NLG 56,65. ISBN 90-313-2779-4.

De Vries PG, Beijers RJW. Management van het patiëntenproces. Houten/Diegem.; Bohn Stafleu Van Loghum, 1999; 164 pagina's, NLG 56,65. ISBN 90-313-2780-8.

Deze boeken zijn de eerste delen uit een nieuwe serie over management voor artsen. Zeker nu het gezondheidsbedrijf steeds ingewikkelder wordt, lijkt het de auteurs een goede zaak om artsen handreikingen te bieden hoe ze moeten omgaan met organisatorische problemen die 'te ingewikkeld zijn om in de wandelgang op te lossen'. De boekjes zijn bedoeld als naslagwerken. Volgens planning beslaat de gehele serie zestien delen.

In het eerste deel – Basics management – wordt ingegaan op de ontwikkelingen die zich nu in de gezondheidszorg voltrekken. Mondiaal is de kennis over gezondheidsproblemen sterk toegenomen. Dit leidde tot steeds verdergaande subspecialisatie; het totale veld is niet voor één persoon meer te over-

zien. Coördinatie en samenwerking zijn de sleutelwoorden om dit op te lossen. Daarnaast is de medische kennis veel beter toegankelijk geworden, niet alleen voor artsen, maar ook voor patiënten. Dit brengt mee dat patiënten meer en meer gericht om maatwerk vragen. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot 'kanteling' van de organisaties op het terrein van de gezondheidszorg die tot een aantal jaren geleden nog hiërarchisch waren opgebouwd. Ze worden geleidelijk aan patiëntgericht. Dat stelt nogal wat eisen, want structuren moeten veranderen terwijl het werk gewoon door moet gaan.

De geschetste veranderingen beperken zich niet tot ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Ook de structuur van de huisartsenzorg is veranderd. Huisartsen werken voor de reguliere zorg steeds meer samen in hagro's en in HOED-constructies; voor de diensten worden nog grotere structuren opgezet. De inhoud van het huisartsenvak is veranderd en verandert steeds verder door de grotere rol van richtlijnen vanuit de beroepsgroep en door de toegenomen betekenis van de informatie- en communicatietechnologie (ICT).

De auteurs schetsen uitgebreid enkele basisbegrippen uit het management: omschrijf de missie, de visie, het doel en de strategie van uw 'bedrijf'. Verder worden de volgende delen van deze serie boeken ingeleid. Dat zijn onder meer kennismanagement, organisatiekunde, veranderkunde, communicatie, kwaliteitszorg en financieel management.

Hoewel de beschreven ontwikkelingen ook vertaald (kunnen) worden naar de huisartsgeneeskunde, lezen we vooral over situaties die zich in meer complexe structuren zoals ziekenhuizen voordoen. Op termijn zullen echter ook de managers in de huisartseneeskunde met dit soort problemen worden geconfronteerd.

Voor geïnteresseerde huisartsen is het goed om kennis te nemen van de veranderende ontwikkelingen in de gezondheidszorg, ook al kan (nog) niet alle kennis uit dit boek direct naar de praktijk worden vertaald.

Het tweede boekje – Management van het patiëntenproces – is minder algemeen dan het eerste deel; het gaat nu vooral om organisatiestructuren in het ziekenhuis. Daar moeten niet langer de functiegerichte structuren maar de zorgprocessen centraal gesteld worden, omdat dat tot kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg zou leiden. Doelen zijn de klantgerichtheid en de doeltreffendheid te verbeteren en de doelmatigheid te vergroten.

De 'zorgketen', een intensieve transmurale samenwerking voor specifieke patiëntencategorieën, blijkt vooral een regionaal proces. De huisarts maakt als generalist vaak deel uit van zo'n zorgketen. Per regio worden de taken van de verschillende zorgaanbieders afgesproken. Voor de medische specialisten wordt besproken welke gevolgen dit heeft voor hun organisatie, hun manier van beroepsuitoefening en hun scholing. Voor huisartsen heeft dit uiteraard de nodige gevolgen, al wordt daar in het boek niet op ingegaan.

Veel aandacht krijgt het Business Proces Redesign. Dit is het herontwerpen van werken zorgprocessen, gericht op drastische prestatieverbetering. Hoe dit in zijn werk gaat, wordt in het laatste deel van het boek uitgelegd aan de hand van enkele van de volgende zorgprocessen: knieklachten, rug/nek, hartvalidatie, diabetische voet, moeheid, mammacarcinoom, posttraumatische reflexdystrofie en obstructief perifeer vaatlijden. Deze zorgprocessen zijn uitgewerkt in de kliniek; de huisartsen waren hier niet in betrokken.

Zoals hierboven al gezegd, is het boek vooral gericht op degenen die in het ziekenhuis werken. Het laat goed zien welke veranderingen er plaatsvinden en wat de achtergronden daarvan zijn. Het opzetten van zorgketens raakt ook de huisartseneeskunde. Voor de huisartsen die participeren in overlegstructuren met ziekenhuizen kan het boek helpen om mogelijke misverstanden te voorkomen. Voor het merendeel van de praktiserende huisartsen heeft dit boek echter weinig toegevoegde waarde.

Fred Dijkers

Palliatieve zorg vandaag en morgen

Francke AL, Willems DL. Feiten, opvattingen en scenario's. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000; 169 pagina's, NLG 25,-. ISBN 90-352-234-70.

Als gevolg van de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in de maatschappij, zoals de behoefte aan kwaliteitsverbetering en gevolgen van de vergrijzing, is de aandacht voor palliatieve zorg in Nederland sterk toegenomen. In opdracht van ZorgOnderzoek Nederland onderzochten de auteurs verschillende scenario's voor palliatieve zorg voor terminale patiënten en hun familie tot aan het jaar 2015. In dit goed leesbare rapport zetten zij daarbij de demografische tendensen en wensen van gebruikers af tegen het nu bestaande aanbod aan palliatieve zorg en de te

verwachten ontwikkelingen. Zij zien vier mogelijke scenario's die als uitgangspunt zouden kunnen dienen voor politieke besluitvorming.

De demografische ontwikkelingen wijzen op een toename van 20% aan sterfte aan niet-acute aandoeningen. De plaats van overlijden: thuis, verpleeg-/verzorgingshuis of ziekenhuis, zal daarbij verhoudingsgewijs nauwelijks veranderen. In een zeer interessant hoofdstuk wordt verslag gedaan van kwalitatieve interviews naar de zorgbehoefte van patiënten en hun familie. Behoeftes aan goede pijn- en symptoombestrijding blijkt hand in hand te gaan met vraag naar emotionele, spirituele en praktische ondersteuning. Om crisisituaties het hoofd te kunnen bieden moet zorg snel geleverd kunnen worden en moeten ruime mogelijkheden voorhanden zijn voor acute opnames, hetzij in verpleeg- of verzorgingshuizen of hospices.

In de vier scenario's zijn combinaties van gelijkheid versus individualiteit, en van generalisme versus specialisme beschreven. Doordat deze accenten worden belicht, worden onder meer verschillen zichtbaar in toegankelijkheid van de zorg, in mogelijkheden in te gaan op individuele wensen van patiënten en op opleidingsniveau van de hulpverleners. Duidelijke knelpunten die zichtbaar worden zijn de – overigens ook nu al bestaande – tekorten aan arbeidskrachten en/of dure zorg.

De praktische waarde van dit rapport voor de huisarts ligt mijns inziens met name in de uitvoerige beschrijving van de zorgbehoefte van de patiënt en de naasten. Huisartsen zullen steeds meer moeten werken met zorgagenda's en een zorgplan, waarbij zaken zoals hier beschreven en gerelateerd aan de situatie van de individuele patiënt, uitgangspunt dienen te zijn voor een goede zorg.

Bernadien Wanrooij

Seksualiteitshulpverlening in Nederland

Vroege J, Nicolai L, van de Wiel H. Seksualiteitshulpverlening in Nederland. Delft: Eburon, 2001. NISSO studies nr 25. 201 pagina's, NLG 45,-. ISBN 90-5166-835-X.

Het boek is een onderzoeksrapport dat in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland is uitgevoerd teneinde een beeld te krijgen van vraag, aanbod en knelpunten op het terrein van de seksualiteitshulpverlening in Nederland. Deze seksualiteitshulpverlening strekt zich uit over seksuele disfuncties, parafilieën, genderidentiteitsstoornissen en problemen

met de seksuele oriëntatie.

Binnen elk domein slagen de schrijvers erin zeer nauwgezet en consequent prevalenties en incidenties van de problematiek te beschrijven, het aanbod aan hulpverleners in kaart te brengen, knelpunten te noemen en tot slot, een blauwdruk voor de toekomst te schilderen. De middelen die de schrijvers hanteren, zijn: literatuuronderzoek (obligaat), individuele interviews met sleutelfiguren en multidisciplinaire panelbijeenkomsten met een zevental sleutelfiguren per domein. Vooral deze laatste twee methoden blijken verfrissend om een vertaalslag te maken tussen de taai literatuur en een blauwdruk voor de toekomst. Helaas blijkt dat slechts twee huisartsen deel uitmaakten van de in totaal 25 geïnterviewde sleutelfiguren. Hierin kondigt zich reeds de wrange kloof aan tussen realiteit en wenselijkheid wat betreft de plaats van de seksualiteit in de huisartsgeneeskunde. Vervolgens blijkt namelijk dat de schrijvers ten aanzien van de prevalentie en incidentie van seksuele disfuncties in de huisartspraktijk zich slechts baseren op voornamelijk twee onderzoeken: één uit 1987 (Frenken) en één uit 1990 (Wigersma, betrekking hebbende op negen Amsterdamse praktijken). Dit is erg schraal en een omissie is dan ook dat men zich niet de moeite heeft getroost de standaardregistratiesystemen als de Continue Morbiditeits Registratie (Nijmegen) en het Transitieproject (Amsterdam) te raadplegen. De eerlijkheid gebiedt te vermelden dat dit waarschijnlijk niet veel uitgemaakt zou hebben, maar dan had tenminste zwart op wit gestaan dat het geen verschil gemaakt zou hebben.

In de eindconclusie krijgt de huisarts in de toekomst taken toebedeeld als signaleren, beknoppt diagnosticeren, waar nodig informeren, adviseren of behandelen, en zo nodig adequaat verwijzen. Dit is niets nieuws onder de zon en al sinds decennia de taak van de huisarts bij alles wat de huisarts dagelijks krijgt voorgeschoteld. Maar het probleem is of de huisarts dit ten aanzien van seksuele problemen goed kan en/of wil.

De schrijvers benoemen goed een aantal knelpunten waarom de huisarts er niet in slaagt bovenstaande minimale taken naar behoren uit te voeren, maar in de blauwdruk voor de toekomst wordt niet aangegeven hoe dit te veranderen. Des te meer wordt stil gestaan bij het feit dat een groot deel van de mensen de huisarts niét als vertrouwenspersoon ziet bij seksuele problemen (41% volgens het NIPO-onderzoek 'De ideale huisarts-patiënt relatie' uit 1999, niet in het boek geciteerd). Suggesties worden gedaan om te

komen tot een professioneel, betaalbaar, laagdrempelig seksuologisch centrum in de eerste lijn. Het is dus aan de huisarts zelf om dit naar mijn idee fascinerend gebied van de huisartsgeneeskunde al dan niet tot zijn taak te maken. Men kan anderen niet verwijten wél zorg te willen en kunnen dragen voor adequate seksualiteitshulpverlening. Het NHG en de huisartsopleidingen zouden zich van deze ontwikkeling bewust dienen te zijn.

Tot slot wordt ervoor gepleit om in de toekomst multidisciplinaire poliklinieken seksuologie op te zetten in academische en niet-academische ziekenhuizen, alsmede multidisciplinaire seksuologische teams in regionale GGZ-instellingen, en om eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werk bepaalde taken toe te bedelen. Er blijkt nog erg veel overlap en de schrijvers slagen er niet in zich los te maken van de bestaande echelons, zowel verticaal (in eerste, tweede en derde lijns) als horizontaal (somatische en geestelijke gezondheidszorg). Een erg goed onderzoeksverslag betekent dus niet een gedegen toekomstvisie. Zij die wel die visie willen ontwikkelen, kunnen echter niet om dit boek heen.

P.M. Leusink

NOTA BENE

Onderzoek vertalen in 'lekentaal' wordt onmogelijk. Hadden we eerst te maken met Latijnse terminologie, nu wordt het (medische) jargon doorspekt met niet te vertalen Engelstalige termen.

Stelling bij: Bijl M. Apoptosis and autoantibodies in systemic lupus erythematosus [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001.

Wanneer meerdere artsen een oordeel geven over één probleem, wordt de kans op conflicterende meningen (en de daaruit voortvloeiende verwarring van de patiënt) per bijkomende arts groter.

Voor een goed gesprek zijn communicatieve vaardigheden nodig van zowel arts als patiënt; die van de eerste zijn echter beter te beïnvloeden.

Stellingen bij: Van Dalen IV. Second opinions in orthopaedic surgery: extent, motives and consequences [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001.