

smaden. Leerboeken zijn er vooral om achtergrondkennis vast te leggen voor vragen als 'Hoe zat het ook al weer met...?' Grofweg zijn er drie soorten leerboeken: de praktische gids, het alomvattende boek waarin de basis en ziektebeelden – noodgedwongen – beknopt worden beschreven en het basale leerboek met veel aandacht voor de basiswetenschappen.

Het boekje van Brouwer et al. is een voorbeeld van het eerste. In acht hoofdstukjes passeren de voornaamste klachten op het gebied van kinderneurologie de revue. De klachten – hoofdpijn, duizeligheid, coma, staren, koortsconvulsie, stijfheid en nog veel meer – zijn telkens het uitgangspunt. De diagnose stel je volgens de auteurs vooral met een geduldige anamnese. Elk hoofdstukje heeft een vaste indeling waardoor je snel een antwoord op je vraag kunt vinden. Handige overzichten maken een snelle oriëntatie tijdens het consult mogelijk.

In mijn kast stond nog een heel oude druk van Oosterhuis. De nieuwe druk is

geheel bijgewerkt. De eerste 13 hoofdstukken gaan over het neurologisch onderzoek, de fysiologie en de verschillende neurologische systemen. De 16 hoofdstukken die daarna volgen, behandelen de belangrijkste neurologische aandoeningen. Een leerboek heb je niet zozeer nodig om nog eens na te lezen hoe je een CVA moet behandelen, maar wel om op te zoeken wat ook weer de symptomen zijn van een glossopharyngeusneuralgie. Probleem is echter dat het boek een traditionele opbouw kent en uitgaat van ziekten. Maar goed, het is een prima naslagwerk, ook die zeldzamere zaken staan er allemaal in. De vele plaatjes, schema's, het uitgebreide register en de zeer volledige inhoudsopgave maken zoeken makkelijk.

Het boek van Vandermeulen is het minst praktische, maar wel het boeiendste van deze drie. De meeste hersenaandoeningen waarmee de huisarts te maken heeft zijn niet-aangeboren. Het boek bestaat uit vier delen. Een deel over CVA, trauma en infecties, waarbij er vooral veel aan-

dacht is voor herstel van functie. Als basis daarvoor dient een fraai hoofdstuk over plasticiteit. Het oude paradigma dat wat stuk is ook stuk blijft, klopt niet. Het tweede deel gaat over diagnostiek, de relatie tussen hersenen en gedrag en psychosociale problemen (persoonlijkheidsveranderingen, stress en coping). Het derde deel gaat in op somatische, cognitieve revalidatie en neuropsychiatrie en tot slot zijn er hoofdstukken over rouw en juridische aspecten. Een boek niet om een weetje na te slaan, maar om je echt te verdiepen.

Deze drie neurologieboeken zijn waardige opvolgers van uw oude Oosterhuis. Nu volgens Klaver en Baart (zie p. 611) zelfs onbegrepen klachten een neurologische achtergrond hebben, is een beetje extra kennis nooit weg. Al rept geen van de boeken uitgebreid over het limbische systeem.

Joost Zaat

Proefschriften

Cardiovasculaire ziekten en diabetes op Urk

De Visser CL. *Health and health risks on Urk* [Proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen, 2003.

De observatie van de Urker huisartsen dat op Urk hart- en vaatziekten al op relatief jonge leeftijd voorkomen en dat de prevalentie van diabetes mellitus type 2 hoger is dan gemiddeld, vormde de aanleiding voor de onderzoeken die in dit proefschrift beschreven zijn. Het proefschrift van De Visser (momenteel huisarts-in-opleiding) is verlichtigd met mooie foto's van het oude Urk.

In het eerste deel van het proefschrift staan de hart- en vaatziekten centraal. De sterfte aan hart- en vaatziekten (met uitzondering van CVA) is onder Urker mannen 36% hoger in vergelijking met de Nederlandse bevolking. Ook wat betreft

risicofactoren voor hart- en vaatziekten scoren Urker vissers over de hele linie slechter dan mannen in het algemeen in Nederland. Een apart hoofdstuk is gewijd aan een vergelijking van twee scoringsmethoden om het risico op hart- en vaatziekten te meten. De in Nederland meestal gebruikte Framingham-score geeft een onderschatting van het risico, met name in de hoogrisicogroepen, ten opzichte van de zogenaamde Copenhagen-risicoscore. Het tweede deel van het proefschrift is gewijd aan diabetes mellitus. In deelonderzoeken wordt bevestigd dat diabetes mellitus ook op Urk een verhoogd risico op (sterfte aan) hart- en vaatziekten met zich meebrengt en dat ook daar diabetespatiënten met hart- en vaatziekten een verminderde gezondheid en kwaliteit van leven ondervinden.

In het laatste hoofdstuk wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de erfe-

lijkheid van diabetes mellitus op Urk, waarbij gebruikgemaakt wordt van genalogische gegevens die teruggaan tot het begin van de 17e eeuw. De conclusie luidt dat er zeker sprake is van een erfelijke belasting, maar dat ook *nurture* een rol speelt: ook aangetrouwde echtgenoten van diabetespatiënten hebben een verhoogd risico op diabetes.

De auteur heeft met zijn proefschrift de (on)gezondheid van de Urker bevolking, en met name van de vissers, opnieuw in kaart gebracht, waarbij bestaande relaties tussen risicofactoren, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus zijn bevestigd, ook in deze populatie. Zoals de auteur zelf aangeeft heeft dit onderzoek zijn beperkingen: er waren vooral veel gegevens over mannen (en vooral mannelijke vissers) beschikbaar en weinig over Urker vrouwen. Ook is de periode

waarover de populatie kon worden gevolgd wat betreft het optreden van ziekten en sterfte nogal kort. De matige opkomst bij het periodieke onderzoek onder vissers leidde tot een groot aantal ontbrekende gegevens. De auteur ziet het meeste heil in het beïnvloeden van de leefstijl van de Urker bevolking door middel van interventieprogramma's die zijn toegespitst op de specifieke werksituatie. Dat betekent dat deze vooral in het weekend gehouden moeten worden; voor de bemanning van ieder schip apart om de sociale steun te bevorderen en met speciale aandacht voor de rol van de scheepskok.

Vanuit methodologisch oogpunt is het te betreuren dat de auteur nergens in het proefschrift rekening heeft gehouden met de sociale klasse. Urker vissers mogen dan wel ongezonder zijn dan de gemiddelde Nederlander, maar zijn zij ook ongezonder dan Nederlanders van dezelfde sociale klasse?

François Schellevis

Een goede opleider is...

Boendermaker PM. Meesterschap. Van verkenning naar herkenning van de goede huisartsopleider [Proefschrift]. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2003. 160 pagina's, € 30,-. ISBN 90-352-2604-6.

Een goede (huisarts)opleider is het spreekwoordelijke schaap met de vijf poten. Een goede huisartsopleider is vanzelfsprekend een goede huisarts, maar beoefent daarnaast een tweede vak: het opleiden van basisartsen tot huisarts. Peter Boendermaker formuleert maar

liefst 37 kenmerken van een goede huisartsopleider. Die kenmerken zijn uit een nog veel grotere lijst van eigenschappen en vaardigheden gedestilleerd met behulp van focusgroeponderzoek en een Delphi-procedure. Ze vallen uiteen in 4 categorieën: 21 kenmerken betreffen de didactische houding; 10 kenmerken gaan over didactische vaardigheden, 5 persoonlijke eigenschappen zouden kenmerkend zijn voor een goede opleider. En natuurlijk heeft hij of zij ook nog didactische kennis, het 37e kenmerk. Daarmee heeft hij de eerste centrale vraag van zijn onderzoek beantwoord: wat zijn de kenmerken van een goede opleider, aangenomen dat deze een goede huisarts is?

Boendermaker heeft ook onderzocht hoe je kunt vaststellen in welke mate een opleider aan deze kenmerken voldoet. Zijn deze kenmerken te toetsen? Hij geeft eerst een overzicht van de manieren waarop je zou kunnen toetsen, gekoppeld aan theoretische concepten over toetsen, zoals de piramide van Miller en het psychometrische concept. Hij is nagegaan welke instrumenten er zijn om de kwaliteit van een opleider te toetsen, en hoe betrouwbaar en valide deze zijn.¹ Vervolgens heeft hij de bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit onderzocht van een paar toetsmethoden die de Nederlandse en Vlaamse huisartsopleidingen gebruiken voor de educatieve toetsing van hun opleiders. Bij het beschrijven van de toetsinstrumenten besteedt hij nauwgezet aandacht aan de trias: meten, waarderen en beslissen. Je kunt alleen toetsen als je een goed meetinstrument hebt, als je criteria opstelt aan de hand waarvan je de uitkomsten waardeert en als je van

tevoreen vaststelt welke beslissingen je neemt op grond van de resultaten: gebruik je de toetsresultaten alleen voor het geven van feedback, of verbind je er de consequentie aan dat iemand afgevoerd wordt van de opleiderslijst?

Boendermaker beperkt zich tot het educatieve toetsen en stelt vast dat met name stationstoetsen, waarin didactische vaardigheden van een opleider geobserveerd worden in een gesprek met een simulatie-haio een bruikbare, betrouwbare en tot op zekere hoogte valide manier van toetsen is. Ze zijn echter niet alleenzalmakend. Om zoiets complex als het opleiderschap te toetsen, zijn meerdere toetsen noodzakelijk. Bovendien zou je om vast te stellen of educatieve toetsing effectief is, ook moeten nagaan of er inderdaad iets verandert bij de getoetsten. Een opvallende bevinding is dat de observatoren van de toetsstations zeiden zelf veel geleerd te hebben en het geleerde ook in de praktijk toe te passen. Maar dat laatste is niet getoetst. Niet alleen zelf lesgeven heeft het grootste leerrendement, ook observeren in het kader van toetsing heeft misschien wel het grootste toetsrendement!

Boendermaker levert met zijn onderzoek niet alleen een nuttige bijdrage aan de professionalisering van de opleider, maar hij houdt ook een warm pleidooi voor het opleiderschap.

Henriëtte van der Horst

¹ Boendermaker PM, Schuling J. Toetsing van huisartsopleiders. De toetsinstrumenten getoetst. Huisarts Wet 2001;44:248-50.