

succes van een verbeterproject. Een overzicht van de doorbraakprojecten en een lijst met deelnemende ziekenhuizen completeren het boekje.

Kwaliteitsmedewerkers, managers betrokken bij veranderingsprocessen en medewerkers van kennisinstituten en opleidingen op het terrein van de gezondheidszorg kunnen veel nuttige informatie vinden in dit boek. Het heeft mij geleerd dat het een ingewikkeld proces is om de doorstroomtijden in ziekenhuizen en de wachtlijsten te verkorten.

Het is geen boek voor huisartsen. De beschreven problematiek is te veel toegesneden op het ziekenhuis. Wel zie ik een parallel tussen de beschreven doorbraakprojecten en de verbeterprojecten in de huisartsenpraktijk. Om die laatste succesvol te laten verlopen is het eveneens aan te raden een expert in te schakelen en te luisteren naar collega's die ervaring hebben met kwaliteitsmanagement.

J. de Haan

## ADHD bij volwassenen

Haafkes S, Venema-Bos I. *Volwassen & ADHD. Signalering en coaching binnen de eerstelijns hulpverlening. Psychologie en praktijk*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003. 53 pagina's, € 14,50. ISBN 90-265-1721-1.

De laatste jaren is er veel aandacht besteed aan ADHD. Zo zal er binnenkort in Nederland in navolging van Schotland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten een op consensus gebaseerde richtlijn over ADHD verschijnen met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. Onderbouwde kennis over ADHD en de behandeling daarvan heeft voornamelijk betrekking op de leeftijdsgroep van 5 tot 14 jaar. De kennis van de behandeling van ADHD bij zeer jonge kinderen en bij volwassenen is veel minder onderbouwd.

Het boekje is er met name op gericht om de kennis over ADHD bij volwassenen binnen de eerstelijns hulpverlening te verbeteren. Daartoe gebruiken de auteurs in het boekje twee instrumenten. Het eerste is een stroomdiagram waarmee ADHD bij

volwassenen gesignaleerd kan worden. Het tweede is een screeningslijst die gebruikt kan worden om hen te coachen. Het boekje is makkelijk leesbaar en wordt door diverse casussen verlevendigd. Het is echter niet gericht op de huisarts en de literatuur is matig wetenschappelijk onderbouwd. Zo ontbreken in het stroomdiagram volledig de differentiële diagnostiek met betrekking tot somatische oorzaken (zoals het syndroom van Gilles de la Tourette, chorea minor, hyperthyreoïdie en bijwerkingen van medische preparaten), andere psychiatrische aandoeningen (bipolaire stoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis) en sociale problematiek. Ook vind ik het uitermate dubieus om een niet-gevalideerde screeningslijst in de huisartsenpraktijk te gebruiken. Het laatste hoofdstuk beschrijft het coachen. Een praktische begeleidingsvorm die heel doelgericht en gestructureerd is.

Voor de doorsneehuisarts is het geen aanrader en zeker geen must. Voor de ondersteuning van de dagelijkse praktijk kan de huisarts beter wachten op de eerder genoemde richtlijn of op literatuur die meer specifiek op de huisarts is gericht.

Richard Hoofs

## Nuttige dvd's

*Hoe zorg ik voor een ander?* [dvd]. Nijmegen: Teleac/HRmedia, 2003. €19,95 exclusief verzendkosten, te bestellen via [www.hrmedia.nl/dvd](http://www.hrmedia.nl/dvd).

*Kind en rouw* [dvd]. Stichting Kind en rouw. € 22,50 inclusief verzendkosten, te bestellen bij [www.kindenrouw.nl](http://www.kindenrouw.nl).

Hoe ik me moet scheren weet ik wel en ik kan me ook nog voorstellen hoe ik iemand anders moet scheren, maar nog nooit had ik van de *handyswing* of handdoeggreep gehoord. Dankzij deze fraaie dvd weet ik eindelijk hoe ik met die handyswing iemand snel op de rand van het bed krijg. De dvd is bedoeld voor mantelzorgers en geeft in vijf grote hoofdstukken tips over zorg, verzorging in bed, tillen en verplaatsen, helpen in de badkamer en hulpmiddelen.

De filmpjes zijn buitengewoon instructief: hoe help je iemand overeind in bed en op de rand van het bed en hoe rijd je makkelijk met een rolstoel. Niet alleen mantelzorgers kunnen daar iets van leren, ook niet-verpleegkundig geschoolden, zoals huisdokters die iemand op bed moeten onderzoeken, hebben iets aan deze tips. Bestellen en uitlenen aan families met zorgen.

De stichting *Kind en rouw* vraagt aandacht voor kinderen die rouwen na het overlijden van iemand in hun naaste omgeving. Zij doen dat door zowel informatie te geven over rouwen bij kinderen als door het zorgen voor adequate hulp als dat nodig is. Niet zo heel vaak krijgen we als huisarts met een rouwend kind te maken en daarom is het handig om ouders informatie te kunnen geven. De door de stichting uitgegeven dvd kan daarbij helpen. De korte filmpjes over rouw na het overlijden van een broertje en van een vader geven goed inzicht in het gevoel van de kinderen zelf, maar ook van hun ouders, broers en zussen, meesters en juffen. Aanbevolen.

Joost Zaat

## Verstandelijke beperking?

Van Schroyen Lantman-de Valk HMJ, Metsemakers JFM. *De huisarts en de patiënt met een verstandelijke beperking. Practicum huisartsgeneeskunde*. Maarssen: Elsevier, 2003. 82 pagina's, € 20,15. ISBN 90-352-2642-9.

Dit is een beknopt en vlot geschreven boek over de zorg voor verstandelijk gehandicapten die buiten de instellingen verblijven. Steeds meer verstandelijk gehandicapten wonen in kleinschalige woonvoorzieningen en zij zullen voor hun medische zorg primair een beroep doen op de huisarts. Dit boek bespreekt problemen die de huisarts daarbij tegenkomt.

Een van die problemen is de communicatie. Door de beperkte verbale capaciteit van een verstandelijk gehandicapte patiënt kan hij klachten moeilijk verwoorden. Bovendien is er vaak een begeleider

betrokken bij het consult. Inzicht in de achtergrond en capaciteit van de begeleider is dan belangrijk.

Daarnaast bespreekt het boek ziektebeelden die vaker voorkomen bij patiënten met een verstandelijke handicap zoals zintuigstoornissen, neurologische aandoeningen, psychiatrische problemen, voeding en maag-darmproblemen. Diagnostiek naar deze aandoeningen blijkt moeilijker door de verstandelijke handicap en door de samenhang met vaker voorkomende comorbiditeit. De auteurs geven hier enkele oplossingen voor. De huisarts kan dan bijvoorbeeld verwijzen

naar artsen voor verstandelijk gehandicapten, ouder- en patiëntenverenigingen en gespecialiseerde instellingen. Ook geven de auteurs adressen van relevante websites die zowel de arts als de patiënt en zijn familie kunnen ondersteunen.

Een apart hoofdstuk gaat over seksualiteit: een onderwerp waarin de tegenstellingen tussen lichamelijke rijping en geestelijke beperkingen duidelijk worden. Maar ook het spanningsveld tussen bedisselzucht en de professionele verantwoordelijkheid komt in dit hoofdstuk aan bod.

Doordat theoretische informatie met casuïstiek is verlevendigd krijgt de lezer

op een prettige manier inzicht in de complexe zorg voor verstandelijk gehandicapten. Los van de praktische inhoud vond ik het boek om nog een andere reden interessant. Het lijkt de kern van ons vak te benaderen: gezondheidsproblemen die mensen ervaren, vertalen naar medische hulpvragen en omgekeerd, de medische mogelijkheden vertalen naar de dagelijkse praktijk. Wellicht is in dat opzicht een doorsneepatiënt net zo gehandicapt, alleen zogenaamd wat mondiger? Waarschijnlijk had ik daarom een aangenaam nostalgisch gevoel na het lezen.

Sjors Konijn

## Proefschriften

### Preventie van CVA in de huisartsenpraktijk

De Koning J. *Quality of care in stroke prevention. An audit among general practitioners* [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2003.

Dit proefschrift gaat over verschillende aspecten van het voorkomen van een CVA in de huisartsenpraktijk.

In de eerste deelonderzoek is bij 193 CVA-patiënten (geïdentificeerd uit ziekenhuisregisters) van 77 huisartsen op basis van dossieronderzoek, respectievelijk mondeling interview nagegaan of de preventieve zorg voorafgaande aan het CVA optimaal was geweest (onder andere in vergelijking met NHG-Standaarden). Een panel, bestaande uit huisartsen en neurologen, beoordeelde dit en concludeerde dat bij 45% van de CVA-patiënten sprake was van tekortkomingen in de zorg en dat dit bij 31% mogelijk of waarschijnlijk had bijgedragen aan het ontstaan van het CVA. Als bijproduct levert dit deelonderzoek indicatoren op voor de kwaliteit van de preventieve zorg.

In een tweede deelonderzoek zijn kenmerken van de praktijkorganisatie nagegaan die verband houden met systematische preventie van een CVA. Fulltimers en solisten registreerden de relevante gegevens minder goed en solisten dele-

geerden minder vaak preventieve taken aan de praktijkassistente. Een goede registratie en delegatie van preventieve taken aan de praktijkassistente blijken te correleren met minder tekortkomingen in de preventieve zorg. Hetzelfde gold voor de mate waarin de huisartsen zelf rapporteerden zich te houden aan de standaarden. Patiënten in achterstandswijken (in Rotterdam) bleken, na correctie voor sociaal-demografische kenmerken, een tweemaal zo hoge kans te hebben op suboptimale preventieve zorg dan in niet-achterstandswijken (zie ook Journaal).

De case-controlonderzoeksopzet blijkt niet bruikbaar voor het meten van het effect van preventieve zorg in de huisartsenpraktijk op het ontstaan van een CVA. De auteur wijt dit deels aan het te vaak ontbreken van achtergrondinformatie (bijvoorbeeld familieanamnese, leefgewoontes) en deels aan het fenomeen *confounding by indication*, dat zich op een wat andere wijze dan gebruikelijk voordoet, namelijk dat patiënten na het optreden van het CVA een betere (tertiair preventieve) zorg krijgen dan daarvoor.

In het laatste hoofdstuk beschrijft de auteur de haalbaarheid van een uitgebreide methode voor huisartsen om zelf de kwaliteit van de preventieve zorg te beoordelen. De 15 daaraan deelnemende huisartsen beoordeelden de methode als

zeer positief, maar ook als veel te uitgebreid en tijdrovend.

Dit proefschrift laat zien dat de preventie van een CVA – en waarschijnlijk ook van cardiovasculaire aandoeningen – systematischer kan worden aangepakt en dat er nog ruimte is voor verbetering hiervan in de huisartsenpraktijk. De praktijkassistente, respectievelijk praktijkondersteuner, kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren. De organisatie van de preventieve zorg in achterstandsgebieden vraagt wellicht om een andere aanpak.

Over de methodologie blijf ik nog wel met een aantal vragen zitten: de auteur geeft weinig tot geen informatie over het aantal jaren waarover retrospectief informatie is verzameld over de preventieve zorg aan patiënten die later een CVA kregen, en ook niet over de criteria waarop het panel zijn oordeel heeft gebaseerd. Ook vind ik het enigszins pretentief om de kwaliteit van de preventie van CVA alleen af te meten aan de retrospectief gemeten zorg bij patiënten die later een CVA kregen. Waarom zijn niet alle patiënten met bijvoorbeeld hypertensie in het onderzoek betrokken, dus ook patiënten die later geen CVA kregen?

François Schellevis