

2004;47;671) besteedt Van Duppen uitgebreid aandacht aan de wantoestanden die ontstaan doordat farmaceutische industrieën er in slagen om onderzoeksresultaten te verfraaien, te onderdrukken of bij te stellen al naar gelang hun dat uitkomt. Het gegeven dat SSRI's bij kinderen en jeugdigen leidt tot meer suïcidale gedachten en neigingen en soms zelfs tot suicide is een beklemmend voorbeeld van onderdrukte informatie van de laatste jaren.

Een beetje misselijk en depressief word je wel van dit boek, maar vooral strijdlustig: liever op de barricaden, dan aan de pillen.

Henriëtte van der Horst

Gereedschap voor verandering

Lynn Talbot, Denise Pora. *Primary Care Training and Development. The Tool Kit*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003. 140 pagina's, £ 21,95. ISBN 1-85775-909-5.

De inleiding geeft goed weer waarom dit boek geschreven is: 'The National Health Service is changing at a relentless pace and nowhere more so than in primary care. Clinical, management and administrative roles in general practice have developed significantly over the past ten years resulting in many new challenges and demands on individuals and teams', '...a planned approach to the training and development of the whole primary care team has become more important than ever...' en 'This tool kit is a practical, flexible resource for individual and team training and development in primary care'.

In zeven stappen (iedere stap staat apart beschreven in een 'sectie') maakt het boek de lezer vertrouwd met een gestructureerde aanpak van de training en ontwikkeling van een 'praktijkteam'. Van nascholing (of deskundigheidsbevordering) van de verschillende praktijkmedewerkers op ad-hocbasis, naar een planmatige aanpak van de professionele ontwikkeling

van alle praktijkmedewerkers op basis van competenties en geobjectiveerde behoeftes.

Deze planmatige aanpak vinden we terug in de opbouw van het boek. Iedere sectie begint met een beschrijving van de doelstelling en benoemt vervolgens de benodigde activiteiten. Daarna volgt een beschrijving van de instrumenten en gereedschappen: de zogenaamde *tools*. Hoewel de gezondheidszorg in Nederland en die in het Verenigd Koninkrijk een andere organisatie en financiering kennen, is het boek (of zijn delen daaruit) ook in Nederland toepasbaar. Er is immers ook in Nederland een ontwikkeling gaande waarin in de eerste lijn meerdere huisartsen betrokken zijn bij de zorg voor patiënten, en praktijkondersteuners en praktijkassistenten een belangrijke rol vervullen.

Het boek van Talbot en Pora bundelt de – voor Nederland niet nieuwe – kennis en maakt deze toegankelijk voor direct gebruik.

Kees in 't Veld

Proefschriften

Functioneren van ouderen

Bisschop, M.I. *Psychosocial resources and the consequences of specific chronic diseases in older age. The Longitudinal Aging Study Amsterdam* [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2004. ISBN 90-5669-079-5.

The Longitudinal Aging Study Amsterdam, LASA is een onderzoek naar predictoren en consequenties van veranderingen in het functioneren van ouderen. Men volgde vanaf het begin van de jaren negentig om de drie jaar een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking van zo'n 3000 ouderen van 55 tot 85 jaar.

Bisschop onderzocht de invloed van de aanwezigheid van chronische ziekten en van diverse 'psychosociale bronnen' op het verval in fysiek en emotioneel functioneren. Ze maakt onderscheid tussen directe en indirecte – zogenaamde 'buf-

fer' – invloed van de diverse psychosociale bronnen.

De invloed van chronische ziekten is onderzocht voor onder andere diabetes mellitus, CVA, chronische longaandoeningen en kanker. Bisschop onderscheidt de psychosociale bronnen in sociale steun waarvan de aard, de omvang en de waardering is onderzocht; en persoonlijke coping. Voor dat laatste worden *mastery*, *self-efficacy* en *self-esteem* onderzocht; in gewoon Nederlands: de mate waarin je meent zelf controle te hebben over je leven, je door eigen handelen tot bepaalde gewenste resultaten komt; en de mate waarin je tevreden bent over jezelf.

Emotioneel functioneren mat ze aan de hand van depressie en depressieve symptomen. Fysiek functioneren aan de hand van zes vragen: over traplopen, uit- en aankleden, opstaan uit een stoel, het knippen van de eigen nagels, 400 meter wandelen en het gebruik van eigen en

openbaar vervoer. Het geheel presenteert ze in de vorm van een overzichtelijk onderzoeksmodel.

In de hoofdstukken 2 tot en met 6 onderzoekt Bisschop de invloeden van de verschillende factoren. Hoofdstuk 2 behandelt de invloed van sociale steun op lichamelijk functioneren, hoofdstuk 3 de invloed van coping op het lichamelijk functioneren; hoofdstuk 4 de invloed van specifieke chronische ziekten op het emotioneel functioneren; hoofdstuk 5 de directe en de indirecte effecten van de psychosociale bronnen op emotioneel functioneren; en hoofdstuk 6 ten slotte de invloed van specifieke chronische ziekten op de verschillende psychosociale bronnen.

Het onderzoek levert enkele opvallende bevindingen op: zonen hebben geen invloed; dochters hebben negatieve invloed op het functioneren van oudere mensen zonder ziekte. Maar dochters

hebben wel een positieve invloed op het functioneren als hun ouders meer ziekten krijgen. Het lijkt erop dat depressie niet optreedt direct nadat je chronisch ziek bent geworden maar pas na verloop van tijd. Hoe dat nu precies zit, is lastig uit te maken omdat het interval tussen de metingen drie jaar is.

Samengevat: hoe mensen tegen hun leven aankijken, hoe mensen met hun leven omgaan (mijn vertaling van 'coping') en sociale steun zijn van invloed op het geestelijke en lichamelijk functioneren van ouderen met chronische ziekten. Kijk op het leven, ziekte, en functioneren vertonen een sterke onderlinge samenhang. Daarbij hebben de psychosociale bronnen een invloed, onafhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van chronische ziekte. Anders gezegd: je functioneren heeft te maken met hoe je tegen je leven aankijkt, of je een chronische ziekte hebt of niet.

Het is een heel brok onderzoek, veel werk, en voorzover ik kan overzien methodologisch niet slecht gedaan. Het onderwerp is uiterst relevant voor de huisarts; het gaat immers over de context van ziekte. Maar het op zich fraaie onderzoeksmodel uit de inleiding draagt de discussie in hoofdstuk zeven onvoldoende. De onderzoekster zegt wel dat het model voor de verschillende, onderzochte ziekten op uiteenlopende wijze uitpakt maar laat dat niet overzichtelijk zien. Ten slotte blijft het taalgebruik van de promovenda stecken in onderzoeksjargon en staan er in de Nederlandse samenvatting veel anglicismen.

De interpretatie en het overzicht van alle onderzoeksresultaten laten te wensen over. Wat die onderzoeksresultaten kunnen betekenen voor mijn dagelijkse praktijk is daardoor onvoldoende duidelijk. En dat is jammer.

Ger van der Werf

Huisartsenpost

Johan Post. Grootchalige huisartsenzorg buiten kantooruren [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2004. ISBN 90-77113-20-7.

Simpel gezegd gaat het in de wetenschap om het toetsen en genereren van hypothesen, die geplaatsd worden in een theoretisch kader. Men toetst een hypothese aan gemeten uitkomsten. Als die uitkomsten valide en betrouwbaar zijn gemeten, kan de theorie worden bijgesteld, mits de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn. Ieder wetenschappelijk onderzoek behoort een bijdrage te leveren aan de theorievorming en een proefschrift is bedoeld om te getuigen van de bekwaamheid om wetenschap te beoefenen. Tot zover de algemeenheden. Als rechtgeaarde huisartsen willen we ook nog dat onderzoek relevant is voor onze eigen praktijkuitoefening of wetenschapsontwikkeling.

In het onderzoek van Post draait het om de centrale doktersdienst in de provincie Groningen. Dat is een belangrijk onderwerp, want nog nooit heeft een revolutie in hulpverleningsland zich zo snel voltrokken als de omschakeling van kleinschalige naar grootschalige dienstenstructuur. Reikhalzend keken we uit naar een evaluatie van ons mooie, nieuwe product. Het is daarom goed dat een proefschrift over dit onderwerp is geschreven en Post verdient alle lof voor zijn inspanningen om dit onderzoek in tamelijk korte tijd af te ronden. Het lijkt er echter op of tijdsdruk ertoe heeft geleid dat hij te veel heeft laten liggen (bijvoorbeeld een onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlening) om het echt spannend te maken. Bovendien is wel enige kritiek mogelijk op de wetenschappelijke betekenis van al dat noeste tellen en rekenen, en dat is jammer, want het had met dezelfde inspanning beter gekund.

In de eerste hoofdstukken beschrijft hij hoe vaak men een beroep doet op de dienstenpost en met welke klachten. Deels is dat eerder gepubliceerd in H&W.¹ Vervolgens maakt hij een vergelijking met de oude, kleinschalige situatie. Dat lijkt een mooie opzet, maar methodologisch gaat er helaas wat fout. Hij vergelijkt diagnoses uit overdrachtbriefjes met die in het geautomatiseerde systeem, waarbij het bijvoorbeeld niet helemaal duidelijk is of de papieren registratie wel com-

pleet is. Zulke kleine briefjes raken wel eens zoek of worden niet ingevuld. Waarom hij twee verschillende maanden heeft geregistreerd (voormeting in maart en nameting in februari) is niet duidelijk, maar mogelijk wordt het geconstateerde verschil in luchtwegproblemen toch veroorzaakt door het verschil tussen lente en winter. De daarna volgende hoofdstukken over de assistentes en de wachttijden zijn goed voor een kwaliteitsrapport van de Groningse dienst.

Het lijkt generaliseerbaarder (en dus interessanter) te worden als hij de inhoud van de triage op de posten onderzoekt. Helaas stelt het proefschrift mij hier teleur. Bij de beoordeling van triage gaat het immers in de eerste plaats om juiste besluitvorming. En dat wordt niet onderzocht. Wel vergelijkt hij de triagetijden van twee doktersposten. De Groningse zonder ondersteunend expertsysteem en de Tilburgse met een dergelijk systeem. De vergelijking gaat echter mank, omdat de assistente in Tilburg tijdens de triage met de huisarts overlegt en men dat in Groningen zoveel mogelijk vermijdt. De conclusie die daaruit volgt kan je ook trekken zonder het te onderzoeken: in Tilburg duurt het iets langer, maar daar staat tegenover dat men minder doorverbindt naar de huisarts. Bovendien stelt de auteur zelf in de beschouwing ook nog vast dat de tijden afhankelijk zijn van de inhoud van de hulpvraag, maar daarover heeft hij geen informatie verzameld.

De huisartsen en assistenten ten slotte lijken redelijk tevreden met hun werk. Belangrijker in dit geval is misschien wel de patiënt. Gelukkig wijdt Post ook daaraan twee hoofdstukken, maar ook hier wrekt zich de onvoldoende doordachte methodologie. Als de dienstenstructuur in Zwolle (kleinschalig) wordt vergeleken met die in Groningen (grootschalig) wil de lezer toch geïnformeerd worden over de organisatie in Zwolle: gebruikt men daar een centraal telefoonnummer, hoe is de selectie van respondenten ten opzichte van non-respondenten en van deelnemende huisartsen? Bij de voor- en nameting in Groningen blijft de selectie van respondenten geheel onduidelijk, zowel