

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 steken 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. Grootschalige 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 geplaatst 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

van de deelnemende huisartsen als van de deelnemende patiënten.

Al met al is het goed dat de nieuwe dienstenstructuur wordt geëvalueerd, maar dit proefschrift heeft meer weg van een beleidsrapport dan van een wetenschappelijk doordacht onderzoeksverslag. Ik hoop echter ook dat beleidsmakers dit proefschrift kritisch lezen. Onderzoekers moeten de validiteit van hun onderzoeksresultaten aannemelijk maken en daaraan ontbreekt het in dit proefschrift nogal eens. Is het daarmee geheel waardeloos? Nee, dat is het niet. Voor geïnteresseerden geeft het proefschrift een aardig kijkje in de Groningse keuken, niet meer, maar ook niet minder.

Henk van Weert

1 Post J, Den Haan J, Groenier K. De vraag naar huisartsenzorg buiten kantooruren: een rekenmodel. *Huisarts Wet* 2001;44:418-22.

Continuïteit als pijler van de huisartsgeneeskunde

Schers HJ. *Continuity of care in general practice. Exploring the balance between personal and informational continuity* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2004.

Meer dan 11.000 ingevulde vragenlijsten en dan nog optimistisch blijven; dan kenmerkt het doorzettingsvermogen van Henk Schers om een moeilijk onderwerp als continuïteit goed in beeld te krijgen. Een aantal van zijn onderzoeken publiceerde hij ook in dit tijdschrift.

Het aantal definities van continuïteit (10) en het aantal modellen (20) waarin organisaties of onderzoekers continuïteit trachten te beschrijven, geven aan dat het een moeilijk te meten containerbegrip is. De laatste jaren wordt het begrip continuïteit gesplitst in persoonlijke continuïteit, longitudinale continuïteit en continuïteit van informatie. Schers richtte zich vooral op de eerste en laatste component.

Hij keek daarbij naar de meningen van huisartsen en van patiënten, naar hun beider verwachtingen én naar de actualiteit.

Patiënten hoeven volgens het eerste vragenlijstonderzoek (n=875, respons 74%) niet altijd hun eigen persoonlijke dokter te zien. Slechts 21% vindt dat bij een corpus alienum in het oog belangrijk, maar als ze ernstig ziek zijn, wil 96% wel degelijk de eigen dokter zien. Patiënten veronderstellen dat hun eigen dokter beter op de hoogte is van hun medische geschiedenis en hun achtergrond. Slechts 12% denkt dat de eigen dokter de problemen ook beter kan oplossen. Schers kon geen relatie vinden tussen patiëntenkenmerken en hun waardeoordeel over persoonlijk dokteren.

In ditzelfde onderzoek bleek dat patiënten het bij ernstige aandoeningen waarderen als de huisarts op bezoek komt in het ziekenhuis. Het is vooral belangrijk dat de huisarts zelf contact opneemt, zo bleek uit een klein kwalitatief deelonderzoek onder 30 patiënten. Schers legde alleen scenario's voor; de vraag of patiënten in werkelijke situaties hetzelfde van de huisarts willen, blijft onbeantwoord. Het is echter niet waarschijnlijk dat ze dan minder van de eigen huisarts verwachten.

Huisartsen en huisartsen-in-opleiding vinden persoonlijke zorg belangrijk (H&W 2002;45:450-4). Dat vuiltje in het oog hoeven ze niet zelf te zien, maar ze willen allemaal met een terminaal zieke praten. In tegenstelling tot de patiënt denkt 41% van de artsen dat die de patiënt ook beter kan helpen. Haio's doen daar niet voor onder (H&W 2004;47:322-5). Opvallend is dat er geen duidelijke relatie was tussen opvattingen van hun opleider en van henzelf.

In de twee volgende hoofdstukken beschrijft Schers een onderzoek onder 2400 spreekuurbezoekers in 17 praktijken (30 huisartsen). Patiënten die hun eigen huisartsen zagen, waren tevredener en hadden

meer het idee geholpen te zijn dan patiënten die geen voorkeur hadden voor hun eigen dokter (en hem ook niet gezien hadden). Vertrouwdheid met de dokter doet er volgens Schers dus toe. Dat is een belangrijke uitkomst voor alle discussies over *disease management*, subspecialisatie en taakdelegatie.

In het tweede deel van zijn proefschrift gaat Schers in op continuïteit van informatie. Twintig procent van de patiënten (875 uit 35 praktijken) wil niet dat huisartsen in de dienst hun hele dossier kunnen inzien. Patiënten die dat wel wilden, vonden het prima dat hun medicatie bekend was. Slechts 37% van hen vond het echter in orde als een assistente op een post iets zou weten over hun persoonlijke omstandigheden. Je kan er dus niet van uitgaan dat patiënten willen dat hun hele dossier op post bekend is. Schers pleit terecht voor een zorgvuldige informatievoorziening als hele dossiers worden overgeseind.

In een van zijn eerste deelonderzoeken ging Schers na of dienstdoende huisartsen wel behoefte hebben aan extra informatie over patiënten. Bij iets meer dan een kwart van de gevallen was dat zo. Daarbij ging het vooral om informatie over medicatie en belangrijke aandoeningen, en niet over coping of psychosociale omstandigheden. Verder onderzocht Schers de behoefte van huisartsen aan informatie tijdens diensten (wel over medicatie, niet over psychosociale omstandigheden) en hun wensen op het gebied van hulpmiddelen in het EMD (respectievelijk H&W 2001;44:412-7 en H&W 2001;44:371-6).

Dit is al met al een belangrijk proefschrift waarvan de uitkomsten een rol kunnen spelen bij zowel het zoeken naar oplossingen rond continuïteit van informatie als bij het denken over delegeren en taakdifferentiatie.

Joost Zaat