

moest hem vervolgens een halfjaar later weer toepassen toen de vrouw het spiraal wilde laten verwijderen en de vrouwelijke huisarts-in-opleiding inmiddels vertrokken was. Dit keer instrueerde hij vanachter de kast de praktijkassistente. Huisartsen gaan vaak prat op hun invoelend vermogen en kennis van de context van de patiënt. Maar wees gewaarschuwd: een goed inlevingsvermogen kan tot onverwachte misverstanden leiden. Als de patiënt van wie de huisarts weet dat hij gevlucht is uit een oorlogsgebied, over zijn ballen klaagt en naar de uroloog wil, kan de huisarts makkelijk verstaan dat de man gemarteld is in de oorlog en hij daarom last van zijn ballen heeft. De patiënt deed zijn best om het lastige woord uroloog goed uit te spreken, de begrijpende dokter verstaat het woordje oorlog.

Van Kempen laat zien dat creativiteit, nieuwsgierigheid en een flink portie geduld de middelen zijn waarmee je de meeste taal- en cultuurbarrières kan slechten.

Henriëtte van der Horst

Oefenboek psychiatrie

De Burllet HM, Colijn IH, Hengeveld MW, Knoppert-van der Klein EAM, De Koning MB. *Oefenboek Psychiatrie. Probleemoplossen in de praktijk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004. 204 pagina's, € 30. ISBN 90-352-2692-5.*

In de psychiatrie is er een manier van denken, aanvoelen en interpreteren nodig waarbij je rekening houdt met onzekerheden. Dit oefenboek leert hoe je in die gevallen toch met gefundeerde uitspraken kan komen. Het boek is volgens de auteurs bedoeld als hersengymnastiek om beslissingen op het gebied van de psychiatrie te kunnen nemen. Systematisch en duidelijk beschrijven ze hoe psychiatisch onderzoek dient te verlopen. De systematiek is ontleend aan de richtlijnen voor psychiatisch onderzoek uit 2003 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Er zit een losbladige inlegkaart in het boek die toont hoe men de

gegevens uit diagnostisch onderzoek systematisch kan samenvatten. Deze kaart kan ook dienen als houvast in de diagnostiek bij eigen patiënten.

Het boekje bevat 16 casusbeschrijvingen met uiteenlopende psychiatrische problematiek. Zo passeren bijvoorbeeld verschillende casussen over depressie de revue, maar het boek besteedt ook aandacht aan verschillende vormen van angst, schizofrenie, dementie en suïcide. Bij elke nieuwe casus geven de auteurs eerst een situatieschets en vervolgens stellen ze een aantal vragen die de lezer door de psychiatrische diagnostiek leiden. Daarbij stellen ze nogal wat kennisvragen; de daarbijbehorende theorie verwerken ze in de antwoorden. Vaak zijn er ook wat vragen en antwoorden over de behandeling bij de betreffende casus. Het boekje is geschreven voor co-assistenten en arts-assistenten psychiatrie. Volledig uitgevoerde psychiatrische diagnostiek is uitvoerig en omslachtig, en sluit voor de huisarts niet erg aan op de praktijk van alledag. De vragen die het boekje aan de hand van de casuïstiek stelt, zijn vaak theoretisch en vrij diepgaand. Waarschijnlijk lezen alleen heel specifiek in de psychiatrie geïnteresseerde huisartsen dit boekje met veel plezier uit. Voor een aantal van hen is het heel bruikbaar en leuk om kennis en vaardigheden op het gebied van psychiatrische diagnostiek en behandeling nog eens op een speelse manier op te frissen.

Evelyn van Weel-Baumgarten

Van kennis naar doen

Anja Evers, et al. *Van kennis naar doen. Voortdurend verbeteren, methoden en technieken voor reflectieve professionals in de zorg. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications, 2004, 124 pagina's, € 16. ISBN 90-8523-033-0.*

De auteurs van dit boek geven een overzicht van de methoden die zijn ontwikkeld om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren. De afgelopen 15 jaar zijn er naast de intercollegiale toetsing andere methoden ontstaan, die ieder op eigen

gestructureerde wijze de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren. Behalve deze verschillende methoden beschrijven de auteurs ook de instrumenten en technieken voor de verbetering.

Het boek is ingedeeld in twee delen: deel A *Werken aan verbetering* en deel B *Werken met groepen*. Het eerste hoofdstuk van A begint met de definitie van kwaliteit met een vrij uitgebreid stuk over de verplichte prestatieverslagen voor ziekenhuizen. Daarna gaat het over het kwaliteitsbeleidsplan en het kwaliteitsjaarverslag, wat interessanter is voor huisartsen, zeker omdat het jaarverslag verplicht wordt. In het tweede hoofdstuk – volgens de auteurs het hart van het boek – komen de verbetermethoden ter sprake. Ze bespreken hier de kwaliteitscirkel, het Nolan-model, het begrip *performance gap* en het gedragsveranderingsmodel volgens Grol. Na deze uitleg volgen de zeven methoden om aan kwaliteitsverbetering te werken. Op gestructureerde wijze behandelen ze elke methode (onder andere intervisie en verbeterprojecten). Jammer is dat ze hierbij steeds opnieuw de methodiek bespreken. Het zou leuk geweest zijn als ze hier terug waren gevallen op de kwaliteitscirkel om zo inzichtelijk te maken hoe je daarmee kunt werken.

Hoofdstuk 3 gaat over meten en indicatoren. Een helder geschreven hoofdstuk. De eerste vraag (hoe weten we dat een verandering een verbetering is?) lijkt me echter niet zo eenvoudig te beantwoorden als de auteurs suggereren... Het vierde hoofdstuk, waarin ze de instrumenten voor de verbetermethoden bespreken, vergt wat doorzettingsvermogen van de lezer.

Deel B richt zich zoals eerder gezegd op de groepsprocessen die voorafgaan aan de start van een kwaliteitsverbetering. Dit is het minst interessante deel van het boekje, het blijft aan de oppervlakte en de bijdrage voor de rest van het boekje is beperkt. Gezien alle doelen en acties die er tijdens een bijeenkomst zouden moeten plaatsvinden, veronderstelt men wel een grote discipline en voorafkennis van de groep.

De doelstelling van de auteurs om de verschillende methoden voor kwaliteitsverbetering door werkers in de gezondheidszorg op een rij te zetten, lijkt geslaagd. Het plezier waarmee de auteurs het boek-

je hebben geschreven, is zichtbaar en dat maakt het prettig leesbaar. Met name voor huisartsen die bezig willen zijn met kwaliteitsverbetering valt hier veel uit te halen. De overzichtelijke

bijlage vergemakkelijkt het zoeken van de juiste vorm bij het gekozen doel. Dit boekje laat zich goed gebruiken als naslagwerk.

Ellinore Tellegen

Proefschriften

Ziekte en gedrag

Cecile Boot. *Sick leave in asthma and COPD* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2004. 127 pagina's. ISBN 90-9018644-1.

Ziekte en gedrag hebben een innige relatie. In een documentaire die de VPRO in december 2004 uitzond over ziekte en gedrag, werd zelfs gesteld dat ziekte voor 80% uit gedrag 'bestaat'. Cecile Boot, een gezondheidswetenschapper, is in haar promotieonderzoek nagegaan hoe die samenhang tussen ziekte en gedrag er bij mensen met astma en COPD uitziet. Ze heeft daarbij gebruikgemaakt van het begrip adaptatie, dat volgens haar definitie uit drie componenten bestaat. De eerste component houdt in dat je de gevolgen van de ziekte zoveel mogelijk beperkt, het tweede dat je een evenwicht creëert tussen draagkracht en draaglast en tot slot dat je de invaliderende cognities en emoties beperkt. Na analyse van een paar focusinterviews met mensen met astma of COPD hebben experts acht criteria opgesteld aan de hand waarvan de mate

van adaptatie kan worden vastgesteld. Bij 189 mensen met astma of COPD, geworven via bedrijfsartsen, specialisten en advertenties, is ze nagegaan hoe ziekteverzuim samenhangt met adaptatie, werkkenmerken, psychosociale variabelen, persoonskenmerken, ernst van de ziekte en functionele beperkingen. De ernst van de ziekte, vastgesteld op basis van longfunctieonderzoek, hangt niet of nauwelijks samen met het ziekteverzuim dat mensen rapporteren. Psychosociale factoren, werkkenmerken en adaptatie hangen wel samen met ziekteverzuim. Er is sprake van een voorspelbare samenhang: meer problemen, minder leuk werk, minder adaptatie: meer verzuim. Er zijn wel wat verschillen tussen astma- en COPD-patiënten, maar grosso modo vertonen ze hetzelfde beeld.

Vervolgens heeft Boot bekeken welke baseline variabelen een *verandering* in het ziekteverzuimpatroon in het daarop volgende jaar voorspellen bij mensen met astma, de grootste groep uit het onderzoek.

Een laag opleidingsniveau en meer func-

tionele beperkingen bij baseline voorspellen een toename van het ziekteverzuim. Goede adaptatie voorspelde minder verzuim. Een stabiel hoog verzuim hing samen met meer ontevredenheid over het werk, meer steun van de werkgever (!) en meer klachten bij sociale activiteiten. Longfunctie, taakhoud en werkomstandigheden bleken geen voorspelers van verandering in het verzuim. Een paar kanttekeningen kun je bij dit onderzoek wel maken: het is geen huisartsenpopulatie en de deelnemers zijn op diverse manieren geworven. De onderzoekster heeft bekeken of de methode van werving de resultaten beïnvloed heeft, maar dat bleek niet het geval. We weten verder niets over de mensen die niet mee wilden doen, dus weten we ook niet voor welke mensen deze onderzoeksgroep representatief is. De resultaten zijn daardoor wat lastig te generaliseren, maar het komt wel overeen met onze ervaring in de spreekkamer: er zijn soms grote discrepanties tussen ervaren ziektelast, -gedrag en ernst van de ziekte.

Henriëtte van der Horst

Abuis

In nummer 13 bespraken we het onderzoeksrapport *Wat vindt u van de zorg? De ontwikkeling van meetinstrumenten naar de tevredenheid met het (in)formele zorgproces van terminale patiënten en hun naasten* (H&W 2004;46:670). De informatie over de prijs en de bestelwijze was niet compleet. Het onderzoeksrapport is te bestellen bij het Instituut voor Gezondheidsethiek.

Rapport plus meetinstrumenten (inclusief vragenlijsten): € 15,-

Rapport meetinstrumenten (alleen het onderzoeksrapport):

€ 11,50

Meetinstrumenten los (alleen de vragenlijsten): € 5,-

Maak één van bovengenoemde bedragen over op bankrekeningnummer 67.97.64.100 (ING Bank Maastricht), onder vermelding van het gewenste product en naam en adresgegevens. De vragenlijsten kunt u ook per e-mail aanvragen: secretariaat-ige@igemaas.nl (daar zijn geen kosten aan verbonden). (FG)