

zorg, die zich richt op lichamelijke, psychische, sociale en spirituele problemen. De auteurs gaan met name uitvoerig in op de laatste drie aspecten. Doordat er ook juridische en organisatorische elementen aan de orde komen, geeft dit handboek een compleet beeld van de palliatieve praktijk.

Verschillende stervensscenario's komen aan de orde, waaronder een beschrijving van de *common terminal pathway*; het verloop van de laatste 24 uur voor de dood. In het hoofdstuk over de psychosociale begeleiding beschrijven de auteurs verschillende technieken en vaardigheden om patiënten te begeleiden bij het maken van een aantal fundamentele keuzes. Ze pleiten om te waken voor medicalisering en psychiatisering in de palliatieve zorg.

Het hoofdstuk over existentiële vragen is zeer lezenswaardig door de gelaagdheid van zingevingsvraagstukken, angst, schuld, zinloosheid en twijfel. Met name de verhandeling over de betekenis van rituelen is aardig.

In het hoofdstuk over beslissingen rond het levenseinde mis ik een discussie over verzoeken om levensbeëindiging bij progressieve chronische ziekten, bij psychiatrische aandoeningen en van ouderen die 'klaar zijn met leven'.

De auteurs beschrijven palliatieve sedatie uitvoerig en helder, waarbij ze een bredere definitie hanteren dan die van de KNMG. Ze gaan in op de intentie van de hulpverlener, het doel van de sedatie en op de verschillende vormen, onder andere acute, subacute en intermitterende sedatie.

Ze voorzien palliatieve sedatie niet alleen van ethische en morele noties, maar ze benaderen het ook praktisch. Hoe om te gaan met het al dan niet toedienen van vocht en voeding, wat is de relatie met euthanasie, welke complicaties kunnen optreden en welke aanvullende maatregelen kunnen worden genomen, welke middelen, toedieningswijzen en doseringen; kortom ze presenteren het hele spectrum helder en praktisch.

De organisatie van de zorg in verschil-

lende settings (thuis, woonzorgcentra, hospices, verpleeghuizen, ziekenhuizen) beschrijven ze herkenbaar en kan helpen bij het (laten) maken van keuzen.

Wilsbeschikkingen – zoals veel palliatieve hulpverleners maar al te goed weten – blijken vaak meer onduidelijkheid op te leveren dan duidelijkheid te verschaffen.

In het hoofdstuk dat zaken als lijkschouwing, euthanasie, orgaan/weefseldonatie, lijkbezorging en dergelijke behandelt, mis ik praktische aanwijzingen over bijvoorbeeld lijkschouwing. Zo'n toevoeging zou dit boek nog completer maken dan het al is.

Het handboek sluit goed aan bij de huisartsgeneeskundige praktijk en is een waardevolle aanvulling op de boeken die vooral somatische klachten en symptomen in de palliatieve fase als onderwerp hebben. Toch had dit laatste onderwerp wat mij betreft wel uitgebreider mogen zijn.

Marijke van Daelen

Proefschriften

Behoeften rond het levenseinde

Osse BHP. *Needs-assessment in palliative care. Development of instruments for clinical practice* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2005. 204 pagina's. ISBN 90-76316-60-0.

Huisarts Bart Osse heeft bij het Centre for Quality of Care Research (WOK) een instrument ontwikkeld om de problemen en behoeften in kaart te brengen van terminale patiënten en hun begeleiders. De onderzoekers deden eerst een literatuuronderzoek en de instrumenten die ze vonden, bleken zich vooral te richten op de problemen van de doelgroep en niet zozeer op de behoeften. Een andere tekortkoming was dat de meeste instrumenten voor wetenschappelijk onderzoek ontwikkeld waren, en mogelijk niet bruikbaar waren in de dagelijkse praktijk.

Om een instrument te ontwikkelen dat

wel bruikbaar is, voerden ze een kwalitatief onderzoek uit bij terminale kankerpatiënten en hun naasten. Als eerste stap hielden ze diepte-interviews met een kleine groep (9) om daarna de gevonden resultaten bij een wat grotere groep (31) te verifiëren. Met deze gegevens stelden ze een lijst van 140 items samen die bijna alle domeinen van het leven beslaat: fysieke problemen, sociale problematiek, relationele zaken, psychisch welbevinden, spirituele zaken, financiële problematiek en autonomie. Ze namen de lijst af bij 64 terminale kankerpatiënten, en keken of de problemen en behoeften relevant waren en of er problemen en behoeften ontbraken. De lijst bleek compleet en ook werden alle items voldoende vaak aangekruist. Ook was er voldoende overeenkomst tussen de scores van de verschillende domeinen met de resultaten van gevalideerde kwaliteit-van-leven-lijsten die ook bij deze patiënten

afgenomen waren. Vervolgens hebben ze de lijst gebruikt bij 94 terminale kankerpatiënten om te kijken welke problemen en behoeften zij hadden. Hier bleek ook, zoals verondersteld, dat problemen niet overeenkomen met behoeften. De patiënten hadden natuurlijk een groot aantal problemen, maar bij slechts een paar problemen verlangden zij extra hulp. De onderzoekers onderstrepen het belang om ook behoeften in kaart te brengen. Ze hebben eenzelfde procedure gebruikt om een instrument te ontwikkelen voor de problemen en behoeften van verzorgers. De lange lijsten waren niet altijd geschikt om door zieke mensen ingevuld te worden en daarom hebben ze een korte versie met 33 items gemaakt. Deze bleek ook aardig te voldoen, maar was natuurlijk niet zo nauwkeurig als de lange versie.

Osse heeft op systematische wijze een instrument ontwikkeld, maar of gebruik ervan de kwaliteit van de zorg en ver-

volgens de kwaliteit van leven verbetert, moet nog blijken. De huisarts kan zich bij de uitgebreide lijst afvragen wat hij er allemaal mee moet. De financiële problemen of familieproblemen oplossen? Het bleek echter dat vaak slechts enkele problemen voor extra hulp in aanmerking kwamen volgens de patiënt en de verzorgers. In dat opzicht kunnen deze instrumenten mogelijk toch een hulpmiddel voor zorgverleners zijn om de behoeften rond het levenseinde bespreekbaar te maken.

Roger Damoiseaux

Levenslang leren

Sjoerd Hobma. *Directed self-learning as approach to continuing professional development* [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005. 128 pagina's. ISBN 90-5278-465-5.

Levenslang leren is een must voor professionals, en nascholing is sinds jaar en dag verplicht voor huisartsen als ze in aanmerking willen komen voor de vijfjaarlijkse herregistratie. De vraag is welke manieren van nascholen werkelijk effectief zijn. Sjoerd Hobma, een Sittardse huisarts, verbonden aan de Universiteit Maastricht, heeft zijn promotieonderzoek aan het onderwerp gewijd. Hij heeft een zoektocht in de literatuur gehouden om de effectiviteit en bruikbaarheid vast te stellen van diverse methoden om professionals na te scho- len. Zowel bij het veel toegepaste *problem-based-learning*, als bij *self-directed learning* is de effectiviteit niet echt vastgesteld. Veel onderzoeken gaan mank aan methodologische problemen. En de onderzoeken die wel deugen, laten geen overweldigend effect zien van beide methoden in vergelijking met conventionele methoden. Vervolgens is hij op zoek gegaan naar de

theoretische onderbouwing van de verschillende methoden, om op basis daarvan een eigen model op te stellen. Dat model bestaat uit drie fasen: eerst toetsen op welke gebieden de huisarts kennis en/of vaardigheden ontbeert, dan feedback geven op de toetsing en vervolgens gerichte nascholing in kleine groepen.

Dat klinkt ideaal, maar wat gebeurt er als je het in praktijk brengt? Om te beginnen heb je normen of criteria nodig om vast te stellen op welke gebieden een huisarts nog nascholing kan gebruiken. In de toetskunde zijn een paar methoden in zwang die vooral bij klinische examens zijn gebruikt: de Angoff-methode en de borderline-regressiemethode. Hobma is nagegaan of beide methoden ook bruikbaar zijn om criteria vast te stellen voor de 'vereiste' performance op specifieke huisartsgeneeskundige gebieden. Hij beoordeelde de twee methoden op toepasbaarheid, betrouwbaarheid van de procedures en op de geloofwaardigheid van de vastgestelde normen in de ogen van de getoetste huisartsen. Beide procedures bleken toepasbaar, betrouwbaar en acceptabel. Vervolgens heeft hij in een RCT bij honderd huisartsen de effectiviteit van zijn nascholingsmodel voor het verbeteren van communicatieve vaardigheden getoetst. Artsen in de interventie- en controlegroep werden met behulp van een videocamera aan het begin en aan het eind van het onderzoek geobserveerd. Huisartsen uit de interventiegroep kregen feedback op hun videoconsulten, de controlegroep niet. Vervolgens kregen de huisartsen uit de interventiegroep de gelegenheid om in kleine groepen in drie tot vier sessies hun vaardigheden te trainen. De huisartsen uit de controlegroep kregen schriftelijk materiaal over communicatie. Hobma concludeert dat de

interventie effectief is met een matig tot groot effect, gebaseerd op een effect-size van 0,66. Er is echter een probleem: de huisartsen uit de controlegroep scoren op alle schalen van de MAAS-globaal, het gebruikte instrument om de performance te toetsen, bij de voormeting hoger dan de interventiehuisartsen. De interventiehuisartsen gaan vervolgens een beetje vooruit in score en de controlehuisartsen gaan wat achteruit. De interpretatie van de resultaten is daarmee niet eenduidig positief. Misschien was er sprake van regressie naar het gemiddelde?

In een tweede experiment, nu met praktijken in plaats van individuele huisartsen, en met een ander onderwerp, KNO-problemen, bleek de interventie niet te leiden tot een verbetering in de interventiegroep. De huisartsen uit de interventiegroep schreven wel iets minder 'onnodige' antibioticarecepten uit, maar dat was niet statistisch significant. Hobma concludeert dat er geen bewijs geleverd is voor de effectiviteit van de interventie. Dat kan echter door methodologische beperkingen komen: bijvoorbeeld de niet-ideale toetsmethoden, de niet-optimaal uitgevoerde interventie door een aantal praktische bezwaren of de onvolkomenheden in de uitkomstmaten. De toetsen en bijeenkomsten kosten bij elkaar € 117 per uur, de gemiddeld bestede tijd was 22,3 uur. Kortom, het gaat om een tijdsintensieve en vooralsnog niet heel effectieve interventie. De waardering van de deelnemende huisartsen bedroeg 6,8 op een 10-puntsschaal. De interventie lijkt daarmee ook niet voldoende aan te sluiten bij de huidige professionele cultuur. Vooralsnog kunnen huisartsen de nascholingsmethode van hun keuze met een gerust hart volgen, mits deze maar geaccrediteerd is.

Henriëtte van der Horst