

In hoofdstuk 2, mis ik de proef van Anel bij tranende ogen, een proef die huisartsen goed kunnen hanteren. De lens wordt in hoofdstuk 8 wel erg bondig behandeld: voor ouderdomscataract zijn er maar vijf foto's en enkele woorden over.



Glaucoom: De Humphrey-gezichtsveld-test wordt besproken. Dat is geen huisartsenkost, maar het is wel goed om te weten dat hiermee – ook bij de optometrist voor € 16 – gezichtsveldbeschadigingen zijn op te sporen. Dan komt de medicamenteuze behandeling ter sprake. Deze is de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid. De lijst is van nut om snel bijwerkingen op te zoeken. Het boek sluit af met het hoofdstuk *Onderzoek en onderzoeksmethoden*. Bij oogdrukmeting wordt ook de Schiötztonometer genoemd zonder daarbij de meetfout van +/- 7 mmHg te vermelden, waardoor een beginnend glaucoom kan worden gemist. Overigens, waarom wordt in het hoofdstuk over cornea en uvea de spleetlamp niet genoemd, terwijl de foto's door de spleetlamp zijn gemaakt? En waarom noemt men de spleetlamp bij glaucoom ineens wel (13 maal!)? Bij de *directe* funduscopie zou de fundus worden gezien onder een hoek van 'ongeveer 10 gr', bij *indirecte funduscopie met 20D lens* onder een hoek van 'ongeveer 30 gr'. Hier had ik meer accuratesse verwacht, omdat dit verschil nou net de kwintessens van funduscopie

uitmaakt. De werkelijke getallen (6,30 en 54) zijn zo, dat het gezichtsveld met de indirecte methode 100 maal groter is dan met de directe. Alle retina-afbeeldingen (foto's) zijn zoals gezien met de indirecte funduscoop!

Conclusie: het boek is een geweldige en bijna complete samenvatting van de oogheelkundige pathologie. Alleen de gepresenteerde onderzoeksmethodes zijn soms inconsequent en inaccuraat. Het boek is een aanwinst voor de huisarts die al wat in de oogheelkunde thuis is. Een goede cursus in oogheelkundige vaardigheden is nodig om dit boek ook echt te kunnen 'lezen'.

J.L. Baggen

Goed onderzoek

Handbook for good clinical research practice (GCP). Guidance for implementation. Genève: World Health Organization, 2005. 125 pagina's. Gratis te downloaden via www.who.int/en. ISBN 92-4-159392-x.

Deze brochure van de WHO geeft de richtlijnen om op verantwoorde wijze kwalitatief goed wetenschappelijk onderzoek te doen. *Good clinical practice* (GCP) is het proces dat ethische en wetenschappelijke kwaliteitsstandaarden beschrijft voor de onderzoeksopzet, de uitvoering en het rapporteren van klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen. Het staat buiten kijf dat deze richtlijnen belangrijk zijn en dat we ze moeten implementeren. Het boek wil vooral een uniforme standaard ondersteunen en promoten voor het doen van al het klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen. Verder geeft het een overzicht en praktische adviezen van internationaal geaccepteerde principes van GCP en klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen. Iedereen die geïnteresseerd is in klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen kan deze brochure als referentie gebruiken. Ook de redacties van wetenschappelijke tijdschriften kunnen bekijken of de onderzoeksartikelen volgens de GCP-richtlijnen zijn uitgevoerd.

De brochure definieert 14 principes van

GCP en geeft richtlijnen en ondersteuning bij de toepassing en implementatie van deze principes. De meeste van deze principes van GCP lijken open deuren. Een van de principes meldt dat het onderzoek wetenschappelijk verantwoord moet zijn en moet worden beschreven in heldere, eenduidige onderzoeksprotocollen. Door vervolgens bij ieder principe de vragen naar de inhoud van dat principe te stellen, komt het boek tot implementatievoorstellen.

De brochure behandelt eigenlijk alles: bijvoorbeeld hoe je een RCT opzet, hoe je blindeert, hoe je een projectgroep rondom een onderzoek formeert, en ook de ethische vraagstukken rondom het doen van klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen komen aan bod. Het onvermijdelijke gevolg is dat de auteurs overal slechts kort en oppervlakkig aandacht aan besteden.

Dat maakt het ook een saaie opsomming, soms lijkt het wel een juridische verhandeling. Misschien is het handig om als naslagwerk te gebruiken om de GCP-richtlijnen te leren kennen. De implementatie van deze richtlijnen vergt echter meer inspanning dan alleen het uitbrengen van deze brochure.

Wim Verstappen

Een arts van de wereld

Conny Seeleman, Janine Suurmond, Karien Stronks. *Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005. 182 pagina's, € 34,90. ISBN 90-313-4659-4.

Dit boek wil een leidraad zijn voor (toekomstige) artsen die patiënten hebben met een andere etnisch culturele achtergrond en bij wie een migratiegeschiedenis regelmatig een belangrijke rol speelt in hun welbevinden en de beleving van klachten en beperkingen.

Het boek is opgebouwd uit casussen die afgewisseld worden met vragen, theoretische informatie en epidemiologische kennis. Een originele en veelbelovende formule. Bovendien is het boek prachtig

vormgegeven en zijn de casussen – allemaal waargebeurde voorvallen uit de praktijk – zorgvuldig geselecteerd. Enkele van deze praktijkvoorbeelden zijn parels van verhalen met een prachtige uitwerking.

De epidemiologische en theoretische onderbouwing maakt het mogelijk om te verbreden naar de casuïstiek in de eigen praktijk. Maar de link naar de eigen praktijk is niet makkelijk te maken als je casus na casus leest. De theoretische onderbouwing is door de opzet fragmentarisch gegeven en soms wat erg braaf en dogmatisch belerend van opzet. Alsof je elke interetnische of interculturele kloof kunt overbruggen als je als dokter je best maar doet. Het staat er niet letterlijk, maar het boek ademt die sfeer zeker uit door de ethische en wettelijke aspecten er nadruk-

kkelijk bij te betrekken. Dat is jammer, en door de casuïstiek en de meegeleverde kennis ook onnodig. In de casuïstiek herhaalt men steeds dat je als arts niet mag discrimineren in je patiëntencontacten, en dat komt erg belerend over. Je mag van een academisch gevormde professional verwachten dat hij zich dat terdege realiseert. Artsen zijn zich ervan bewust dat er in het contact veel mis kan gaan, en reflectie hierover verdient gestimuleerd te worden, maar een opgeheven vinger-tje helpt dan niet. Ook bij de inleiding tot de casuïstiek komt deze belerendheid terug. Ze zeggen steeds dat kennis over cultuurverschillen belangrijk is voor de context, maar dat 'de nadruk niet op kennisoverdracht, maar vooral op het ontwikkelen van een etnisch sensitieve houding' moet worden gelegd. Alsof ken-

nis op zich stigmatiserend werkt! Is het niet juist in de praktijk dat artsen leren algemene ziektebeelden te interpreteren naar de individuele patiënt? Zo zal kennis over cultuurverschillen juist kunnen helpen om inzicht te krijgen. Zeker in de laatste casus erkennen de auteurs dat: 'hoe onbekender of onherkenbaarder we iemands achtergrond ervaren hoe moeilijker het is empathie te ervaren en hoe sneller je tot stereotypering komt'. In dat opzicht mis ik een theoretisch deel over cultuurverschillen en de valkuilen daarvan voor interculturele communicatie. Zeker waar het in de casussen vooral gaat over arts-patiëntcommunicatie. Ondanks deze kritiek blijft het een mooi boek, en zijn de casussen zeer bruikbaar voor het onderwijs aan studenten en artsen.

Hans Harmsen

Proefschriften

Griepvaccinatie en cervixscreening in LINH

Margot Tacke. *Quality of preventive performance in general practice: the use of routinely collected data* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2005. 166 pagina's. ISBN 90-76316-236.

Het LINH, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, levert sinds 1991 informatie over de morbiditeit in de huisartsenpraktijk, en over het huisartsgeneeskundig handelen. Veel gegevens uit het LINH hebben inmiddels hun weg naar *Huisarts en Wetenschap* gevonden via de LINH-rubriek. Margot Tacke, een gezondheidswetenschapper werkzaam bij de afdeling Kwaliteit van Zorg van de Radboud Universiteit Nijmegen, heeft haar promotieonderzoek aan het LINH gewijd. Zij is nagegaan of je de data die in het kader van de 'gewone' patiëntenzorg worden geregistreerd, kunt gebruiken om de kwaliteit van preventieve activiteiten in de huisartsenpraktijk vast te stellen. Ze beschrijft eerst de maatregelen die genomen worden om de betrouwbaarheid en de validiteit van de gegevens uit

de database zo goed mogelijk te garanderen. Het merendeel van de maatregelen is erop gericht om de gegevens zo goed mogelijk over te brengen en te controleren op inconsistenties. Daarnaast krijgen huisartsen regelmatig een training in het registreren en coderen van de data. Door de prevalentiecijfers van een drietal chronische aandoeningen uit de LINH-database te vergelijken met de prevalentiecijfers uit andere netwerkdatabases kun je een uitspraak doen over de betrouwbaarheid van de LINH-gegevens. Zij noemt dit de validiteit. Voor longziekten en HVZ bleken de prevalentiecijfers uit het LINH iets hoger te liggen. Dit komt mogelijk door een hoger percentage ICPC-gecodeerde contacten en door een uitbreiding van de zoekactie naar de genoemde aandoeningen in de medicatiegegevens en ruiters in de LINH-database. De interdoktervariatie in de prevalentiecijfers bleek na correctie voor leeftijdopbouw en geslachtsverdeling van de praktijkpopulatie slechts gering. Tacke concludeert dat voor dit soort basisgegevens de LINH-database een betrouwbare bron is. De validiteit van de gegevens is natuur-

lijk veel lastiger vast te stellen. Stellen de huisartsen een bepaalde diagnose wel terecht? Dat aspect laat Tacke echter buiten beschouwing.

Het is jammer dat deel één losstaat van deel twee en drie. Het was sterker geweest als ze de betrouwbaarheid en validiteit van de database met name had vastgesteld voor de twee preventieve activiteiten waar ze haar promotieonderzoek aan gewijd heeft.

In deel twee van het proefschrift staat de influenzavaccinatiecampagne centraal. De vaccinatiegraad is de laatste jaren stabiel rond de 76%; het merendeel van de huisartsen organiseert de campagne volgens de NHG-richtlijnen. Uit multivariate analyse bleek dat speciale vaccinatiesprekuren voor ouderen en informatiefolders voor jongeren bijdragen aan een hoge opkomst. In een retrospectief cohortonderzoek is ze nagegaan in hoeverre vaccineren van de hoogrisicopopulatie tijdens twee griepiepidemieën effect had op de verleende zorg. De niet-gevaccineerde hoogrisicopatiënten hadden iets meer contacten (0,26-0,29) gedurende de epidemie dan de gevaccineerde hoogri-