

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-

sicopatiënten. Uitgaande van gemiddeld één contact per patiënt per griepperiode zou je per vijf niet-gevaccineerde hoogrisicopatiënten één extra contact (telefoon-gesprek, consult of visite) kunnen verwachten. Per 1000 patiënten kan dat zo'n 15-20 contacten schelen in een periode van twee maanden, dus één per werkdag in een normpraktijk. Omdat er geen informatie over de reden voor de contacten was, en evenmin over de verdeling van de verschillende soorten contacten, is de echte reductie in werkbelasting moeilijk te schatten. Misschien kunnen we dat tijdens de volgende (vogel)griep epidemie eens bijhouden.

Deel drie van het proefschrift gaat over een andere veel voorkomende preventieve activiteit in de huisartsenpraktijk, het cervixuitstrijkje. Hier kwamen weinig nieuwe gegevens boven tafel. Via een korte vragenlijst bij een steekproef van de doelpopulatie kwam ze erachter dat we ons moeten richten op de toename van kennis over de risico's op cervixcarcinoom en de geneesbaarheid ervan en 'op de gevoelens van persoonlijke morele verplichting' om de opkomst te verhogen. Dit laatste past natuurlijk prachtig bij de 'ongezonde' ideeën van de overheid en zorgverzekeraars om mensen aan te spreken op hun ongezonde leefstijl en hen daar zelfs voor te laten betalen.

Henriëtte van der Horst

Betrokken ouderen

Raymond Wetzels. Involving older patients in their general practice care [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2005. ISBN 90-7631-673-2.

Raymond Wetzels schreef een proefschrift over het betrekken van ouderen bij de medische beslissingen door de huisarts. Eerder onderzoek heeft namelijk aangetoond dat een actieve rol binnen een consult, zoals het meebeslissen over een te voeren beleid, tot betere gezondheidsuitkomsten leidt.

Het eerste deel van het proefschrift beschrijft een aantal kwalitatieve onderzoeken om meer te weten te komen over de houding van ouderen en huisartsen. Achtentwintig Nederlandse ouderen ondergingen een semi-gestructureerd interview. Hieruit bleek dat ouderen een actievere rol willen spelen. Belemmeringen die zij hierbij ervaren zijn: onwennigheid, zich leek voelen, nervositeit tijdens het consult, cognitieve en/of fysieke beperkingen en een huisarts die weinig tijd heeft, of interesse toont. Verder is het een eng idee dat ze een verkeerde beslissing kunnen nemen wanneer zij medeverantwoordelijk zijn. Een bekende meenemen naar het consult, van tevoren vragen op een briefje schrijven en een persoonlijke huisarts met een stimulerende, geïnteresseerde houding kunnen de ouderen helpen.

Vervolgens vroegen de onderzoekers de mening van 233 huisartsen uit 11 Europese landen, een onderdeel van het internationale onderzoek IMPROVE. De meeste huisartsen vinden het een goed idee als de ouderen een actievere rol binnen het consult spelen, maar zien problemen door tijdgebrek. Huisartsen noemen daarbij dezelfde mogelijke belemmeringen als de ouderen.

Hoe kan de betrokkenheid toenemen? Informatiefolders kunnen de patiënten

stimuleren om meer verantwoordelijkheid te nemen. En als de patiënt een vragenlijst vooraf invult, krijgt hij meer inzicht in de eigen verwachtingen en kan hij dit met de huisarts bespreken. Zowel de huisarts als de ouderen zien hier de voordelen van, hoewel het lastig zal zijn voor mensen met cognitieve beperkingen. Deze methoden bleken echter niet effectief in een kwantitatieve onderzoeksopzet. Ook een informatiebijeenkomst voor de huisarts en een voorlichtingsbijeenkomst voor ouderen met artrose, en frequent spreekuurbezoek door een verpleegkundige bleken het consultatiegedrag niet te veranderen.

Voor een Cochrane-review vonden de auteurs slechts vier artikelen die het effect beschrijven van drie interventies: een consultvoorbereidend schriftje, een groepsprogramma en een sessie voorafgaand aan het consult. Alleen deze laatste methode leek een positief effect te hebben.

Al met al is dit een uitgebreid proefschrift met een leuke combinatie van kwalitatief met kwantitatief onderzoek. Ouderen en huisartsen staan positief tegenover meer betrokkenheid bij beslissingen binnen een consult. Er is echter nog geen effectieve interventie om te kunnen implementeren om een ideale situatie in de spreekkamer te creëren. Tot die tijd is het belangrijk dat de huisarts de rust en tijd neemt om ook naar de mening van de ouderen te vragen.

Els Licht