

betrokken bij het consult. Inzicht in de achtergrond en capaciteit van de begeleider is dan belangrijk.

Daarnaast bespreekt het boek ziektebeelden die vaker voorkomen bij patiënten met een verstandelijke handicap zoals zintuigstoornissen, neurologische aandoeningen, psychiatrische problemen, voeding en maag-darmproblemen. Diagnostiek naar deze aandoeningen blijkt moeilijker door de verstandelijke handicap en door de samenhang met vaker voorkomende comorbiditeit. De auteurs geven hier enkele oplossingen voor. De huisarts kan dan bijvoorbeeld verwijzen

naar artsen voor verstandelijk gehandicapten, ouder- en patiëntenverenigingen en gespecialiseerde instellingen. Ook geven de auteurs adressen van relevante websites die zowel de arts als de patiënt en zijn familie kunnen ondersteunen.

Een apart hoofdstuk gaat over seksualiteit: een onderwerp waarin de tegenstellingen tussen lichamelijke rijping en geestelijke beperkingen duidelijk worden. Maar ook het spanningsveld tussen bedisselzucht en de professionele verantwoordelijkheid komt in dit hoofdstuk aan bod.

Doordat theoretische informatie met casuïstiek is verlevendigd krijgt de lezer

op een prettige manier inzicht in de complexe zorg voor verstandelijk gehandicapten. Los van de praktische inhoud vond ik het boek om nog een andere reden interessant. Het lijkt de kern van ons vak te benaderen: gezondheidsproblemen die mensen ervaren, vertalen naar medische hulpvragen en omgekeerd, de medische mogelijkheden vertalen naar de dagelijkse praktijk. Wellicht is in dat opzicht een doorsneepatiënt net zo gehandicapt, alleen zogenaamd wat mondiger? Waarschijnlijk had ik daarom een aangenaam nostalgisch gevoel na het lezen.

Sjors Konijn

Proefschriften

Preventie van CVA in de huisartsenpraktijk

De Koning J. *Quality of care in stroke prevention. An audit among general practitioners* [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2003.

Dit proefschrift gaat over verschillende aspecten van het voorkomen van een CVA in de huisartsenpraktijk.

In de eerste deelonderzoek is bij 193 CVA-patiënten (geïdentificeerd uit ziekenhuisregisters) van 77 huisartsen op basis van dossieronderzoek, respectievelijk mondeling interview nagegaan of de preventieve zorg voorafgaande aan het CVA optimaal was geweest (onder andere in vergelijking met NHG-Standaarden). Een panel, bestaande uit huisartsen en neurologen, beoordeelde dit en concludeerde dat bij 45% van de CVA-patiënten sprake was van tekortkomingen in de zorg en dat dit bij 31% mogelijk of waarschijnlijk had bijgedragen aan het ontstaan van het CVA. Als bijproduct levert dit deelonderzoek indicatoren op voor de kwaliteit van de preventieve zorg.

In een tweede deelonderzoek zijn kenmerken van de praktijkorganisatie nagegaan die verband houden met systematische preventie van een CVA. Fulltimers en solisten registreerden de relevante gegevens minder goed en solisten dele-

geerden minder vaak preventieve taken aan de praktijkassistente. Een goede registratie en delegatie van preventieve taken aan de praktijkassistente blijken te correleren met minder tekortkomingen in de preventieve zorg. Hetzelfde gold voor de mate waarin de huisartsen zelf rapporteerden zich te houden aan de standaarden. Patiënten in achterstandswijken (in Rotterdam) bleken, na correctie voor sociaal-demografische kenmerken, een tweemaal zo hoge kans te hebben op suboptimale preventieve zorg dan in niet-achterstandswijken (zie ook Journaal).

De case-controlonderzoeksopzet blijkt niet bruikbaar voor het meten van het effect van preventieve zorg in de huisartsenpraktijk op het ontstaan van een CVA. De auteur wijt dit deels aan het te vaak ontbreken van achtergrondinformatie (bijvoorbeeld familieanamnese, leefgewoontes) en deels aan het fenomeen *confounding by indication*, dat zich op een wat andere wijze dan gebruikelijk voordoet, namelijk dat patiënten na het optreden van het CVA een betere (tertiair preventieve) zorg krijgen dan daarvoor.

In het laatste hoofdstuk beschrijft de auteur de haalbaarheid van een uitgebreide methode voor huisartsen om zelf de kwaliteit van de preventieve zorg te beoordelen. De 15 daaraan deelnemende huisartsen beoordeelden de methode als

zeer positief, maar ook als veel te uitgebreid en tijdrovend.

Dit proefschrift laat zien dat de preventie van een CVA – en waarschijnlijk ook van cardiovasculaire aandoeningen – systematischer kan worden aangepakt en dat er nog ruimte is voor verbetering hiervan in de huisartsenpraktijk. De praktijkassistente, respectievelijk praktijkondersteuner, kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren. De organisatie van de preventieve zorg in achterstandsgebieden vraagt wellicht om een andere aanpak.

Over de methodologie blijf ik nog wel met een aantal vragen zitten: de auteur geeft weinig tot geen informatie over het aantal jaren waarover retrospectief informatie is verzameld over de preventieve zorg aan patiënten die later een CVA kregen, en ook niet over de criteria waarop het panel zijn oordeel heeft gebaseerd. Ook vind ik het enigszins pretentief om de kwaliteit van de preventie van CVA alleen af te meten aan de retrospectief gemeten zorg bij patiënten die later een CVA kregen. Waarom zijn niet alle patiënten met bijvoorbeeld hypertensie in het onderzoek betrokken, dus ook patiënten die later geen CVA kregen?

François Schellevis