

## Informed consent 2

De laatste jaren hebben de ethische commissies van de medische faculteiten/academische ziekenhuizen voor de universitaire huisartseninstituten reeds gefunctioneerd als toetsingsorgaan medische ethiek voor voorstellen voor patiëntgebonden onderzoek.<sup>1</sup> De ervaring hiermee is gunstig. Gezien de facultaire regelgeving zullen de UHI's in het algemeen hun voorstellen aan deze commissies blijven voorleggen. Daarnaast zal het IOH het NHG gaarne ondersteunen, opdat ook niet universitair patiëntgebonden huisartsgeneeskundig onderzoek medisch ethisch kan worden getoetst.

Prof. dr. J.D. Mulder Dzn,  
voorzitter IOH

<sup>1</sup> Van Amerongen HL. Informed consent [Ingezonden]. Huisarts Wet 1987; 30: 253.

## Methodisch werken

Het artikel 'Methodisch werken: pro en contra'<sup>1</sup> is kennelijk niet geschreven vanuit de ervaring van de dagelijkse praktijk van de huisarts. De realiteit van consult en patiënt juist leren waarnemen vindt Runia belangrijker dan het gebruik van een model. De realiteit van consult en patiënt is dat de huisarts in de eerste plaats de individuele patiënt zal trachten te helpen met alle midelen die hem ten dienste staan. Dat er orde is gebracht in de methode van hulpverlening, strekt hem daarbij tot voordeel.

Methodisch werken is het gereedschap voor doelmatige consultvoering als onderdeel van het hulpverleningsproces. In de contra's die Runia noemt spreekt hij van kunstmatig en ingewikkeld en huisartsvreemd. Huisartsvreemd is het tot pure somatiek gereduceerde consult, wat in zoverre eenvoudig is dat het tot veilig somatisch terrein beperkt blijft.

Runia suggereert dat de huisarts bij 'moeilijke gevallen, vage klachten en psychosociale problemen methodisch werken uit de kast gaat halen'. Dit berust op de misvatting dat vage klachten niet organisch zouden kunnen zijn en dat een concrete klacht geen metho-

dische aandacht behoeft. Hoe moet ik mij overigens een dokter voorstellen die het bij moeilijke consulten 'ineens over een andere boeg gooit'? Volgens de auteur scheidt methodisch werken verandering over de rol die de dokter moet kiezen en wanneer hij directief moet zijn. Het moge duidelijk zijn dat de verantwoordelijkheid voor het consult bij de arts ligt. Dat hierbij een maximale participatie van de patiënt mogelijk wordt gemaakt, is een grote verdienste van het methodisch werken.

Ook voor de huisarts in opleiding brengt methodisch werken orde in het ingewikkeld huisartsgeneeskundig hulpverleningsproces. Geen 'model' dat de realiteit beïnvloedt, maar een hulpmiddel bij de consultvoering.

G.G. van Staveren,  
huisartsopleider

<sup>1</sup> Runia E. Methodisch werken: pro en contra. Huisarts Wet 1987; 30: 152-4.

## Woordgebruik

In een artikel 'Zeven jaar later'... enzovoort spreekt men van de lotgevallen van 'hypertensieven'.<sup>1</sup> Ik acht dit een slecht woordgebruik waarbij de patiënt wordt geïdentificeerd met een symptoom. Juist deze fout dient door huisartsen vermeden te worden.

G.J. Bremer

<sup>1</sup> Prins A, Roelofs R. Zeven jaar later. Een vervolgonderzoek naar de lotgevallen van bij screening ontdekte hypertensieven. Huisarts Wet 1987; 30: 210-1.

## Oestrogenen en menopauze

In 1986 werd in *Huisarts en Wetenschap* aandacht besteed aan de controverse over het effect van het toedienen van oestrogenen aan postmenopauzale vrouwen op het cardiovasculaire risico.<sup>1 2</sup> In het kader van de Framingham study concludeerden *Wilson et al.* dat oestrogeengebruiksters een verhoogde kans op cardiovasculaire ziekten en ce-

rebrovasculaire aandoeningen hadden.<sup>3</sup> *Stampfer et al.* kwamen tot een tegengestelde conclusie.<sup>4</sup> Voor de Nederlandse situatie werd het propageren van het als routine toedienen van oestrogenen aan alle postmenopauzale vrouwen zonder climacterische klachten (nog) niet geïndiceerd geacht.

In april 1987 verscheen in *The New England Journal of Medicine* het resultaat van een analyse van de bevindingen bij verschillende subgroepen uit de studie van *Stampfer et al.*<sup>5</sup> Na correctie voor leeftijd en rookgewoonten bleek dat toediening van oestrogenen geen verminderd risico op het krijgen van hart-vaatziekten gaf bij vrouwen met een natuurlijke menopauze. Verder werd opnieuw duidelijk dat een kunstmatige menopauze door ovariëctomie een verhoogde kans op hart-vaatziekten geeft; dat verhoogde risico kan door oestrogeentoediening worden verkleind.\*

Tot nu toe kan de conclusie 'geen oestrogen bij natuurlijke menopauze' met betrekking tot de kans op hartziekten gehandhaafd blijven. Nadere onderzoeksresultaten in het kader van osteoporosepreventie kunnen dit standpunt misschien veranderen.

Dr. A. Prins

<sup>1</sup> Meijman FJ. Postmenopauzale oestrogenen en hart- en vaatziekten [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1986; 29: 98.

<sup>2</sup> Prins A. Oestrogenen en de kans op ischemische hartziekten na de overgang. Huisarts Wet 1986; 29: 114-5.

<sup>3</sup> Wilson PWF, Garrison RJ, Castelli WP. Postmenopausal estrogen use, cigarette smoking and cardiovascular morbidity in women over 50. The Framingham study. N Engl J Med 1985; 313: 1038-43.

<sup>4</sup> Stampfer MJ, Willet WC, Colditz GA, Rosner B, Speizer FE, Hennekens CH. A prospective study of postmenopausal estrogen therapy and coronary heart disease. N Engl J Med 1985; 313: 1044-9.

<sup>5</sup> Colditz GA, Willet WC, Meier J, Stampfer J, et al. Menopause and the risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1987; 316: 1105-10.

\* Zie ook de rubriek Referaten in dit nummer.