

Zand erover? De uitvaart meer in eigen hand Sax M, Visser K, Boer M. Amsterdam: An Dekker/Schorer, 1989; 195 bladzijden, prijs NLG 27,50. ISBN 90-5071-077-8.

Teleurstelling en tegenwerking waren de ervaringen van de drie schrijfsters van dit boek, toen zij trachten de uitvaart van overleden vrienden en vriendinnen in eigen hand te nemen. Zij stuitten op tegenwerking, met name vanuit het traditionele begrafeniswezen en de ambtenarij. Het boek draagt de benodigde informatie aan om een begrafenis of crematie op eigen wijze te organiseren.

Het boek bestaat uit twee delen. In het eerste deel staat een achttal interviews met mensen die verslag doen van hun ervaringen met het op niet traditionele wijze afscheid nemen van naasten. De interviews worden afgewisseld met korte beschouwende hoofdstukken over onder meer oude rituelen rondom de dood, de dood in andere culturen en de geschiedenis van de uitvaartindustrie. Het korte tweede deel bevat veel praktische informatie. Het is opgesteld als een soort handleiding bij een sterfgeval voor allerlei zaken waarmee familie, vrienden, maar ook de arts geconfronteerd kunnen worden bij het overlijden. Verder is er een schat aan informatie over hoe je zelf een uitvaart kunt organiseren, alleen of in samenwerking met een uitvaartvereniging. Zelfs het zelf timmeren van een lijkst wordt met tekening en al beschreven.

De huisarts is veelal nauw betrokken bij sterfensproces; hij kan eventuele signalen van sterfenden en naasten opvangen over hoe men het laatste afscheid graag georganiseerd zou zien. Hij kan dan ten minste dit heldere boekje aanraden. Wanneer hij het boek zelf gelezen heeft, kan hij nabestaanden ook nog ondersteunen bij het uitwerken van de uitvaartplannen, vaak tegen gegroeide gewoontes in.

M. Bruinsma

Incest en hulpverlening Baartman H, Burgers A, Rümke C, et al. Amersfoort, Leuven: ACCO, 1990; 312 pagina's, prijs NLG 35,-. ISBN 90-5256-021-8.

Ongeveer 10 jaar geleden organiseerde de rijksoverheid de zogenaamde 'Kijkduinkonferentie'. Het verslag daarvan is, samen met het in 1983 verschenen 'Handen thuis', jarenlang een richtsnoer geweest voor geïnteresseerde (eerstelijns) hulpverleners en onderzoekers. Wie wil weten waar hulpverleners, voorlichters en wetenschappelijke onderzoekers met betrekking tot incest en hulpverlening anno 1989/1990 over praten en denken, vindt in dit congresverslag een goede handleiding.

We zien alras dat de zogenaamde Bolderkar-affaire diepe sporen heeft nagelaten. Men sprak op dit internationale congres over seksuele kindermishandeling binnen het gezin herhaaldelijk over een 'Bolderkar-syndroom'. Hulpverleners, politie en justitie zijn zo geschrokken van de publiciteit rond deze affaire, dat zij terughoudend geworden zijn bij het nemen van juridische stappen, was een algemeen gevoel.

In ongeveer 10 van de 35 voordrachten stond de hulp aan daders in het centrum van de belangstelling. Overigens was er een duidelijke tendens naar een meersporen-aanpak: niet alleen het slachtoffer moet geholpen worden, ook de daders en andere betrokkenen verdienen intensieve aandacht. De diverse hulpverleners zouden in een soort netwerk moeten werken, waarin iemand die geen directe hulp verleent, voor de coördinatie zorgt.

Zowel de primaire als de secundaire preventie blijft een heet hangijzer, waar de inleiders geen goede raad mee wisten. De lelijke term 'zorgkunde' werd geïntroduceerd. Men bedoelt daarmee dat er in het lesprogramma van alle scholen – zowel op de basisscholen als in het voortgezet onderwijs – aandacht geschonken moet gaan worden aan de manier waarop mensen zorg hebben voor zichzelf en voor elkaar. De moeders van incest-slachtoffers eisen ook speciale aandacht van de preventiewerkers. Preventie op maat moet ervoor zorgen dat alle geledingen in onze multiraciale samenleving de aandacht krijgen die ze verdienen.

Het 'burn-out syndroom' blijkt in de kring van hulpverleners bij incest steeds grotere vormen aan te nemen. Er werd veel aandacht geschonken aan een meldplicht door hulpverleners, maar ook werd er gesproken over een code, zoals die rond de bureaus Vertrouwensartsen bestaat. 'Macht om recht te spreken' was een van de vele onderwerpen die nog allerminst uitgekristalliseerd zijn. De justitie moet een vuist kunnen maken, niet om te vergelden, maar om in samenwerking met de hulpverlening seksueel misbruik te stoppen. Om macht (rechtspreken) en hulpverlening (recht doen) gelijk op te kunnen laten gaan, is een adequate samenwerking tussen justitie en hulpverlening, met respect voor elkaar verantwoordelijkheden, duidelijk onontbeerlijk.

In juni 1989 waren er in Groningen bijna uitsluitend hulpverleners uit de tweede en derde lijn. Er werd, gezien de inhoud van dit boek (veel) gesproken over eerstelijns werkers. Op een volgend congres zou het wenselijk zijn de stem van deze eerstelijns ook metterdaad te laten klinken. Dat neemt niet weg dat eerstelijns hulpverleners in dit boek veel wetenswaardigs kunnen lezen.

Jan Moors

NAPCRG – Call for papers

De 19e bijeenkomst van de North American Primary Care Research Group (NAPCRG) zal plaatsvinden van 22 t/m 25 mei 1991 in Quebec, Canada. Gevestigde onderzoekers, nieuwe onderzoekers, praktizerende huisartsen, arts-assistenten en studenten kunnen een paper (of een abstract) inzenden tot uiterlijk 14 december 1990 naar het NAPCRG conference secretariat: Continuing medical education office, Faculty of medicine, Laval University, Quebec, Canada, GIK 7P4; telefoon 09-1.418.656.5958; fax 09.1.418.656.3442.

Klachten over verzekeringen

Het Breed Platform Verzekeringen, bestaande uit een bundeling van patiënten- en consumentenorganisaties, heeft een klachteninventarisatie gepubliceerd. Deze omvat 1333 klachtmeldingen van mensen die om gezondheidsredenen problemen hebben met verzekeringen. De grootste knelpunten blijken te zitten in de ziektekosten-, levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Opvallend is dat het grootste deel van alle klachten over ziektekostenverzekeringen betrekking heeft op de 'vuilnisbak-functie' van de standaardpakketpolis. Veel mensen worden volgens het rapport ten onrechte naar de standaardpakketpolis verwezen. Zij zijn in het verleden in aanraking geweest met de gezondheidszorg en komen als gevolg daarvan al niet meer in aanmerking voor een gewone maatschappijpolis. Een complicatie bij een bevalling of een Riagg-behandeling – waarover veel voorbeelden zijn te vinden – zijn toch geen chronische gezondheidsklachten te noemen? In een aantal gevallen wordt de standaardpakketpolis zelfs geweigerd.

Bij levensverzekeringen heeft een kwart van alle klachten betrekking op premie-opslag. Uit de grote verschillen in vereiste premie – geïllustreerd aan de hand van premie-verhoging bij diabetespatiënten – wordt geconcludeerd dat er sprake is van willekeur van de kant van de verzekeringsmaatschappijen.

Bij 20 procent van de klachten met betrekking tot levensverzekeringen gaat het om weigering. Dat is verbazend, gezien de uitlatingen van medische adviseurs van levensverzekeringsmaatschappijen dat weigering bij individuele levens- (inclusief pensioen)verzekering eigenlijk niet voorkomt; enige uitzondering vormen seropositieven en mensen met Aids. Uit de klachteninventarisatie blijkt echter dat weigering in andere gevallen wel degelijk voorkomt.

Bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

wordt slechts in 3 procent van alle klachten genoemd dat de verzekering geweigerd wordt. Beperkende polisvoorwaarden en premie-opslag komen echter veel voor.

Tenslotte wordt geconcludeerd dat de verzekeringsmaatschappijen hun beslissingen onvoldoende motiveren.

Uit de vele reacties tijdens de klachteninventarisatie, en uit de ernst van de gemelde klachten komt naar voren dat er een grote behoefte bestaat aan een versterking van de rechtspositie van de (kandidaat-)verzekeringnemer, waaronder een goede klachtenregeling.

Bron Breed Platform Verzekeringen, p/a Stichting Pandora, Postbus 5622, 1007 AP Amsterdam.

Protocollen

Van 20 t/m 23 mei 1990 werd in Houston (Texas) de zesde jaarvergadering gehouden van de International Society for Technology Assessment in Health Care. Tijdens de vele levendige discussies bleek duidelijk dat het geloof in technology assessment als wondermiddel voor de kwalen van de westerse gezondheidszorg begint te wankelen. Het leek allemaal zo helder en eenvoudig: signaleer alle zaken – nieuw of oud – die hard aan een evaluatie toe zijn, voer die evaluatie uit, publiceer de resultaten en er ontstaat vanzelf een 'rationele' geneeskunde. Dat wil zeggen: artsen zullen dure en ingrijpende zaken alleen nog maar op juiste indicatie toepassen ('appropriate care') en beleidsmakers zullen zich bij het stellen van hun prioriteiten laten leiden door de uitkomsten van kosten-effectiviteitsanalyses uit het technology-assessment-onderzoek. De kosten zullen dalen, de kwaliteit zal toenemen.

Wat is er mis aan dit optimistische toekomstbeeld?

In de eerste plaats vinden velen dit model nu te statisch. Een medische technologie blijft zich in het gebruik voortdurend ontwikkelen; technology-assessment-studies moeten daarom zeer frequent worden geactualiseerd, willen ze hun waarde behouden. Dat kost geld en energie. In Zweden is het hele systeem van praktijkrichtlijnen voor artsen ingestort door gebrek aan deze twee ingrediënten.

In de tweede plaats blijven er ook bij een goed technology-assessment-programma onzekerheden. Op sommige terreinen is er met de beste wil van de wereld (nog) geen wetenschappelijke stand van zaken te formuleren. En nog altijd geldt: de ene patiënt is de andere niet. Eddy stelde daarom in Houston voor om de uitkom-

sten van technology-assessment-studies voor artsen in drie vormen op de markt te brengen:

- standards: must be followed;
- guidelines: should be followed;
- options: might or might not be followed.

Hij vindt dat artsen niet bang hoeven te zijn voor kookboekgeneeskunde; hij verwacht ongeveer de volgende verhouding: 5 procent standards, 40 procent guidelines, 55 procent options. Ruimte genoeg dus voor de zo gewaardeerde vrijheid van de arts.

Men denkt over het nut van technology assessment voor de medische praktijk dus wat anders dan enkele jaren geleden: het is een dynamisch en constant proces, dat vooral een grote educatieve waarde heeft voor de medische professie.

Dr. E. Jonsson beschreef in een korte maar belangrijke voordracht dat de toepassing van zorgvuldig voorbereide en door deskundigen opgestelde protocollaire behandelingsstandaarden voor een aantal veel voorkomende aandoeningen, zoals hypertensie en diabetes, in Zweden na 15 jaar als mislukt kan worden beschouwd. Dat kwam onder meer door:

- verandering van wetenschappelijke opvattingen in de tijd;
- onvoldoende medewerking door de betrokken artsen;
- en onvoldoende inzicht in de resultaten van de geprotocolleerde behandeling vergeleken met naar eigen smaak en inzicht gekozen behandeling.

Dit moge een wijze les zijn voor onder andere het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat 'standaarden' heeft opgesteld en het CBO dat een groot aantal consensusbijeenkomsten organiseert. Herziening van de consensusuitspraken vindt gelukkig iedere vijf jaar of sneller plaats.

Bron Graadmeter 1990; 6(5): 19-21.

Alcoholproblematiek

In het kader van het project 'Signalering en hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik' (SPA) zijn bij Stichting O&O een werkboek en een videoband met handleiding verschenen. Het werkboek is bedoeld voor begeleiders die de in het project ontwikkelde cursus 'Huisarts en zware drinkers' willen geven. De videoband 'Praten over alcohol' is geschikt voor groepen huisartsen die zelf aandacht willen besteden aan problematisch alcoholgebruik (onder andere vroege signalering). De handleiding geeft suggesties voor een bijscholingsprogramma van één avond.

De uitgaven zijn te bestellen bij Stichting O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht; telefoon 030-332.113.

Stand van zaken

De planning van de standaarden is voor een deel afhankelijk van de voortgang in de werkgroepen die ze formuleren. Dat betekent dat elke maand opnieuw wordt vastgesteld in welk nummer van *Huisarts en Wetenschap* een bepaalde standaard naar verwachting zal worden gepubliceerd.

Versillende nieuwe onderwerpen zijn in behandeling genomen. Als u deelname aan een groep overweegt, wendt u dan tot de Afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG of tot de directeur. Zie voor een nadere uitleg van de werkwijze van de groepen het novembernummer van de vorige jaargang (Stand van zaken).

Oproepen

- *Leden voor de werkgroepen standaarden-ontwikkeling*

Voor de volgende werkgroepen vragen wij geïnteresseerde en ter zake deskundige huisartsen om hun medewerking bij de ontwikkeling van standaarden:

- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Hypercholesterolemie;
- Cara bij kinderen;
- Hartritme- en Geleidingsstoornissen (deel 2).

Aanmeldingen: schriftelijk bij het NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, Postbus 14006, 3508 SB Utrecht.

Oproep

Gezocht:

Praktiserende huisartsen, niet verbonden aan een huisartseninstituut, die in het bezit zijn van een computer. Van u wordt gevraagd om gedurende vier weken gegevens over uw handelen met betrekking tot diabetes mellitus type II, urineweginfecties, enkeldistorsie en schouderklachten in te brengen in een computerprogramma. Met dit programma kan aansluitend uw handelen worden getoetst aan de betreffende NHG-standaarden.

De ontwikkeling van dit programma maakt deel uit van de activiteiten van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde (coördinator Dr. R. Grol). Voor uw medewerking aan deze evaluatie wordt een financiële vergoeding van NLG 500,— gegeven.

U kunt uw interesse kenbaar maken bij: A. Zwaard, huisarts, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; telefoon 080-514.808/513.315.