

Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen

Dissertatie Vrije Universiteit. Van der Wal G. Rotterdam: WYT, 1992; 208 pagina's. ISBN 90-6007-651-6.

Weinig onderwerpen hebben de gemoederen de laatste jaren zo in beroering gebracht als het onderhavige; niet alleen de rechtstreeks betrokkenen, maar iedereen zal nieuwsgierig zijn naar de resultaten van dit onderzoek. Weliswaar had het rapport van Van der Maas et al. – 'Medische beslissingen rond het levenseinde' – al veel informatie verschaft, maar Van der Wal voegt hier belangrijke nieuwe elementen aan toe.

In een kort historisch overzicht schetst de auteur, hoe de houding van de medische professie ten aanzien van ongeneeslijk zieken en stervenden is geweest. Het beroep op de eed van Hippocrates, dat tegenstanders van euthanasie plegen te doen, blijkt te berusten op onvoldoende kennis omtrent de opvattingen van deze geneesheer. Hippocrates hield zijn leerlingen voor, zich niet te bemoeien met patiënten van wie ze konden aannemen dat ze ongeneeslijk ziek waren.

De vraagstelling die aan het onderzoek van Van der Wal ten grondslag ligt, richt zich op het in kaart brengen van euthanasie en hulp bij zelfdoding, zoals de Nederlandse huisarts die toepast c.q. geeft: hoe vaak vindt het plaats, op welke wijze, hoe vaak wordt het niet gemeld, waarom en waarin onderscheiden deze gevallen zich?

Enquête en processen-verbaal

De gegevens om deze vragen te beantwoorden zijn op twee manieren verzameld: een anonieme schriftelijk enquête onder een selecte steekproef van Noordhollandse huisartsen en huisartsen uit de rest van Nederland, en een analyse van de processen-verbaal van door Noordhollandse huisartsen toegepaste euthanasie of verleende hulp bij zelfdoding.

Gezien de gevoeligheid van het onderwerp en de retrospectieve opzet van het onderzoek, heeft de onderzoeker terecht veel aandacht besteed aan de betrouwbaarheid en de representativiteit van de gegevens. Zo werd, teneinde de resultaten van de enquête onder de Noordhollandse huisartsen te kunnen extrapoleren naar de Nederlandse situatie, een wegingsfactor toegepast vanwege het grote aantal waarnemingen in Noord-Holland. Ook werd op een aantal punten de categorie huisartsen '0-5 jaar gevestigd' uitgesloten, omdat de exacte datum van vestiging van deze artsen niet bekend was. Deze manoeuvres roepen bij de lezer

echter eerder vragen op omtrent hun effect dan dat zij hem geruststellen. Waar Van der Wal in hoofdstuk 2 stelt dat de onderzoeksresultaten in hoge mate betrouwbaar en representatief zijn, neemt hij hier in hoofdstuk 3 weer wat van terug: ondervertegenwoordiging van huisartsen uit de grote stad en uitsluiting van de categorie '0-5 jr gevestigd' kunnen tot vertekening geleid hebben. Anderzijds maakte het gebruik van de twee meetinstrumenten 'cross-validering' van de gevonden resultaten mogelijk. Voorts blijken de uitkomsten goed te stroken met het rapport van Van der Maas.

Incidentie

De incidentie van euthanasie en hulp bij zelfdoding is aanzienlijk lager dan men gedacht heeft: 2000 gevallen per jaar. Dit betekent dat een huisarts zelden vaker dan tweemaal per jaar euthanasie of hulp bij zelfdoding toepast. Daarbij voldoet een ruime meerderheid der huisartsen op adequate wijze aan de inhoudelijk zorgvuldigheidseisen.

Het percentage meldingen ligt tussen 13 procent (het aantal processen-verbaal) en 35 procent (volgens opgave van de huisartsen in de enquête), en is stijgende. Dit stemt overeen met bevindingen uit 1991, toen driekwart van de huisartsen zei een verklaring van natuurlijke dood af te geven.

Bij vergelijking van de wel en niet gemelde gevallen valt op, dat bij de eerste het initiatief vaker van de patiënt uitging, terwijl voorts 'ondraaglijk lijden' en 'pijn' vaker als motief genoemd worden. Daarbij dienen we te bedenken dat de gegevens uit de enquête met maximale waarborgen voor anonimiteit verkregen zijn, terwijl de processen-verbaal per definitie gericht zijn op het voldoen aan de criteria voor seponeren, en dus de bias van sociale (in dit geval: juridische) wenselijkheid vertonen: als artsen wel melden, hebben ze de neiging de casus zodanig te presenteren dat deze beter past binnen de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen.

Uit de enquête blijkt een te groot aantal huisartsen (nog) niet volgens de vigerende zorgvuldigheidseisen te werken: zo heeft een kwart geen consultatie vooraf gepleegd, terwijl 12 procent zelfs geen enkele vorm van overleg heeft gehad met welke hulpverlener dan ook. Als consultatie plaatsvindt, gebeurt dit meestal met een lid van de eigen waarneemgroep. Daarbij dient men te bedenken dat de Gezondheidsraad adviseert een geneeskundige te kiezen die tot een onafhankelijk oordeel in staat is, (dus niet bij de behandeling betrokken is). Minder dan de helft van de artsen pleegde overleg met de betrokken (wijk)verpleegkundige.

Patiënten en huisartsen

De patiënten om wie het ging, leden in 95 procent van de gevallen aan kanker, voorts aan Hiv, multiple sclerose of amyotrofische lateraalsclerose. De gemiddelde leeftijd bedroeg bij de mannen 63 en bij vrouwen 66 jaar. Euthanasie en hulp bij zelfdoding lijkt bij mannen vaker voor te komen, maar dit is een gevolg van het feit dat mannen vaker thuis overlijden. In een op de vijf gevallen was er een belangrijke nevendiagnose die bijdroeg tot het besluit. Duidelijk wordt dat euthanasie en hulp bij zelfdoding een 'sociale gebeurtenis' zijn: in 96 procent van de gevallen waren een of meer derden (partner, kinderen) in huis.

Wat betreft de kenmerken van de huisartsen die een- of meermalen euthanasie toepasten, werd een positieve samenhang gevonden met 'zich niet verbonden voelen met een bepaalde levensbeschouwelijke overtuiging', 'praktiseren in de grote stad' en 'woonachtig zijn in Zuid- of Noord-Holland'. Huisartsen in zuidelijke streken met een levensbeschouwelijke overtuiging en praktizerend op het (verstedelijkt) platteland pasten juist minder vaak euthanasie of hulp bij zelfdoding toe. De attitude en of de mentaliteit van de bevolking blijkt bepalender te zijn voor het aantal gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding dan het aantal patiënten dat er potentieel voor in aanmerking komt.

Vele huisartsen hanteren de richtlijnen van Admiraal inzake het gebruik van euthanatica, maar een aanzienlijke groep gaat minder adequaat met euthanatica om. Een op de tien huisartsen heeft weleens actief het leven van een patiënt beëindigd, zonder dat deze daar uitdrukkelijk om verzocht had; daarbij was 83 procent van de patiënten niet meer aanspreekbaar. Kennelijk stond de huisarts in deze situaties met de rug tegen de muur.

Substantiële praktijk

Van der Wal besluit met de constatering, dat er een substantiële euthanasiepraktijk in Nederland bestaat, en dat het aanbeveling verdient dat te erkennen door de ontwikkelingen op dit gebied te monitoren. De toetsing zoals die thans plaatsvindt, is onvoldoende. Ook de nieuwe meldingsprocedure zal daar weinig aan veranderen. Immers, zoals de resultaten laten zien, de gevallen die bij Justitie terechtkomen, horen daar niet; die er wellicht wel thuishoren komen er niet. De strafrechtelijke toetsing is dus weinig effectief, zelfs contraproductief.

Verbetering van huisartsgeneeskundig handelen inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding, zo blijkt uit dit onderzoek, is zeker mogelijk.

Effectief toetsen en bijsturen van dit medisch handelen kan echter eerst plaatsvinden, als euthanasie en hulp bij zelfdoding uit de strafrechtelijk sfeer worden gehaald; pas dan zal ongeselecteerde melding plaatsvinden. De auteur doet daarom een aanbeveling voor regionale experimenten met een andere toetsingsprocedure en pleit voorts voor een plaats in opleiding en nascholing voor dit onderwerp.

Van der Wal behandelt zijn onderwerp zorgvuldig en met distantie, zoals een onderzoeker betaamt. Pas in de slotconclusie komt zijn betrokkenheid naar voren: 'Euthanasie is medisch handelen en moet derhalve toetsbaar zijn; dat kan echter alleen als het uit het strafrecht gehaald wordt.' Op dat moment hebben zijn onderzoeksresultaten deze uitspraak ook onderbouwd.

Dit goed verzorgde proefschrift, waarvan het grootste deel reeds in de vorm van artikelen is gepubliceerd, is boeiende lectuur. Ongetwijfeld zal dit werk het grote aantal lezers krijgen, dat het verdient. Men kan alleen maar hopen dat de aanbevelingen die Van der Wal doet, bij de betreffende instanties ook gehoor zullen vinden.

J. Schuling

Hyperventilatie en paniek

Themanummer Directieve therapie (Dth). Van Dijck R, Van den Hout M, red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 129 bladzijden, prijs NLG 29,50. ISBN 90-313-1507-9.

Twijfels over de houdbaarheid van de hyperventilatietheorie is blijkens het Ten geleide de reden om een themanummer van het kwartaalschrift *Directieve therapie (Dth)* te wijden aan hyperventilatie en paniek. Het nummer is opgebouwd uit zeven artikelen, twee casuïstische mededelingen en een notitie. De redacteurs verzorgen een Ten geleide en een Nawoord.

Garssen et al. wijden een literatuuroverzicht aan de behandeling van het hyperventilatiesyndroom (HVS) en de validiteit van het HVS-model. Die validiteit is gaan wankelen door recent onderzoek, waarbij bleek dat bij paniekaanvallen doorgaans geen belangrijke hyperventilatie kan worden aangetoond. Het gaat echter om twee studies (waarvan een nog niet gepubliceerd) met een beperkt aantal patiënten. Dat op het tegengaan van hyperventilatie gerichte therapieën in de praktijk wel werkzaam zijn, wordt toegeschreven aan specifieke factoren, zoals geruststelling, ontspanning en verhoging van het gevoel van controle.

De Beurs et al. beschrijven de resultaten van

een behandeling van patiënten met paniekstoornis en agorafobie. De behandeling bestaat uit twee delen, hyperventilatieprovocatie- en ademhalingsoefeningen, gevolgd door *exposu-re in vivo*. Het behandel-effect wordt voor ongeveer de helft behaald in het eerste deel van de behandeling. De Beurs et al. gaan in een tweede artikel in op enkele problemen bij het registreren van paniekaanvallen door patiënten.

Spinhoven et al. doen verslag van een onderzoek naar de onderlinge correlatie van diverse criteria voor de diagnose HVS. De belangrijkste conclusie is dat de symptoomherkenning tijdens een hyperventilatieprovocatietest (HVPT) niet samenhangt met fysiologische criteria voor het HVS. De validiteit van de HVPT als diagnostische procedure wordt sterk in twijfel getrokken. De HVPT hangt vooral samen met angst (en depressie).

Van den Hout et al. hebben verschillende angstpatiënten blootgesteld aan diverse angst-situaties en daarbij gekeken naar het optreden van hyperventilatie. De conclusie luidt kort en bondig: 'hyperventilatie is niet specifiek voor paniek-patiënten'. In het HVS-model is sprake van een zichzelf versterkende spiraal (hyperventilatie – lichamelijke sensaties – angst – meer hyperventilatie, enz.). De vraag is dan waarom een hyperventilatie/paniek-aanval niet eindeloos voortduurt. Van den Hout et al. hebben in het laboratorium bij gezonde vrijwilligers onderzocht wat er gebeurt wanneer men langdurig (anderhalf uur!) hyperventileert. Het verrassende resultaat is, dat de lichamelijke sensaties die door hyperventilatie worden opgewekt, geleidelijk verdwijnen als gevolg van habituatie en/of adaptatie.

De Jong bevestigt in een tweetal experimenten dat bange mensen de wereld op zo'n manier waarnemen, dat hun vrees wordt bevestigd of zelfs versterkt.

Een casuïstische mededeling van Roborgh et al. is gewijd aan het thema somatische aandoeningen bij psychiatrische patiënten. Van der Velden besteedt een casuïstische mededeling aan een langdurige behandeling van een jonge vrouw met paniekaanvallen, obsessies, depressies en een opeenstapeling van gezinstegen-spoed. Het geduld en mededogen van de therapeut zijn hartverwarmend. Uiteindelijk wordt de patiënte nog het best geholpen met farmacotherapie.

In het Nawoord gaan de redacteurs in op de bruikbaarheid van het HVS-model in de praktijk. Zij pleiten – heel pragmatisch – voor een aanvulling van het model met het element 'catastrofale gedachten'.

Al met al lijkt het belang van dit boekje voor de huisarts beperkt. Veel van het beschreven onderzoek heeft betrekking op een verwezen patiëntenpopulatie, en dat maakt generalisatie van de bevindingen naar de huisartspraktijk onmogelijk. Wat de huisarts van dit boekje kan leren is het volgende:

- niet alle paniekaanvallen berusten op hyperventilatie;
- de HVPT zegt niet veel over de aanwezigheid van het HVS;
- het HVS-model behoeft relativering.

Dat betekent mijns inziens niet huisartsen het HVS-model (al) rigouzeus overboord zouden moeten zetten.

B. Terluin

Gastroscopie op verzoek van de huisarts: gevolgen en therapeutisch beleid

Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht. De Wit NJ. Utrecht: Elinkwijk, 1992; 207 pagina's. ISBN 90-393-0224-3.

Gastroscopie op verzoek van de huisarts: determinanten van relevante uitslagen

Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht. Numans ME. Utrecht: Elinkwijk, 1992; 272 pagina's. ISBN 90-393-0214-6.

De geboorte van deze tweeling mag met vreugde worden aangekondigd: beide proefschriften zijn goed gezond en ogen fraai. Zij kwamen voort uit een evaluatiestudie waarin huisartsen gastroscopie als functie-onderzoek konden aanvragen. De opzet van die studie was quasi-experimenteel: de huisartsen die gebruik maakten van de geboden faciliteit, vormden de experimentele groep; degenen die dat niet deden, vormden de controlegroep. Het onderzoek strekte zich uit over 181 huisartspraktijken (286 huisartsen) en 5 ziekenhuizen (14 internisten, 4 gastro-enterologen) in de regio Utrecht. De prospectieve dataverzameling duurde twee jaar.

Gevolgen en therapeutisch beleid

Het proefschrift van Niek de Wit opent met een literatuuroverzicht over de kernbegrippen in zijn dissertatie: dyspepsie en gastroscopie, waarbij het huisartsgeneeskundig perspectief scherp in de gaten wordt gehouden. De bespreking van de methodologie is adequaat. De analyses hebben als eenheid enerzijds de verrichtingen (gastroscopie, c.q. röntgenaanvraag), anderzijds de huisartspraktijken. De verrichtingen worden, bij onderscheid naar experimente-

le en controlegroep, bestudeerd naar aantal, aanvrager (huisarts of medisch specialist), (ziekte)opbrengst en patintkenmerken. De praktijken zijn analyse-eenheid ten aanzien van veranderingen in aantal aanvragen en effecten op het medicamenteuze beleid.

In de twee jaar vóór de start van het project vond amper 5 procent van alle gastroscopieën (n=3117) plaats op verzoek van de huisarts; in de experimentele periode was dat 18 procent van alle gastroscopieën (n=3868). De toename van het totaal aantal gastroscopieën met 24 procent komt overeen met een landelijke trend en is dus niet een effect van de nieuw geboden faciliteit. Bovendien werd de stijging gecompenseerd door een daling met 25 procent van de röntgenonderzoeken (ook conform een landelijke trend). Gemiddeld steeg het aantal gastroscopieën per praktijk per jaar van 6 – zelden door de huisarts aangevraagd – naar 8 waarvan 2 op verzoek van de huisarts.

De gastroscopieën die op verzoek van de huisarts werden verricht, leverden 7 procent meer relevante bevindingen op dan de gastroscopieën na verwijzing. Met name werden (significant) meer ulcera duodeni en (niet significant) meer maligniteiten gevonden (76 maligniteiten in 2 jaar op een populatie van 570.000). De röntgenonderzoeken (van oesofagus en maag) daalden van gemiddeld bijna 3 per praktijk per jaar naar ruim 2, met name in praktijken die voorheen frequent van deze methode gebruik maakten. De stijging van het aantal gastroscopieën (en, lijkt mij, van de aandacht voor maagklachten) leidde tot een toename van voorschriften voor H2-receptor-antagonisten en mucoprotectiva in de experimentele groep. Dit bleek een inhaaleffect, want het voorschrijven van deze middelen kwam hiermee op vrijwel hetzelfde niveau als in de controlegroep. Het aandeel van antacida bleef ongeveer de helft van de totale anti-dyspeptische medicatie uitmaken.

De vraag naar samenhang op praktijkniveau tussen de aantallen gastroscopieën, röntgenonderzoeken en medicatievoorschriften wordt in dit proefschrift niet beantwoord.

Determinanten van relevante uitslagen

Mattijs Numans analyseert in zijn proefschrift de diagnostische opbrengst van het project. Hij baseert zich op 861 patiënten – degenen die in de experimentele periode (laatste 2 jaar van het project) voor het eerst een gastroscopie ondergingen. Achtergrondgegevens, anamnese en indicatie waren door de huisarts op een aanvraagformulier genoteerd; de gastroscopie-uitslag kwam uit het ziekenhuis; het beleid van de

huisarts werd 2-6 weken daarna door de onderzoeker telefonisch nagegaan.

De analyses worden consequent en stapsgewijs opgebouwd: bivariaat worden de relaties tussen onafhankelijke variabelen en de gastroscopisch aangetoonde aandoening bestudeerd; multivariaat worden de significante variabelen, inclusief basiskennmerken en alarmsymptomen, geselecteerd voor voorspellingsmodellen; het risico op de gastroscopisch aangetoonde aandoening wordt met deze modellen berekend en uitgezet in een Receiver Operating Characteristic (ROC-curve, verband tussen sensitiviteit en specificiteit). Daarmee is het optimale punt te vinden voor de waarde waarbij een kenmerk of, in dit geval, de groep van kenmerken die het voorspellingsmodel vormden, optimaal onderscheid maakt tussen zieken van niet-zieken.

Met betrekking tot maligniteiten bleek de werkhypothese van de huisarts vaak te worden bevestigd, terwijl zelden een maligniteit werd gevonden als de hypothese ulcus of oesofagitis luidde. Van de onderzochten bleek 2,4 procent een maligniteit te hebben; bijna allen werden verwezen, en er vond weinig verandering van medicatie plaats.

Het ontwikkelde model voor het vinden van een maligniteit bevatte de volgende gegevens: leeftijd boven de 45 jaar, manlijk geslacht, 2 kg of meer afgevallen, passageklachten, afwezigheid van nachtelijke pijn, afwezigheid van zuurbranden overdag, geen belaste voorgeschiedenis, rookgedrag, en gebruik van H2-receptor-antagonisten ten tijde van de aanvraag van de gastroscopie. Bij een risico van 2 procent of meer op een maligniteit heeft dit model een sensitiviteit van 89,5 procent en een specificiteit van 79,3 procent. Een positieve testuitslag had in dit laatste geval een voorspellende waarde van 10 procent in de onderzochte groep; een negatieve testuitslag een voorspellende waarde van 99,7 procent. Hadden de huisartsen in dit onderzoek volgens dit model gewerkt, dan waren 300 minder gastroscopieën aangevraagd, ten koste van het missen van 2 van de 19 maligniteiten.

Voor peptische ulcera en oesofagitis bevat de dissertatie overeenkomstige bevindingen lezen; het kader van deze bespreking laat niet toe in te gaan op de vele interessante en relevante punten. De auteur vermeldt nauwkeurig waar de data niet compleet waren en waarschuwt tegen het generaliseren van de bevindingen naar alle patiënten met dyspepsie; uitgangspunt waren immers patiënten bij wie de huisarts op basis van een werkhypothese een gastroscopie aanvroe.

Selectief, gericht en doelmatig

Ik denk dat de belangrijkste conclusie uit het project is dat huisartsen gastroscopie in eigen beheer selectief, gericht en doelmatig kunnen gebruiken. Deze conclusie houdt een pleidooi in voor het creëren van een *open access*-situatie op andere plaatsen in Nederland. Ik denk dat een begeleide invoer, zoals in dit project, noodzakelijk is. Dat houdt onder meer in dat wordt aangegeven wat de optimale indicaties voor gastroscopie zijn, en in welke situaties men beter een röntgenonderzoek kan aanvragen dan wel een proefbehandeling kan geven. In een evaluatieve lokale bijeenkomst van huisartsen en participerende internisten en gastro-enterologen kunnen vervolgens de puntjes op de i worden gezet. Bij jaarlijkse herhaling hiervan zou men weleens een prachtig implementatiemodel in handen kunnen hebben.

Tot slot: het is indrukwekkend te zien hoe de twee auteurs als bekwame loodsen het schip van hun onderzoek in goede banen hebben weten te leiden. Geen sinecure, zoveel betrokkenen en zoveel data! Lezing van de intelligentie en integere verslaglegging van dit project is met warmte aan te bevelen.

E.H. van de Lisdonk

AANKONDIGINGEN

Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 1992-1993, 4 Hoogduin CAL, Schnabel P, Vandereycken W, et al., red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993; 269 bladzijden, prijs NLG 110,-. ISBN 90-313-1586-9.

Medische microbiologie. Leerboek voor bacteriologie, mycologie en parasitologie De dr. Verbrugh HA, Mouton RP, Polderman AM, red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 575 bladzijden, prijs NLG 139,-. ISBN 90-313-1394-7.

Leerboek infectieziekten Van Furth A, De Geus A, Hoepelman AIM, et al., red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 645 bladzijden, prijs NLG 119,-. ISBN 90-313-1155-3.

Oud in den vreemde. Over allochtone ouderen [Ouderdom en levensloop] Bakker MH, red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 198 bladzijden, prijs 37,50. ISBN 90-313-1301-7.