

Lipids and heart disease

A guide for the primary care team. Ball M, Mann J. Oxford: Oxford University Press, 1994; 169 pagina's, prijs GBP 16.95. ISBN 0-19-262495-4.

In de inleiding stellen de auteurs dat coronaire hartziekte nog steeds in belangrijke mate de morbiditeit en mortaliteit in de geïndustrialiseerde wereld bepaalt. Weliswaar wijzen studies erop dat de sterfte aan deze aandoening in de Verenigde Staten, Australië, Nieuw-Zeeland en West-Europa afneemt, maar in een groot aantal Oosteuropese landen stijgt deze juist.

De variatie in het voorkomen van coronaire hartziekte tussen populaties wordt voor een groot deel verklaard door het verschil in hoogte van het serumcholesterol- en serumtriglyceridegehalte. Een voedingspatroon met een hoog energiepercentage verzadigd vet leidt tot permanent te hoge bloedvetpiegels. Genetische afwijkingen in de vetstofwisseling zijn in een aantal gevallen van belang en zijn met name relevant bij personen die dagelijks een te vette rijke voeding gebruiken. Bovendien neemt het klinische belang van hyperlipidemie toe bij de aanwezigheid van additionele risicofactoren als roken, hypertensie, obesitas, gebrek aan lichaamsbeweging of diabetes mellitus.

Functie van voedingsvetten

Het eerste deel van het boek is gewijd aan de functie van voedingsvetten als bron van energie, en als fundamenteel onderdeel van de celmembraan en de hormoonstofwisseling. Het vettransport via de bloedbaan naar en van de weefsels met behulp van respectievelijk low density en high density lipoproteïne wordt uitgelegd. Simpel kan worden gesteld dat het LDL het cholesterol in de vaten doet neerslaan en dat HDL het cholesterol juist uit de bloedbaan verwijdt.

Ook worden epidemiologische gegevens belicht met de vraag welke serumcholesterolwaarden nu als te hoog moeten worden beschouwd in relatie tot de incidentie van coronaïresclerose, en of de LDL- en HDL-concentraties daarbij van belang zijn. Een optimale waarde blijkt niet te vinden; met het oplopen van de serumcholesterol en LDL-gehalten neemt het risico op het ontstaan van genoemde aandoening toe. Een relatief hoog HDL-gehalte beïnvloedt dit risico juist in gunstige zin.

De pathofysiologie van het ontstaan van atherosclerose komt uitvoerig aan de orde. Langzaam maar zeker wordt duidelijk dat dit proces begint bij micro-beschadigingen van de vaatwand. De onderliggende oorzaak hiervan

is onvoldoende bekend. Wel blijkt dat er neerslag plaatsvindt van diverse typen cellen op de beschadigde vaatwand, en dat zo de atherosclerotische plaque tot stand komt; het lumen vernauwt zich. Een verhoogd serumcholesterolgehalte draagt hier in belangrijke mate aan bij. Door de vorming van een thrombus kan vervolgens het betreffende bloedvat worden afgesloten.

De hamvraag of verlaging van de bloedlipiden het risico op het krijgen van coronaire hartziekten doet dalen, wordt breed belicht. Een van de meest directe methoden is het volgen van interventiegroepen met behulp van coronairangiografie. Het blijkt dat reeds na een relatief korte periode van één tot vijf jaar regressie van de atherosclerose is aan te tonen. Populatiestudies waarbij het resultaat van beïnvloeding van de bloedlipiden met behulp van voedingsmaatregelen en medicamenten wordt gerelateerd aan de afname van coronaire hartziekten, zijn veel lastiger te interpreteren. Weliswaar leidt een verlaagd cholesterolgehalte tot een afname van de morbiditeit en mortaliteit van hart-vaatziekte, maar de totale mortaliteit onder de bevolking daalt niet. De niet-cardiale mortaliteit met als oorzaak een geweldddadige dood – ongevallen, zelfmoord – geeft namelijk een stijging te zien. Dit doet zich met name voor bij cholesterolreductie met behulp van geneesmiddelen. Een verklaring voor deze steeds terugkerende bevinding is nog niet gevonden.

Een andere probleem dat zich voordoet bij de beoordeling van de resultaten van bevolkingsonderzoek, is de invloed van eerder genoemde additionele risicofactoren. Het is bijna onmogelijk onderzoek op te zetten waarbij voor alle relevant geachte factoren gecorrigeerd kan worden. Bovendien is de kennis onder de bevolking van risico's voor hart-vaatziekte zo toegenomen, dat nauwelijks meer een betrouwbare controlegroep is te selecteren.

Concluderend menen de auteurs evenwel dat er voldoende bewijs is dat verlaging van het serumcholesterolgehalte leidt tot een afname van de morbiditeit en mortaliteit van hart-vaatziekte. Dit geldt ook voor personen van middelbare leeftijd. Gelet op de onbegrepen stijging van de niet-cardiale mortaliteit, wordt geadviseerd de medicamenteuze interventie te reserveren voor personen met een hoog risico. Aan de verandering van leefwijze en voedingspatroon kleven geen gevaren.

Diagnostiek en behandeling

In het tweede deel van het boek wordt uitvoerig ingegaan op de diagnostiek en behandeling van hyperlipidemie. Allereerst wordt het belang

van de secundaire vorm besproken. Tal van onderliggende aandoeningen kunnen de serumcholesterol- en serumtriglyceridenwaarden doen stijgen. Diabetes mellitus, hypothyreoïdie, excessief alcoholgebruik en obesitas zijn hier voorbeelden van. Ook kunnen medicamenten als bèta-blokkers of corticosteroiden de vetstofwisseling ongunstig beïnvloeden. Het moge duidelijk zijn dat bij het vinden van afwijkende laboratoriumwaarden in de eerste plaats aan deze oorzaken moet worden gedacht.

Ook moet duidelijk zijn of er sprake is van een primaire, veelal genetisch bepaalde vorm van hyperlipidemie. Van deze relatief zeldzame vormen is de familiale hypercholesterolemie de bekendste. Naast een verhoogd serumcholesterolgehalte zijn soms klinische verschijnselen waarneembaar als een arcus senilis, xanthelasmata en xanthoma rond de pezen.

Ongeacht de oorzaak en de hoogte van het serumcholesterolgehalte is voedingsinterventie de basis van de behandeling. In geval van overgewicht is een verlaging van de energie-inname aangewezen. Geadviseerd wordt het lichaamsgewicht te laten dalen tot een Quetelet-index van 20-25 is bereikt. Voorts is het van belang het energiepercentage uit het totale voedingsvet te verminderen tot onder de 30 procent en een verschuiving aan te brengen van verzadigd (niet meer dan 10 procent) naar meervoudig onverzadigd vet. Ter compensatie van het verlies aan energie bij een lagere vetinname is het nodig de hoeveelheid koolhydraten in de dagelijkse voeding te verhogen tot circa 50 energieprocent. Met name de vezelrijke koolhydraten verdienen hier de voorkeur. Vermindering van overmatig alcoholgebruik is zeker aangewezen bij personen met overgewicht en bij degenen met een verhoogd serumtriglyceridegehalte. Vanzelfsprekend is het terugdringen van de hoeveelheid cholesterol in de dagelijkse voeding tot onder de 300 mg van belang.

Uitgangspunt van ieder advies is de noodzaak van voldoende kennis bij patiënten inzake de samenstelling van de dagelijkse voeding. Het blijkt uit onderzoek dat er nogal wat vooroordelen bestaan over eetgewoonten en dat veel personen met de beste bedoelingen precies het verkeerde voedingspatroon volgen. Een individuele begeleiding door een diëtist is dan ook vaak aangewezen. Voorbeelden van producten die minder of juist meer gegeten zouden moeten worden, zijn in een overzichtelijke tabel weergegeven. Gesteld wordt dat een nauwkeurige aanpassing van de dagelijkse voeding, een daling van het serumcholesterolgehalte met 20 procent mogelijk maakt. Wel is het van belang van tijd tot tijd het voedingspatroon te

evalueren teneinde ingeslopen fouten op te sporen.

Ook bij de noodzaak van medicamenteuze behandeling blijft het volgen van het dieet essentieel. Het blijkt namelijk dat beide behandelingen elkaar potentiëren. De galzuurbindende harsen en de cholesterolsyntheseremmers zijn de belangrijkste medicamenten die ook in combinatie gebruikt kunnen worden. Waar de noodzaak voor langdurige behandeling bestaat, is aandacht voor therapietrouw aangewezen; het ontbreken van een effect op korte termijn motiveert immers niet tot het langdurig gebruik van pillen. Het is de taak van de medicus en diëtist patiënten zodanig voor te lichten dat zij voldoende kennis van zaken hebben om de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid ook te kunnen nemen.

Opsporing

Deel drie van het boek staat in het teken van de opsporing. Enerzijds is er de populatiestrategie: interventie om het gemiddelde serumcholesterolniveau van de gehele bevolking te laten dalen ten einde een reductie te bewerkstelligen van de incidentie van hart-vaatziekte. Anderzijds is er de individuele benadering: het opsporen van personen die een relatief hoog risico lopen. Te denken valt aan personen met een belaste (familie)anamnese voor ischemische hartziekte, hypertensie, diabetes mellitus, obesitas of uitwendige kenmerken van een hoog serumcholesterolgehalte, zoals een arcus senilis of xantheleasmatata.

Een andere vorm van individuele screening is het controleren van iedereen die de huisarts bezoekt, ongeacht de reden van het consult. De auteurs stellen dat in vijf jaar 90 procent van de praktijkpopulatie op deze wijze wordt gezien. Wel onderkennen zij het probleem dat mogelijk de hoogste risicodragers – jong-volwassen mannen en mannen van middelbare leeftijd – het spreekuur nauwelijks bezoeken. Bovendien is het ruiten van patiënten niet voldoende: adviezen ter beïnvloeding en het vervolgen van deze personen in de tijd, zijn uiteraard van essentiële betekenis. De praktijkvoering dient hierop te worden ingesteld. De effectiviteit van interventie hangt hier ten nauwste mee samen.

Praktische tips

In het laatste deel van het boek worden praktische tips gegeven. Allerlei vragen die bij patiënten leven, worden beantwoord. Voorbeelden hiervan zijn: wat is familiale hypercholesterolemie, slaat deze ziekte weleens een generatie over, en hoe kan ik een gezond voedingspatroon voor mijn kinderen aantrekkelijk ma-

ken? De auteurs zouden geen voedingskundigen zijn als zij het boek niet zouden besluiten met een aantal recepten en adviezen voor eten buitenshuis.

Samenvattend: een overzichtelijk boek zonder veel nieuwe, opzienbarende informatie. Wel is het handig dat alles over vet in relatie tot hart-vaatziekte aan de orde komt. In die zin is het een waardevol werk voor huisartsen. Het blijkt immers steeds weer dat de dokter met kennis van zaken de overtuigingskracht heeft zijn patiënten te motiveren hun leefwijze ingrijpend of juist maar een beetje te veranderen. Dit laatste is zo mogelijk nog belangrijker in deze tijd van cholesterolgekte.

J.J. van Binsbergen

Report of the Inner City Task Force

Lorentzon M, Jarman B, Bajekal M. Occasional Paper 66. London: The Royal College of General Practitioners, 1994; 53 bladzijden, prijs GBP 11.-.

De door huisartsen ervaren werklust hangt nauw samen met allerlei situatieve belemmeringen voor een goede praktijkvoering. Die belemmeringen zijn de resultanten van complexe interacties tussen vele variabelen, die grofweg zijn onder te brengen in twee rubrieken. Allereerst zijn dat populatiefactoren: epidemiologisch (extra morbiditeit) en demografisch (vooral sociaal-economische achterstand, mobiliteit en etnische diversiteit). Tussen deze factoren bestaan aanzienlijke correlaties, met name de verbanden tussen ontbering ('deprivation') en ongezondheid. In de tweede plaats zijn er de factoren die betrekking hebben op de context, de organisatie van de gezondheidszorg ter plekke (zoals geleedheid van eerste lijn, tweede lijn en geestelijke gezondheidszorg). Bij een cumulatie van ongunstige waarden voor genoemde variabelen ontstaan grote problemen, zoals zich het duidelijkst manifesteert in de achterstandsbuurten van grote steden.

Onze Britse collega's hebben een voor-sprong bij het – ook letterlijk – in kaart brengen van dit vraagstuk. In 1983 ontwikkelde Jarman zijn 'Underprivileged Area Score' (UPA) ter identificatie van gebieden waar bepaalde sociale populatiekenmerken zouden samenhangen met een grotere druk op de eerste lijn; de UPA moest een objectieve maatstaf leveren voor een selectief beleid ten aanzien van een situatief bepaalde verhoogde werklust. Na een uitgebreid oriënterend onderzoek werd een achttal 'social factors' geselecteerd: alleenwonende

bejaarden, kinderen <5 jaar, eenoudergezinnen, ongeschoolden, werklozen, woningtekort, migratiegraad en etnische minderheden. Tevens werd een methode om hieruit op kiesdistrict-niveau (gemiddeld 5000 mensen) de UPA-score te berekenen vastgesteld en gevalideerd. Deze UPA-score heeft inderdaad geleid tot financiële compensatie van vele huisartsen in moeilijke praktijkgebieden – geen gering resultaat in het Thatcher-tijdperk.

Het hier besproken rapport is een volgende etappe. Het accent is verschoven van ervaren werklust naar ervaren belemmeringen voor een goede praktijkvoering, van probleemdefiniëring naar suggesties voor oplossingen, van alleen financiële compensatie naar meer inhoudelijke aanbevelingen.

Eerst wordt een overzicht van de relevante Britse literatuur gegeven, zowel ten aanzien van algemene aspecten van gezondheid en sociaal-economische ongelijkheid, als ten aanzien van specifiekere problemen die huisartsen in stedelijke achterstandsbuurten aangaan, zoals zorg voor thuislozen en aids-patiënten, omgaan met drugsverslaafden, het realiseren van toereikende praktijkruimten, of het omgaan met 24-uurs verantwoordelijkheid voor patiënten in het licht van stijgende vraag en toeneemende gewelddadigheid jegens werkers in de eerste lijn. Dan wordt verslag gedaan van een peiling naar de meningen van beleidsmakers en van de plaatselijke afdelingen van het College, die gevraagd werden naar hun perceptie van plaatselijke deprivatie, de belangrijkste problemen aangaande huisartsgeneeskunde, suggesties ter verbetering, innovatieve projecten en financiering daarvan.

Vervolgens komt de hoofdmoot van het rapport aan bod: methoden en resultaten van een nieuwe enquête onder 10 procent van alle Britse huisartsen, met twee gesloten en twee open vragen:

- Wat is uw perceptie van de eventuele sociaal-economische achterstand in uw praktijkgebied (geen/matig/ernstig)?
- Noem drie obstakels voor goede praktijkvoering op uw plek.
- Geef suggesties ter verbetering van de huisartsgeneeskundige zorg in de binnensteden.
- Beschrijf u bekende projecten die gericht zijn op de onderhavige problematiek, alsmede de financiering van die projecten.

De respons bedroeg slechts 17 procent. Omdat de steekproef desondanks noch geografisch, noch naar deprivatiegraad vertekend bleek, werd hij niettemin representatief geacht. De ervaren deprivatiegraden van de praktijkgebie-

den kwamen zeer wel overeen met de UPA-scores.

De vier meest genoemde obstakels voor goede praktijkvoering bleken:

- laaggeschoolde en laaggemotiveerde patiënten;
- armoede, arbeidersklasse;
- tijdgebrek, overwerk;
- gebrek aan financiering, middelen en staf.

Opmerkelijk was dat deze toppers onafhankelijk bleken van de deprivatiegraad van de praktijkgebieden van de respondenten.

De meest genoemde thema's aangaande verbetering van de huisartsgeneeskunde in de binnensteden waren: meer menskracht in alle eerstelijns disciplines, meer aan huisartspraktijken gedetacheerde experts (vooral op specifieke psychosociale terreinen), betere gezondheidsvoorlichting en -opvoeding ter bevordering van realistische verwachtingen van de eerste lijn, en kleinere normpraktijk in achterstandsgebieden. Huisartsen in de meest gedeprievde praktijkgebieden stelden inhoudelijke vernieuwingen van praktijkvoering op de tweede plaats. Zij waren zeer in beslag genomen door de problematiek van bereikbaarheid- en beschikbaarheid buiten kantooruren ten behoeve van 'moeilijke' populaties. Huisartsen in matig gedeprievde gebieden, die minder aan 'fire-fighting' behoeven te doen, legden zich meer toe op het aantrekken van aanvullende expertise.

De projecten waarover werd gerespondeerd, vormen een bonte verzameling. Ze zijn voor een deel te rubriceren naar de bovengenoemde thema's. Andere worden gerubriceerd als 'innovatief'; daaronder vallen initiatieven ten aanzien van externe waarneming buiten kantooruren (eerstelijns hulpposten) en ten aanzien van transmurale activiteiten. Tenslotte is er een lange lijst 'diversen': vooral categorale projecten van allerlei aard.

Voor zover contactpersonen waren opgegeven, werden de projecten nader verkend, telefonisch dan wel door visitatie. Belangrijkste criteria van beoordeling waren: nut voor werkers in de eerste lijn, nut voor patiënten, overdraagbaarheid en mogelijkheid tot financiering op langere termijn.

Tenslotte trekt de werkgroep uit het verkregen materiaal haar conclusies, die alle worden vertaald in beleidsaanbevelingen met betrekking tot organisatie en hulpverlening:

- Met betrekking tot hogere beleidsniveaus:
 - erkenning dat huisartsen geen invloed hebben op (al weer vele jaren toenemende) sociaal-economisch bepaalde gezondheidsverschillen; dus aanvullend beleid;

- in meer achterstandsgebieden financiële tegemoetkoming aan huisartsen c.q. praktijkverkleining;
- huisartsen invloed geven op allocatie van tweedelijnszorg aan binnensteden;
- bevorderen van realistische verwachtingen van het publiek ten aanzien van de eerstelijns gezondheidszorg.
- Met betrekking tot lagere beleidsniveaus:
 - koepelorganisaties in de eerste lijn moeten huisartsen bijstaan, onder meer bij de ontwikkeling van multidisciplinaire teams;
 - uitbreiding van het takenpakket (bijvoorbeeld ten aanzien van preventie) mag niet ten koste gaan van de directe noodzaak van het behandelen van zieken;
 - verbetering van externe waarneming buiten kantooruren;
 - bestand van op afroep beschikbare personen met diverse bekwaamheden met betrekking tot psychosociale hulp;
 - behoud van cultureel toegankelijke aanspreekpunten in de eerste lijn voor oudere allochtonen.
 - Met betrekking tot huisartsen en andere werkers in de eerste lijn:
 - leren omgaan met agressieve patiënten;
 - gerichte nascholing ten aanzien van hiv;
 - waken voor selectie op minder bewerkelijke patiënten (in het Verenigd Koninkrijk actueel in gebudgetteerde praktijken);
 - informatie en bewustmaking ten aanzien van kwetsbare groepen patiënten (tegenaan van 'victim blaming').

Dit is een zeer informatief rapport, waarin een goed evenwicht is bewaard tussen reikwijdte, exactheid en praktische relevantie. Het is ook van belang voor Nederlandse huisartsen en hun beroepsorganisaties, omdat de positie van de Britse collega's voldoende met de onze overeenkomt, en de problemen van de grote steden in beide landen vergelijkbaar zijn. Verschillen, zoals de NHS-structuur, de speciale aspecten van gigant Londen, de verloskundige organisatie, de dominante positie van gezondheidscentra, of het fenomeen van de gebudgetteerde praktijk, zijn gemakkelijk uit te zeven. Het almaar terugkerende woord 'deprivatie' moeten wij in deze betekenis in Van Dale krijgen. 'Inner city' lijkt mij daarentegen als sleutelwoord iets minder geschikt; 'achterstandsbuurt' laat ruimte voor het feit dat de grootste problemen vaak buiten het hartje van de grote stad optreden.

De beslissing om voor de enquête naar obstakels voor een goede praktijkvoering een steekproef uit de totale beroepsgroep te nemen,

in plaats van alleen uit de huisartsen die in bekende achterstandsgebieden zijn gevestigd, was binnen de 'task force' omstreden, maar volgens mij zeer juist. De problematiek moet op nationaal niveau getild worden, boven de plaatselijke noodkreten uit, omdat de relevante factoren een continue verdeling kennen en zich dus van plaats tot plaats, zowel kwalitatief als kwantitatief, in allerlei combinaties kunnen doen gelden. Bovendien is voor elk selectief beleid (herallocatie van middelen) een nationaal draagvlak nodig.

Voorbeeldig is de betrokkenheid van het College. In het voorwoord wordt gesteld dat driekwart van de Britse bevolking nu in steden woont, dat deprivatie en de invloed daarvan op de gezondheid de belangrijkste problemen van de achterstandsbuurt zijn, dat de meeste energie van het College ten goede moet komen aan zorg van hoge kwaliteit voor degenen die deze zorg het meest behoeven, en dat huisartsen in achterstandsgebieden alle mogelijke steun verdienen. Voorbeeldig is ook dat de research van Jarman c.s. al vele jaren met name wordt ondernomen vanuit een gezondheidscentrum in een Londense achterstandsbuurt, dat met andere woorden een vakgroep huisartsgeneeskunde (St Mary's Hospital Medical School) de noden van haar lokatie tot onderzoekslijn heeft genomen.

J.D. Querido

Wat zou u doen?

Medisch-ethische casuïstiek met commentaren. Dupuis HM, De Beaufort ID, Van der Does E, et al., red. Houten, Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994; 264 pagina's, prijs NLG 55,-. ISBN 90-313-1628-8.

Het laatste decennium is de aandacht voor ethische en - in het voetspoor daarvan - gezondheidsrechtelijke dilemma's in de geneeskunde sterk toegenomen. De vele publikaties over deze thema's zijn overwegend theoretisch of beschouwend van aard. Zij maken het de medicus practicus over het algemeen niet gemakkelijk zich voor te stellen hoe men in de praktijk met dergelijke dilemma's om zou kunnen gaan.

De redactie van dit boek heeft getracht in deze leemte te voorzien door het presenteren van 38 casus waarin een ethisch probleem aan de orde is, en elke casus steeds door twee auteurs - een arts en een ethicus, jurist of psycholoog - te laten commentariëren. Maar liefst 64 auteurs treden als commentator op. De problemen zijn onderverdeeld in zes hoofd-

groepen met als thema's: zwijgplicht, begin van het leven, eind van het leven, wilsonbekwame patiënten, grenzen aan de zorg, en de menselijke 'zwakheden' van de arts. In het voorwoord wordt erop gewezen dat het boek bedoeld is om de lezer te prikkelen tot verheldering van zijn eigen opvattingen en morele principes. Er worden geen kant-en-klare oplossingen voor de gepresenteerde dilemma's geboden, maar argumenten en overwegingen op grond waarvan de lezer een in zijn ogen verantwoorde keuze kan maken. Wel reikt de redactie een 'ethisch stappenplan' aan als denkkader: herkenning, definiëring en analyse van het dilemma, benoeming van de morele principes en uitgangspunten in de casus, inventarisatie van oplossingsstrategieën, toetsing daarvan aan relevante principes, en het maken van een keuze.

De casus in het boek zijn volgens de redactie uit het leven gegrepen. Vooral huisartsen, maar ook andere artsen, zullen vele ervan herkennen. Sommige zijn min of meer alledaagse problemen, sommige zeer zeldzaam, andere komen we met enige regelmaat tegen in de pers of de talkshows op de televisie. Enkele voorbeelden:

- Een vrouw die een kind maar geen partner wil, en verzoekt om kunstmatige inseminatie met donorzaad. Moet de arts meewerken?

De ene commentator, ethicus, concludeert dat er op zijn minst twijfel bestaat of het goed is voor het kind om één ouder te hebben, en dat de arts op grond van deze twijfel niet moet ingaan op het verzoek (in dubio abstine). De andere commentator, eveneens ethicus, oordeelt niet. Zij vindt het argument van de eerste commentator niet verdedigbaar, en schetst de mogelijke gevolgen (vercommercialisering van kunstmatige inseminatie) als medici geheel zouden afzien van hulp bij dit soort verzoeken.

- Een jong paar wil na tien jaar hard werken een – lang verbeide – grote reis maken. Kort voor vertrek ontdekt de vrouw dat zij, ondanks pilgebruik, zwanger is. Zij blijkt een paar dagen ziek te zijn geweest. Een zwangerschap nu was niet gepland. Zij willen een abortus.

De arts-commentator stelt dat een gesprek met de huisarts over een aantal kwesties zou moeten plaatsvinden (was de zwangerschap misschien onbewust bedoeld; wil ze nog wel op reis; hoe staat zij tegenover abortus?), voordat de beslissing valt. De jurist-commentator oordeelt dat het belang van de vrouw (de reis maken) niet op kan wegen tegen het belang van de bescherming van het ongeboren leven. Zij meent dat uit de Wet Afbreking Zwangerschap kan worden afgeleid dat de arts zich op een hellend vlak begeeft als hij meewerkt met abortus op deze grond.

- Een bejaarde man is na een beroerte geheel verlamd en buiten bewustzijn. Hij wordt beademd. Na tien dagen overwegen de zoon en de arts of de beademing niet moet worden gestopt. De dochter, die in het buitenland woont en even is overgekomen, is daar fel tegen.

In essentie zijn de arts- en de jurist-commentator het met elkaar eens: als in collegiaal overleg en op grond van duidelijk afgesproken criteria tot een weloverwogen oordeel is gekomen dat voortzetting van de beademing medisch zinloos is, dient deze te worden gestaakt, los van de mening van de familie.

- Een jongen en een meisje in een tehuis voor zwakzinnigen zijn verliefd en hebben een seksuele relatie. Ze willen graag de zorg voor een 'echt' kindje hebben. Zij krijgt de prikpil, maar verzet zich daar hevig tegen. Om zwangerschap te voorkomen, eisen haar ouders van de instelling dat de jongen gesteriliseerd wordt; de moeder van de jongen is daar tegen.

De arts-commentator schetst een in veel instellingen bestaand uitgangspunt, dat voortplanting bij bewoners die niet tot opvoeding van kinderen in staat zijn, voorkómen moet worden. Hij is het daarmee eens, maar bepleit wel een zorgvuldige procedure bij de toepassing van dit uitgangspunt. De ethicus pleit voor een uitvoerige analyse van de problematiek en vindt dat procedurele uitgangspunten te beperkt zijn om dit probleem tot een oplossing te brengen.

- Een patiënte met vage buikklachten heeft seksuele avances gemaakt jegens haar mannelijke gynaecoloog. Hij is daar niet op ingegaan, en heeft het ook niet met haar besproken. Wel heeft hij op haar uitdrukkelijk verzoek haar borsten onderzocht, omdat zij daar iets voelde. Nu heeft zij een klacht tegen hem ingediend wegens ongewenste intimiteiten.

De arts-commentator meent dat deze situaties uiterst zeldzaam zijn. Hij oordeelt dat de gynaecoloog kennelijk in gebreke is gebleven door het gedrag van de patiënte niet te bespreken, en daardoor de klacht in feite aan zichzelf te wijten heeft. De psycholoog komt tot hetzelfde oordeel, op grond van de mening dat de gynaecoloog de psychologische en communicatieve kanten van de klacht ('vage buikklachten') heeft genegeerd.

Deze voorbeelden doen geen recht aan de uitvoerige analyses van de auteurs, maar geven wel een indruk van het scala van invalshoeken en overwegingen die in de commentaren figureren, en die behalve door de aard van de casus in hoge mate bepaald worden door de uiteenlopende disciplines en denkwijzen van de au-

teurs. Door het feit dat de vele commentatoren lang niet allemaal het 'ethische stappenplan' volgen en aanzienlijk van aanpak, stoffengte en mening verschillen, lijkt het boek bij oppervlakkige lezing een bos dat door de talrijke bomen niet meer kan worden gezien. Oppervlakkig lezen is echter niet de aangewezen weg om enige wijsheid op dit moeilijke terrein te vergaren. Dit boek biedt voor alle praktizerende (huis)artsen veel materiaal ter bezinning, dat via de index gericht kan worden opgezocht en vervolgens nauwkeurige lezing verdient. Het grote aantal auteurs blijkt daarbij een garantie te zijn voor een steeds weer frisse kijk op de gepresenteerde problemen. De lezer behoeft het met hun overwegingen, redeneringen en oordelen niet eens te zijn, maar zijn eigen oordeelsvermogen wordt erdoor gescherpt. Wat mij betreft is daarmee de doelstelling van het boek ruimschoots gehaald. Van harte aanbevelen.

Lode Wigtersma

LITERATUURINFORMATIE

Publicaties in Huisarts en Wetenschap zijn op vier wijzen achterhaalbaar:

- De *jaarregisters*, die steeds in januari of februari over de afgelopen jaargang worden toegezonden aan de abonnees.
- Het *cumulatief register* 1972-1991, dat te bestellen is bij het bureau van het NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881.700, fax 030-870.668. In dit register treft men overzichten aan naar auteur, thema en trefwoord.
- Het elektronisch *Indexprogramma* van het NTvG. De jaargangen 1972-1994 van Huisarts en Wetenschap zijn toegankelijk met behulp van een personal computer (80286 AT processor, MS-DOS versie 3.3 of hoger, intern geheugen 448 Kb). Zoeken van artikelen is mogelijk op titel, auteur en trefwoorden. Te bestellen bij Meerschap automatisering, Vossiusstraat 15, 1071 AC Amsterdam; telefoon 020-671.5336, fax 020-664.8601. De prijs van het indexprogramma inclusief de jaarindexen van het NTvG 1986-1994) en die van H&W (1972-1994) bedraagt NLG 92,75.
- De *documentatieservice* van het redactiesecretariaat van H&W, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; telefoon 030-881.700, fax 030-870.668. De prijs van zoekopdracht bedraagt minimaal NLG 15,- (exclusief porti), NLG 5,- per trefwoord of per A4.