

## Hulpverlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding?

- 3 Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 4 Njoo KH. A Medline search for publications generated by Dutch family medicine. Huisarts Wet 1993; 36(Suppl): 42-8.
- 5 Rutten GEHM, Thomas S. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 6 Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996.
- 7 Dutch national survey of general practice; a portfolio. Utrecht: Netherlands institute of primary health care, 1995.
- 8 Meijman FJ. Kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1993.
- 9 Hofmans EA. Incidentie- en prevalentiecijfers uit vijf huisartsregistratiesystemen. Verslag van een pilot-onderzoek. Amsterdam: MediTekst, 1997.
- 10 Basistakenpakket LHV-Vademecum. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1988.
- 11 Meijman FJ. Vergeten kleinoden. Een selectie uit 201 onbeantwoorde vraagstellingen voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts Wet 1995; 38: 461-4.
- 12 Grundmeijer HGLM, Rutten GEHM. Leerdoelen in de huisartsgeneeskunde. Invulling van het raamplan 1994 artsopleiding. Rapport van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde Basiscurriculum. Utrecht: De Tijdstroom, 1996.
- 13 Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. BMJ 1996; 312: 1215-8. ■

### Moreel onderscheid

Naar aanleiding van de casusbespreking 'Hulpverlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding?'<sup>1</sup> wil ik een drietal kanttekeningen plaatsen.

Een veel voorkomende misvatting blijkt uit Van Duijn's uitspraak dat de wet een arts verbiedt aanwezig te zijn bij een zelfdoding. Dit is onjuist, zoals blijkt uit een arrest van de Hoge Raad (5 december 1995), waaruit blijkt wat onder *strafbare* hulp bij zelfdoding valt en wat nog niet. Louter aanwezigheid bij de zelfdoding valt voor ons hoogste rechtscollege onder *morele steun* bieden en is daarmee *geen* strafbare hulp. Dit wordt bevestigd door het gegeven dat het Openbaar Ministerie nooit vervolging heeft ingesteld tegen de maatschappelijk werker Hilarius, die heeft verklaard meermalen aanwezig te zijn geweest bij de zelfdoding van mensen die hem om morele steun hadden gevraagd. De individuele arts heeft dus ruimte om in dezen zijn eigen morele keuzen te maken.<sup>2</sup>

Vervolgens spreekt Van Duijn als zijn mening uit dat de arts niet op de hoogte mag zijn van het voorgenomen moment van zelfdoding, omdat dit 'meedoen door niets te doen' zou zijn. Voor zover dit zijn persoonlijke keuze is, staat hem dit vrij. De suggestie dat dit wettelijk niet mag, is echter onjuist en bovendien professioneel twijfelachtig. *Sengers* heeft beargumenteerd dat hij in dergelijke situaties juist op de hoogte diende te zijn van het voorgenomen moment van zelfdoding.<sup>3</sup> Van belang is dat deze stellingname niet is weersproken door de Geneeskundige Inspectie.

Anderzijds blijkt Van Duijn wél bereid de middelen voor te schrijven waarmee zijn patiënt suïcide zal plegen. Ik heb twijfels bij een dergelijke keuze. Indien een patiënt zichzelf met de voorgeschreven middelen doodt, is er op zijn minst sprake van daadwerkelijke hulp bij zelfdoding, doordat de arts bewust een daad heeft gesteld die de uitvoering van de voorgenomen zelfdoding effectief mogelijk maakte. En dat is tot op heden volgens de wet strafbare hulp, en volgens de KNMG een brug te ver.<sup>4</sup> Althans, zolang niet aantoonbaar is voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen.

Van Duijn en ik zijn het op één punt eens: een arts behoort niet weg te lopen wanneer een patiënt hem deelgenoot maakt van het beredeneerde voornemen tot zelfdoding. Een ander aspect komt in zijn artikel echter niet uit de verf: het morele, niet-juridische onderscheid (dat ook de Hoge Raad in bovengenoemd arrest heeft erkend) tussen enerzijds morele steun bieden bij de uitvoering van de zelfdoding en

anderzijds daadwerkelijk behulpzaam zijn bij de uitvoering, bijvoorbeeld door effectieve middelen voor te schrijven. Daarmee overschrijdt de arts de morele grens tussen hulpverlening aan een patiënt met een doodswens en hulp bij zelfdoding. Onduidelijk is mij of een dergelijk voorschrijfgedrag ook aan de lijkshouwer gemeld hoort te worden. Helderheid hierover van de zijde van de KNMG is zeker gewenst.

B.E. Chabot

- 1 Van Duijn NP. Hulpverlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding? Een casus. Huisarts Wet 1996; 39: 616-8.
- 2 Chabot BE. Sterven op drift. Nijmegen: SUN, 1996.
- 3 Sengers W. Hulp bij persisterende doodswelangen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1993; 48: 282-9.
- 4 KNMG. Standpunt inzake euthanasie. Utrecht: KNMG, 1995.

### Een juridische visie

In het artikel 'Hulpverlening voor wie dood wil, of hulp bij zelfdoding?' stelt Van Duijn vijf vragen aan de orde. Uit recente uitspraken van Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT), Gerechtshof Den Haag (Hof) en Hoge Raad (HR) kunnen antwoorden op vier daarvan worden afgeleid.<sup>1-4</sup> Deze uitspraken hebben betrekking op een arts die in 1991 te hulp was geroepen door een patiënt die wilde sterven, terwijl de huisarts en de specialisten niet bereid waren te voldoen aan zijn verzoek om hulp bij zelfdoding. Deze arts moest het verzoek om hulp bij zelfdoding afwijzen, omdat zij niet kon voldoen aan de zorgvuldigheidseisen. De arts besloot op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt aanwezig te zijn bij diens zelfdoding, waarvoor de patiënt zelf alle voorbereidingen had getroffen.

Artikel 294 Wetboek van Strafrecht luidt: Hij die opzettelijk een ander tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfmoord volgt, gestraft met..., enz.

Het Openbaar Ministerie had bij het Hof ook handelingen van de arts die zij had verricht voor de dag waarop de zelfdoding plaatsvond (zoals het geven van informatie over medicijnen en de plastic-zakmethode) aangevoerd als strafbare feiten. Het Hof oordeelde echter dat behulpzaamheid bij zelfmoord alleen dan strafbaar is, indien deze plaatsvindt *tijdens* het plegen van de zelfmoord. Het Openbaar Ministerie heeft

### NOTA BENE

Gebrek aan wetenschappelijk 'bewijs' voor het klinisch handelen op een bepaald gebied betekent niet dat elke praktijkbeslissing dan gerechtvaardigd is.

Stelling bij: Stoevelaar HJ. Management of benign prostatic hyperplasia: practice variation and appropriateness of care [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.

geen cassatie ingesteld tegen deze beperkende uitleg. De Procureur-Generaal bij de HR heeft hierin geen aanleiding gezien om er ambtshalve een grond van cassatie van te maken, en ook de HR zelf heeft geen bezwaar gemaakt tegen deze uitleg. We mogen dus aannemen dat de HR instemt met de beperkende uitleg van het Hof.

Over het aanwezig zijn en het informatie geven *tijdens* de zelfdoding oordeelde het Hof, dat het enkel aanwezig zijn bij iemands zelfdoding is op te vatten als het bieden van morele steun; het verlenen van bijstand in uitsluitend die vorm is geen behulpzaamheid in de zin van artikel 294. Ook het geven van vrijblijvende informatie aan de betrokkene is geen hulp in de zin van dat artikel. Informatie in de vorm van een instructie of 'regie-aanwijzing' is dat wel. De HR heeft deze uitleg van het Hof bekrachtigd.

Het strafrechtelijk antwoord op de eerste vraag – 'Is praten over alle mogelijke zelfdodingsmethoden geoorloofd, inclusief attent maken op zelfhulpboeken voor zelfdoding?' – luidt dus: ja.

De vragen 3, 4 en 5 waren: 'Mag de huisarts het zo iemand gemakkelijk maken door af te spreken dat hij de patiënt na overlijden zal vinden en niet iemand anders; mag dit laatste ook, als dit aanbod de laatste belemmering voor zelfdoding wegneemt?', 'Mag de huisarts weten wanneer de zelfdoding plaatsvindt en dan niets doen?' en 'Mag de huisarts aanwezig zijn bij een dergelijke zelfdoding?'

In dit geval ging het niet om een huisarts, maar om een arts die door de patiënt als medebehandelaar te hulp was geroepen. De afspraak die de patiënt met deze arts had gemaakt, betrof de meest vergaande vorm van hulpverlening: het aanwezig zijn. Noch het Hof, noch de HR heeft de arts een verwijt gemaakt van haar aanwezigheid. Ik ken geen regel en zie ook geen reden op grond waarvan een huisarts anders behandeld zou moeten worden dan de medebehandelend arts uit dit geval. Het strafrechtelijk antwoord op de overige drie vragen dient dan ook te luiden: ja.

Tenslotte het tuchtrechtelijk antwoord. Het CMT is kort en voorzichtig in zijn overweging en oordeel: 'Als arts heeft zij de heer ... advies gegeven over de zelfdoding' en 'Het CMT gaat er van uit dat zij hulp heeft verleend bij zelfdoding'. Het CMT heeft de arts berispt, mede in verband met een verwijt in een tegelijkertijd behandeld ander geval.

Het CMT oordeelde voordat de strafrechter

uitspraak had gedaan. Het heeft dus geen rekening kunnen houden met de uitleg die de strafrechter heeft gegeven aan de woorden 'behelpzaam zijn bij'.

Zou het CMT een genuanceerder oordeel hebben gegeven over wat wel en niet onder 'hulp' dient te worden verstaan, indien zijn uitspraak na die van de HR zou zijn gevallen?

Ik denk van wel. De woorden 'Het CMT gaat ervan uit dat de arts hulp heeft verleend bij zelfdoding' geven mijns inziens aan dat het CMT zich heeft laten leiden door de vraag of de geboden hulp strafrechtelijk niet door de beugel kon. Omdat de strafrechter zich daarover nog niet had uitgesproken, heeft het CMT gebruik gemaakt van een veronderstelling ('Gaat er van uit...'). Indien het CMT van mening zou zijn geweest dat het begrip 'hulp' in tuchtrechtelijk opzicht een eigen inhoud dient te hebben, dan had het niet de veronderstellende tekst gebruikt, maar met ronde woorden de eigen opvatting gegeven.

Indien mijn mening juist is, mag worden aangenomen dat na de uitspraken van Hof en HR de vragen 1, 3, 4 en 5 ook in tuchtrechtelijke zin bevestigend beantwoord moeten worden.

De tweede vraag – 'Mag slaaptabletten voorschrijven wel voor slapeloosheid, maar niet als het bedoeld is voor zelfdoding?' – was in deze uitspraken niet aan de orde. Mijn antwoord luidt: wél als de patiënt aan slapeloosheid lijdt, niet als de middelen bedoeld zijn voor zelfdoding. Met dat laatste zou de arts duidelijk artikel 294 overtreden.

Mr. D.G. Jansen

- 1 Van Duijn NP. Hulpverlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding? Huisarts Wet 1996; 39(13): 616-8.
- 2 Centraal Medisch Tuchtcollege 16-6-1994. Med Contact 1994; 47: 1507-10.
- 3 Gerechtshof Den Haag 7-9-94. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1994; 8: 492-8.
- 4 Hoge Raad 5-12-95. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1996; 3: 153-6.

### Naschrift

De discussie spitst zich toe op twee thema's: aanwezig zijn bij de zelfdoding en het voorschrijven van middelen. Daarnaast wil ik kort reageren op de kwestie arts dan wel eigen huisarts.

Uit de reactie van Jansen blijkt dat de juridische grenzen met betrekking tot de aanwezigheid bij zelfdoding ruimer zijn dan de grenzen

die ik voor mijzelf heb getrokken. Bovendien ben ik geneigd ook anderen af te raden om aanwezig te zijn bij een zelfdoding in een 'klaar met leven'-situatie. Juist in een dergelijke situatie zullen er vaak geen anderen bij zijn. De patiënt sterft, en alleen het verslag van de huisarts moet gegevens leveren voor het onderscheid tussen 'aanwezig zijn' en 'enigszins de regie overnemen'. Dit is een fundamenteel ontoetsbare situatie, en ik meen dat dit onjuist is. Juist toetsbaarheid is van essentieel belang, zowel voor de individuele huisarts als voor het vertrouwen in de beroepsgroep. Zonder toetsbaarheid dient de huisarts zich niet in dit grijze gebied te begeven.

Chabot noemt als oplossing de aanwezigheid van een getuige. Een andere mogelijkheid is een videoregistratie.

Met betrekking tot het voorschrijven van middelen die gebruikt zullen worden voor zelfdoding, blijken de juridische grenzen duidelijker te liggen dan ik dacht: dit mag niet. Chabot voegt er nog aan toe dat dit ook moreel onjuist is: voorschrijven van middelen in de wetenschap dat ze gebruikt gaan worden voor zelfdoding, komt neer op hulp bij zelfdoding, en hiervoor moet verantwoording worden afgelegd. Het lastige is natuurlijk dat de indicatie 'slapeloos' voor slaaptabletten, en de indicatie 'pijn' voor Depronal totaal dan wel ten dele oncontroleerbaar is. Iemand is slapeloos als hij zegt dat hij onvoldoende slaapt. De indicatie voor het voorschrijven van middelen is dus nooit volledig toetsbaar. Het niet voorschrijven is wel toetsbaar.

Misschien verdient het aanbeveling op twee manieren hulpverlening voor wie dood wil duidelijk en toetsbaar te scheiden van hulp bij zelfdoding. Bij hulpverlening voor wie dood wil behoort de arts niet aanwezig te zijn bij het sterven en geen middelen voor te schrijven. Beide kenmerken zijn concreet en toetsbaar. Hulpverlening voor wie dood wil behoeft dan – in tegenstelling tot euthanasie en hulp bij zelfdoding – niet getoetst te worden door de samenleving, in casu de rechter. De verdere invulling van de hulpverlening is dan ter beoordeling van de behandelaar en zijn collega's.

Wie wel aanwezig wil zijn bij zelfdoding, moet dat toetsbaar doen, met een getuige of met een videoregistratie, maar zonder middelen voor te schrijven. Ook dan is er sprake van toetsbaar handelen. Of dit vervolgens juridisch getoetst moet worden of anderszins, is een tweede. Wie wel middelen voorschrijft, moet zich melden bij justitie, net als bij euthanasie lege artis.

Tenslotte het onderscheid tussen een arts en

een huisarts. Het is niet meer van deze tijd een artsdiploma voldoende te vinden. Tegenwoordig kunnen we een artsdiploma beter beschouwen als een randvoorwaarde dan als een teken van bekwaamheid. Juist in dit soort situaties moet er een normale behandelrelatie zijn, in combinatie met een officiële registratie als beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld als huisarts of als psychiater). Ik acht het verwerpelijk en gevaarlijk als in dit soort situaties medisch handelen wordt getolereerd van familielid-artsen, van artsen zonder reguliere behandelrelatie en zeker van artsen die uitsluitend voor de hulp bij zelfdoding langskomen. Hier zijn mijn normen dus strikter dan de juridische normen.

De reactie van Jansen en Chabot hebben mij mijn standpunten doen veranderen. Misschien durf ik zelf bij gelegenheid wél aanwezig te zijn bij zelfdoding in een 'klaar met leven'-situatie lege artis. Maar ik hoop dat niemand het me vraagt.

N.P. van Duijn

## NOTA BENE

De term psychosociale klachten is misleidend aangezien het bij dergelijke klachten meestal om een ingewikkeld samenspel gaat tussen somatische en psychosociale aspecten en deze klachten niet in een ziektecategorie zijn te plaatsen.

Stelling bij: Joosten A. Psychosociale verklaringen voor klachten in huisarts-patiëntgesprekken. Een gespreksanalytische studie [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.

Liefkozingen stimuleren de werking van het immuunsysteem.

Stelling bij: Van der Pompe G. Mind-body interactions in breast cancer. Neuro-endocrine and immune aspects of acute psychological stress and psychosocial intervention in breast cancer patients [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

Voor de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen is het evalueren van klinisch redeneren belangrijker dan het toetsen van NHG-standaarden.

Stelling bij: Beltman FW. Ambulatory blood pressure monitoring [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.

## Benigne prostaathypertrofie

Bij de behandeling van benigne prostaathypertrofie worden tegenwoordig twee medicamenten gebruikt: een  $\alpha_1$ -antagonist, die relaxatie van gladde spieren veroorzaakt (terazosine), en een  $\alpha_1$ -reductaseremmer, waardoor de omzetting van testosteron in dihydrotestosteron wordt geremd (finasteride). Dihydrotestosteron is verantwoordelijk voor de weefseltoename in de prostaat. In het beschreven onderzoek werden beide middelen onderzocht. Ruim 1200 mannen met mictieklachten (gemiddelde leeftijd 64 jaar) werden ingedeeld in vier vergelijkbare groepen: placebo, terazosine, finasteride en beide geneesmiddelen gecombineerd. Ruim 1000 mannen gebruikten hun geneesmiddel gedurende een jaar.

In elke groep moest 10 procent de behandeling in de loop van het jaar staken, de helft in verband met bijwerkingen van het geneesmiddel. In de terazosinegroep en de groep met de combinatietherapie verminderden de symptomen significant, terwijl geen verschil tussen placebo en finasteride werd opgemerkt. Aangezien deze verbetering bij finasteride niet werd gevonden, heeft het geen zin om een combinatiepreparaat toe te dienen.

In het editorial wordt opgemerkt dat de groepen in dit onderzoek vergelijkbaar waren, ook ten aanzien van het – niet buitensporig grote – volume van de prostaat. Uit andere onderzoeken blijkt dat finasteride bij een zeer grote prostaat wel degelijk een vermindering van de prostaatgrootte veroorzaakt en dus wel invloed op de prostaatklachten kan uitoefenen.

Lepor H, Williford WO, Barry MJ, et al. The efficacy of terazosine, finasteride or both in benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 1996; 335: 633-9.

Walsh PV. Treatment of benign prostatic hyperplasia [editorial]. *N Engl J Med* 1996; 335: 856-7.

H.G. Frenkel-Tietz

## Zwangerschap en CVA

Hoe groot is het risico op een cerebraal infarct of een intracerebrale bloeding tijdens de zwangerschap en in de zes weken erna? Deze vraag wordt beantwoord door middel van een onderzoek van de medische dossiers van 254 vrouwen in de leeftijdsgroep 15-44 jaar die waren opgenomen met een mogelijk cerebraal infarct of intracerebrale bloeding.

Er werden 31 vrouwen met een infarct of bloeding tijdens of kort na de zwangerschap

gevonden (17 met een cerebraal infarct, 14 vrouwen met een intracerebrale bloeding). Ruim 60 procent van de gevallen had zich voorgedaan in de zes weken na de bevalling (of abortus). Daarnaast werden 175 cerebrale infarcten en 48 intracerebrale bloedingen gevonden bij niet-zwangeren. Op grond hiervan werd een relatief risico van 2,4 berekend voor de totale kans op een cerebraal infarct of intracerebrale bloeding gedurende of kort na de zwangerschap. De hoogste relatieve risico's werden voor de periode post partum gevonden: 8,7 voor een cerebraal infarct en 28,3 voor een intracerebrale bloeding. De extreem hoge relatieve risico's in de periode post partum suggereren een causale relatie met de sterke afname van het bloedvolume of de snelle veranderingen in de hormonale status na een bevalling.

Kittner SJ, Stern BJ, Feeser BR, et al. Pregnancy and the risk of stroke. *N Engl J Med* 1996; 335: 768-74.

Germa Joppe

## Risico eetlustremming

Is er een verband tussen het gebruik van eetlustremmende middelen en het ontstaan van pulmonale hypertensie? Het onderzoek had betrekking op 95 mensen bij wie een primaire pulmonale hypertensie werd ontdekt. Voor iedere patiënt werden vier controles zonder pulmonale hypertensie geselecteerd. Beide groepen werden geïnterviewd, waarbij ook naar het gebruik van eetlustremmende middelen werd gevraagd.

Van de patiënten met pulmonale hypertensie had 32 procent eetlustremmende middelen gebruikt, van de controles 7 procent. Dit gaf een aangepaste odds ratio van 6,3. Langer duren gebruik was gerelateerd aan een nog hoger risico. De meest gebruikte middelen waren dexfenfluramine en fenfluramine.

Pulmonale hypertensie komt niet veel voor (1 op de 500.000), maar dikke mensen die eetlustremmende middelen gebruiken gedurende meer dan drie maanden, hebben een 30 maal grotere kans om pulmonale hypertensie te ontwikkelen dan mensen die dit niet gebruiken. Hoeveel groter dit risico wordt bij nog langer gebruik, is niet bekend.

In het *editorial* wordt benadrukt dat obesitas steeds vaker voorkomt en dus een steeds groter probleem voor de volksgezondheid wordt. Gewichtsafname, zelfs al in kleine hoeveelheden, leidt tot verbeteringen van bijvoorbeeld de bloeddruk, serumlipiden en glucosetolerantie. Eetlustremmende middelen zijn soms noodza-

kelijke aanvullingen op dieet en lichaamsbeweging. De auteur vindt dat de risico's op pulmonale hypertensie geassocieerd met het gebruik van (dex)fenfluramine klein zijn en afgewogen moeten worden tegen de voordelen van een goed gebruik van het medicijn.

Abenham L, Moride Y, Brenot F, et al. Appetite-suppressant drugs and the risk of primary pulmonary hypertension. *N Engl J Med* 1996; 335: 609-16.

Manson JE, Faich GA. Pharmacotherapy for obesity. Do the benefits outweigh the risks? [editorial]. *N Engl J Med* 1996; 335: 659-60.

Germa Joppe

## Aids & pijn

In 34 behandelcentra werden in totaal 315 HIV-positieve patiënten ondervraagd over het vóór-komen van pijn, de ernst daarvan, de invloed op de kwaliteit van hun leven en algemene symptomen als moeheid en depressiviteit. Na het consult werden dezelfde vragen gesteld aan de behandelend arts, naast vragen over de mogelijke oorzaken en de behandeling van de pijn.

Van de opgenomen patiënten klaagde 62 procent over pijn; van de patiënten in dagbehandeling was dat 53 procent en van de poliklinische patiënten 30 procent. De pijn was met name gastro-intestinaal en in het bewegingsapparaat gelokaliseerd. De pijn had grote invloed op de ervaren kwaliteit van leven. In tweederde van de gevallen waren de behandelaars op de hoogte van de pijn, maar in iets meer dan de helft van de gevallen bleek dat de pijn werd onderschat. Bij 85 procent van de patiënten met pijn was de pijnmedicatie op basis van de gebruikte standaarden onvoldoende. Wanneer de door de arts geschatte ernst van de pijn als graadmeter werd gebruikt, werd nog steeds 70 procent van de patiënten onderbehandeld.

Pijn is een belangrijk symptoom bij aids en is in ernst en incidentie vergelijkbaar met pijn bij maligniteiten. De ernst en het voorkomen nemen toe bij progressie van de ziekte. De prevalentie van pijn en de invloed op de kwaliteit van leven worden onderschat door artsen, en ook vaak onderbehandeld.

Larue F, Fontaine A, Colleau SM. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: multicentre study. *BMJ* 1997; 314: 23-8.

Sjoerd Hobma

## Quality assessment

Op 3 december 1996 promoveerde de Utrechtse huisarts Van Berkesteijn op het proefschrift 'Quality assessment in family practice'.<sup>1</sup> Promotor was prof.dr. R.A. de Melker, copromotor dr. R.M. Kastein. De dissertatie wordt besproken door huisarts-epidemioloog Marjolein Berger.

Ten behoeve van dit onderzoek werden in een periode van zes maanden bij 62 huisartsen gegevens verzameld over 840 eerste consulten wgens niet-acute buikklasten (gemiddeld 14 consulten per huisarts). De huisartsen waren at random geselecteerd uit de groep Nederlandse huisartsen die gevestigd waren rondom steden met minder dan 100.000 inwoners. De kwaliteit van het handelen van deze huisartsen werd gemeten aan de hand van een lijst met criteria die tevoren waren opgesteld door een panel van huisartsen en specialisten. Met deze lijst werden alle activiteiten van de huisartsen tijdens de onderzochte consulten beoordeeld op relevantie en wenselijkheid.

Bij minder dan 50 procent van de consulten werden activiteiten ontplooid ter opsporing van patiënten met een risico op gastro-intestinale maligniteit. In 9 procent van de gevallen werden overbodige onderzoeken verricht. Bij vrouwen en patiënten >40 jaar werden minder relevante medische handelingen verricht, en bij vrouwen werd meer overbodig onderzoek verricht.

Voor het merendeel van de patiënten kon geen relatie tussen de kwaliteit van het eerste consult en de daaropvolgende gezondheidstoestand worden aangetoond. Patiënten met een organische aandoening en een slechte prognose (maligniteit, ulceratieve colitis) bleken wel te profiteren van een goed eerste consult. Het verrichten van overbodig onderzoek had geen aantoonbaar negatief effect op de gezondheidstoestand van de patiënt.

Tweederde van de patiënten had geen verdere medische consumptie na het eerste consult. Van de overigen bleken de patiënten met psychosociale problemen meer medische zorg te vragen, naarmate de kwaliteit van het eerste consult beter was. Bij patiënten zonder psychosociale problematiek (71 procent van de groep met verdere medische consumptie) nam de medische consumptie af, naarmate de kwaliteit van het eerste consult beter was. Bij patiënten zonder aantoonbaar organisch substraat voor de klacht (93 procent) nam de medische consumptie toe, wanneer bij het eerste consult overbodig onderzoek was verricht.

Conclusies van het onderzoek zijn:

- De belangrijkste gezondheidswinst voor patiënten is te verwachten van een alerte en actieve anamnese ter tijdige opsporing van vooral maligniteiten en chronische aandoeningen.
- Overbodige huisartsactiviteiten schaden de gezondheid niet, maar genereren wel meer – overbodige – medische consumptie.
- Onnodige medische consumptie kan bij patiënten met symptomatische klachten worden voorkomen door serieuze medisch-technische aandacht; bij patiënten met psychosociale problematiek neemt de medische consumptie dan juist toe.

## Commentaar

Met dit onderzoek wordt een duidelijk beeld gegeven van de factoren die de kwaliteit van het handelen van de huisarts beïnvloeden. Zoals de auteur in zijn eerste hoofdstuk schrijft, zijn de bevindingen afhankelijk van de gehanteerde definitie van kwaliteit. De hier gekozen definitie schiet echter te kort. Dit wordt terecht door de auteur gesignaleerd en blijkt onder meer uit de bevindingen bij patiënten met psychosociale problematiek, bij wie de medische consumptie toeneemt naarmate de kwaliteit van het onderzoek beter is. Kwaliteit wordt slechts weerspiegeld door medisch-technisch functioneren van de arts; zijn communicatieve vaardigheden worden buiten beschouwing gelaten.

De bevinding dat bij vrouwen en oudere patiënten minder relevante handelingen worden verricht, en de verklaring van de auteur hiervoor dat vrouwen een vrouwelijke huisarts prefereren en dat bepaalde relevante handelingen achterwege blijven uit schroom voor de oudere patiënt, geeft te denken over de representativiteit van de gekozen huisartsen. Slechts drie van de 62 huisartsen waren vrouw. Van de leeftijdsverdeling wordt geen melding gemaakt.

Ook de toetsingscriteria lijken te kort te schieten: hoewel rekening is gehouden met de leeftijd van de patiënt, is het geslacht buiten beschouwing gelaten. Zo kon het gebeuren dat het vaginaal toucher in veel gevallen als overbodig werd beoordeeld. Mogelijk voor wat betreft gastro-intestinale aandoeningen, maar bij vrouwen hebben niet-acute buikklasten ook vaak hun oorsprong buiten de gastro-intestinale tractus. In dit onderzoek bleek 15 procent van de organische aandoeningen te berusten op aandoeningen van uterus en ovarium. Er wordt helaas niet vermeld hoeveel vrouwelijke patiënten deelnamen aan het onderzoek.

De dissertatie geeft een waardevolle bijdrage aan het onderzoek naar de kwaliteit van zorg in de huisartsgeneeskunde. Tekortkomingen van de definitie van kwaliteit worden gesignaleerd en leiden tot duidelijke aanbevelingen waarop toekomstig onderzoek zich moet richten.

Marjolein Berger

- 1 Van Berkestijn LGM. Quality assessment in family practice. Process and outcome in patients with non-acute abdominal complaints [dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1996; 203 pagina's.

## Reactie

De essentie van mijn proefschrift is door de recensente correct weergegeven, op één punt na: te zeggen dat de definitie van kwaliteit 'tekortschiet', is niet juist. Zoals in het eerste hoofdstuk wordt uiteengezet, bestaat er geen alomvattende definitie van 'de kwaliteit'. Bewust is er daarom voor gekozen de operationalisatie van de kwaliteit in dit onderzoek te beperken tot medisch-technische aspecten. Wanneer een onderzoeker besluit het effect van kwaliteitsverschillen in de communicatie te onderzoeken, kan toch ook niet beweerd worden dat de definitie van kwaliteit tekortschiet?

Recensente plaatst een vraagteken bij de representativiteit van de geselecteerde huisartsen, gezien het feit dat slechts drie van de 62 deelnemers vrouw waren. In 1987, toen de steekproef werd genomen, waren vrouwen onder praktiserende huisartsen nog lang niet zo ruim vertegenwoordigd als nu. Er namen evenveel kort als lang (na 1975) gevestigde huisartsen deel. De conclusie moet dus zijn dat mannelijke huisartsen destijds geneigd waren vrouwelijke patiënten minder medisch-technische aandacht te geven dan adequaat mag worden verondersteld. Recent wezen onderzoeken bij vrouwen met hartklachten in dezelfde richting, hetgeen het risico van onderdiagnostiek verhoogt. Hoewel het onderzoek hier niet op gericht was, en dit gebrek aan aandacht bij vrouwelijke patiënten dus als een toevallsbevinding beschouwd kan worden, leek het belangrijk om deze omissie nadrukkelijk onder de aandacht te brengen. Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan aandacht is dat vrouwen beter in staat lijken verband te leggen tussen hun lichamelijke klachten en psychosociale omstandigheden, en mannelijke huisartsen daar al te enthousiast in meegaan; dit gaat ten koste van de nodige medisch technische aandacht.

Aan de expert-panels is wel degelijk gevraagd rekening te houden met het geslacht van de patiënt bij het opstellen van de toetsingscriteria, maar terecht merkt de recensent op dat onderschat is hoe vaak buikklachten die op het eerste gezicht imponeren als gastro-intestinaal, hun origine in de tractus urogenitalis kunnen hebben. Wat dit betreft schieten de criteria inderdaad te kort.

In de appendix, waarin de studiepopulatie beschreven staat, is vermeld dat 70 procent van de 840 patiënten vrouw was.

De recensente vermeldt helaas niet dat gebruik is gemaakt van een nieuwe analysetechniek. Multilevel-analyse is nodig, wanneer gegevens van het 'basale' meetniveau (patiëntniveau) worden geaggregeerd op een hoger niveau (huisartsniveau). Analyse per niveau voorkomt dat conclusies worden getrokken over verbanden die in werkelijkheid veel minder uitgesproken zijn of in het geheel niet bestaan. Traditionele regressie-analyse van onze data leverde grote verschillen tussen huisartsen op. De analyse per niveau onthulde dat kwaliteitsverschillen tussen consulten op patiëntniveau steeds groter waren dan op huisartsniveau. Dit lijkt een belangrijke bevinding, daar de in veel onderzoeken gevonden grote verschillen tussen huisartsen mogelijk herwaardering verdienen, met name waar uit gegevens over patiënten conclusies worden getrokken over huisartsen.

L.G.M. van Berkestijn

## Lichte/matige hypertensie

Op 7 juni 1996 promoveerde Henk Koopman, huisarts te Nieuwegein, op het proefschrift 'Treatment of mild to moderate hypertension in a general practice'. Promotores waren de hoogleraren dr. J.Th.M. van Eijk en dr. A.J.M. Donker; copromotor was prof.dr. C. Spreeuwenberg. Het proefschrift wordt besproken door N.P. van Duijn.

Dit proefschrift gaat over de groep patiënten bij wie je de bloeddruk stiekem naar beneden afrondt. Ze hebben een diastolische druk >90 mm Hg en <110 mm Hg, ze gebruiken geen antihypertensieve medicatie, geen pil, hebben geen comorbiditeit en geen overgewicht. Ze hebben alleen maar een matig verhoogde bloeddruk.

In een aantal experimenten bij een groep relatief jonge patiënten (n=35, gemiddeld 44

jaar) werd geprobeerd de bloeddruk te doen dalen door middel van intensieve bemoeienis door een diëtist. Een tweede groep, bestaande uit 81 ouderen van 60-80 jaar, had een bloeddruk van 95-110 mm Hg diastolisch en 160-220 mm Hg systolisch. Ook zij waren onbehandeld en hadden geen complicerende comorbiditeit. In deze groep werd intensieve begeleiding door een diëtist vergeleken met de behandeling met een diureticum. Het ging in deze dieetstudies om een effectmeting van een interventie op de voeding met twee uitkomstmaten: de bloeddruk en maten voor een gezondere voeding als mineraalexcretie en serumlipiden. In een laatste onderzoek werd ambulante continue bloeddrukmeting vergeleken met de conventionele metingen op het spreekuur. In overeenstemming met onderzoeken elders werden aanzienlijke verschillen gevonden tussen continue en conventionele meting, met 40 procent foutposities ten opzichte van de continue meting.

Het is te verwachten dat bij een licht verhoogd cardiovasculair risico marginale resultaten worden bereikt. Dit is ook het geval; de bloeddrukken daalden gemiddeld enige millimeters, de lipiden verbeterden een beetje of niet. Pas aan het eind van de onderzoeksperiode verbeterde ook de mineraalexcretie. De groep ouderen met diëtair begeleiding bereikte een iets minder sterke bloeddrukdaling, maar was qua lipiden en mineraalexcretie weer wat beter af. Belangrijk zijn deze verschillen niet, want het gaat allemaal om kleine effecten. Na één tot anderhalf jaar was hier en daar nog steeds een effect van de interventie met dieet te zien.

## Commentaar

Opzet en uitvoering van de verschillende onderzoeken lijken resultaten op te leveren die goed generaliseerbaar zijn naar het dagelijks leven in de spreekkamer en in de keuken. De enige beperking is wellicht theoretisch van aard: het gaat in feite over mensen die het kunnen opbrengen steeds opnieuw de diëtist te bezoeken. Het gaat dus om brave, compliante mensen. Hoe groot die patiëntensoort is, kan men zich afvragen, zeker als men bedenkt dat iedereen met comorbiditeit en overgewicht al was uitgesloten.

De vragen die resten, zijn vragen die buiten de orde van dit proefschrift vallen. Heeft dit allemaal zin? Het antwoord is 'ja' en 'misschien'.

Ja, het heeft zin voor wie zich afvraagt of al dat gedoe met dieet effect heeft. Het heeft een beetje effect, maar de diëtist moet de patiënten waarschijnlijk behoorlijk achter de broek zitten. Daar komt bij dat de proefpersonen ten

dienste van het onderzoek ongetwijfeld zijn opgebeld als ze het lieten afweten; alleen al de kleine aantallen dwongen de onderzoeker daar toe. In de praktijk zie ik dit niet gebeuren, maar misschien moet dat toch.

Het antwoord op de vraag naar de zin van deze interventie is ook 'misschien'. Je kunt je namelijk afvragen of deze inspanning is vol te houden voor een diëtiste. Het gaat toch om mensen zonder klachten die de rest van hun leven anders moeten eten, omdat het kwik te hoog stond. Erg gemotiveerd zullen deze patiënten niet zijn. Zelfs bij patiënten met overgewicht – een vergelijkbare groep met laag risico maar mét klachten – zijn diëtisten minder en minder individueel gaan begeleiden. De moedeloos makende inefficiëntie van de begeleiding van overgewicht is nu weggeorganiseerd in folders en telefonische consultatie. Zouden diëtisten het dan wel volhouden mensen te begeleiden die onverstandig omgaan met zout- en vetpot? Is dit alles een efficiënt gebruik van personele middelen? Men kan zich afvragen wat efficiënter is: interventie bij deze laag-risicogroep met een minimaal effect bij vele mensen, of interventie bij de hoog-risicogroep met een groter effect bij veel minder mensen?

Het tweede dilemma betreft het oproepen van deze matig hypertensieven. Als we de resultaten van deze onderzoeken volgen, dan moet dat eigenlijk, want zonder oproepen zal er helemaal niets overblijven van een effect. Hoe zit het eigenlijk met de compliantie van de grote laag-risicogroep – dit proefschrift – vergeleken met de veel kleinere hoog-risicogroep?

Dit soort vragen behoeven niet in een proefschrift te worden behandeld. De onderzochte groep is echter niet de groep waar ik me erg druk om maak, ook niet na lezing van dit proefschrift.

N.P. van Duijn

1 Koopman H. Treatment of mild and moderate hypertension in a general practice [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1996.

## Reactie

In de bespreking komt in de eerste plaats de vraag aan de orde of de behandeling van lichte tot matige hypertensie zin heeft, en zo ja, welke prioriteit de huisarts hieraan dan zou moeten geven. Uit interventie-onderzoek blijkt dat de behandeling van lichte tot matige hypertensie bij ouderen ook in absolute termen zeer effec-

tief is.<sup>1</sup> Zo kan men uit de STOP-studie afleiden dat behandeling van veertien personen gedurende vijf jaar één CVA en één dode ten gevolge van cardiovasculaire aandoening kan voorkomen.<sup>2</sup> Deze resultaten spreken voor zich en pleiten sterk voor een behandeling van hypertensie bij oudere patiënten, ook als er geen andere risicofactoren zijn. Het gaat hier dus om een groep waar de huisarts zich wel degelijk druk om zou moeten maken. Te veel relativieren van het belang van deze behandeling lijkt me dan ook niet juist.

De eerlijkheid gebiedt wel te zeggen dat het nut van behandeling bij jongere patiënten veel minder duidelijk is. De resultaten van de circa vijf jaren durende trials met medicamenteuze interventie zijn ronduit teleurstellend. Er zijn echter aanwijzingen dat de follow-up van deze (dure) studies te kort was om grotere verschillen tussen de behandelde en controlegroep te kunnen zien.<sup>3</sup> Toch zal bij deze categorie matige hypertensieven de beslissing al dan niet te behandelen inderdaad meer moeten afhangen van de aanwezigheid van andere risicofactoren.

In de tweede plaats is er de vraag (waarop in het proefschrift getracht wordt een antwoord te vinden) of de behandeling door middel van dieetinterventie de moeite waard is. In de eerste groep jongere personen werd getracht de inname van verschillende mineralen (met name natrium en kalium) te veranderen in de richting van de WHO-adviezen. Een geringe vermindering van de zoutinname van 9 naar 7,5 gram zout per dag bleek een geringe daling van de bloeddruk te kunnen bewerkstelligen. Een recente meta-analyse bevestigt dit resultaat.<sup>4</sup> Geconcludeerd werd dat het adviseren van zoutbeperking bij jongere patiënten een zeer gering effect op de bloeddruk heeft en dus (meestal) niet de moeite waard is.

In een tweede studie werd daarom de interventie uitgebreid met gewichtsreductie. Bovendien werden nu alleen oudere patiënten (>60 jaar) bestudeerd, omdat verwacht mag worden dat ouderen in het algemeen sterker reageren op zoutbeperking. Het effect van het dieetadvies werd hierbij vergeleken met het effect van een lage dosis diureticum. De daling van de bloeddruk bleek nu sterker dan in de vorige groep (in tegenstelling tot wat Van Duijn meldt) en wel systolisch 8 mm Hg en diastolisch 4 mm Hg (ongeveer de helft van het effect in de medicijngroep). Deze daling was voornamelijk toe te schrijven aan een daling van het lichaamsgewicht (2 kg) en minder aan de mate van zoutbeperking die zeer gering was. Geconcludeerd werd dat ook een relatief geringe af-

name van het lichaamsgewicht een bloeddrukdaling tot gevolg heeft, die zeker de moeite waard genoemd mag worden.

Tot slot iets over de compliantie. De therapietrouw van de patiënt zal voor een deel ook afhangen van de motivatie van de huisarts om de patiënt te begeleiden. Zoals uiteengezet, is het niet juist om alle patiënten met lichte tot matige hypertensie op één hoop te gooien. Met name voor ouderen is de individuele profijt-kans van behandeling hoog. Voor mij levert dit als huisarts voldoende inspiratie op om deze patiënten niet alleen actief op te sporen (door middel van case-finding), maar ook effectief te behandelen en te begeleiden. Omdat bijwerkingen van antihypertensiva, met name bij oudere patiënten, een belangrijk probleem kunnen vormen, komt bij hen een voedingsadvies het eerst in aanmerking.

De veronderstelling dat deze patiënten geringe veranderingen in de voeding moeilijk volhouden, tenzij ze hiervoor achter hun broek worden gezeten ('weightwatchers-aanpak'), berust mijns inziens op een groot misverstand. Zo behoeften de deelnemers in ons onderzoek nooit te worden teruggebeld. Ook een half jaar na de begeleiding waren nog effecten van het dieetadvies aantoonbaar. Ik denk dat men in veel praktijken eenzelfde groep patiënten kan vinden die op simpele wijze zijn te motiveren. Deze 'brave' patiëntensoort, waar Van Duijn over spreekt, komt misschien vaker voor dan door hem wordt aangenomen. Deze mensen mag men naar mijn oordeel een bezoek aan de diëtist niet onthouden door ze bijvoorbeeld af te schepen met een folder.

H. Koopman

- 1 New trials in older hypertensives [editorial]. *Lancet* 1991; 338: 1299-1300.
- 2 Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, et al. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991; 338: 1281-5.
- 3 Sytkowski PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, et al. Secular trends in long-term sustained hypertension, long-term treatment, and cardiovascular mortality. The Framingham Heart Study 1950-1990. *Circulation* 1996; 93: 697-703.
- 4 Midgley JP, Matthew AG, Greenwood CMT, et al. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure. A meta-analysis of randomised controlled trials. *JAMA* 1996; 275: 1590-7.

## Ziekteverzuim

Schoemaker C, Bijl R. Zorg bij ziekteverzuim om psychische redenen. Inventarisatie van de hulpverlening aan werknemers die om psychische redenen verzuimen. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1996; 123 bladzijden, prijs NLG 29,50.

Ongeveer 30 procent van alle mensen die langer dan een aantal weken verzuimen van hun werk, doet dat wegens psychische redenen. Slechts een minderheid van hen hervat uiteindelijk weer het eigen werk. Voor hen zou de reguliere zorg tekortschieten, althans in de ogen van een aantal bedrijven, verzekeraars en Arbo-diensten. Vandaar de vraag of psychische begeleiding van deze werknemers in het commerciële zorgcircuit beter zou uitpakken dan de reguliere zorg van psychiaters, Riaggs en vrijgevestigde psychologen.

Deze vraag wordt door *Schoemaker & Bijl* uitgewerkt aan de hand van interviews met eenentwintig hulpverleners, inclusief een personeelsfunctionaris. Het hulpaanbod van deze disciplines wordt besproken in een apart hoofdstuk. Ook worden de knel- en pluspunten van het reguliere en het commerciële zorgcircuit uit de doeken gedaan. Met zorg beschrijven de auteurs hoe werknemers, die om psychische redenen verzuimen, zich bevinden op het raakvlak van het sociale zekerheidsstelsel en het zorgstelsel. Hulp aan deze mensen richt zich op dan ook twee kenmerken van dezelfde persoon: 'de persoon met psychische klachten' en 'de verzuimende werknemer'.

Uit het rapport blijkt dat bij ruim 3 van de 4,5 miljoen ziekmeldingen de Arbo-arts niet, maar de huisarts mogelijk wel in de gelegenheid is om een diagnose te stellen. Het aantal nieuwe gevallen van kortdurend ziekteverzuim om psychische redenen bedraagt, op grond van de gegevens uit het rapport omgerekend, maximaal één per week per huisartspraktijk. Door de Arbo-arts worden per huisartspraktijk per jaar twintig gevallen van langer durend ziekteverzuim wegens psychische klachten vastgesteld. Bij 17 van deze 20 patiënten ontbreekt een objectieve maatstaf voor het stellen van de diagnose psychische stoornis. Hierbij gaat het om gevallen van 'overspannenheid' waarvan de oorzaken heel divers kunnen zijn:

- arbeidsconflicten (ruzie, dreigend ontslag);
- werklastproblemen (te hoge of te lage(!) werkdruk);
- problemen thuis;
- problemen in de persoon.

De conclusie van het rapport luidt dat de zorg voor deze groep werknemers nog in ontwikke-

ling is: de kwaliteit ervan is onduidelijk, de kwantiteit vermoedelijk gering. De vaststelling dat het commerciële zorgaanbod niet goed werkt lijkt gunstig voor de reguliere zorg, maar is nog onvoldoende onderbouwd. Voor de opstelling van de huisarts met betrekking tot ziekteverzuim bevat het rapport evenwel een aantal interessante gegevens.

Meer dan voorheen wil de huisarts arbeidsaspecten betrekken bij zijn beleid. Bij 'ellende' op het werk wordt een snelle verwijzing – met brief – van de huisarts naar de bedrijfsarts aangeraden. Juist bij kortdurend ziekteverzuim lijkt het 'werkhervattingsadvies' van de huisarts op zijn plaats. Sociaal-geneeskundigen wordt gevraagd om hun positie ten opzichte van werkgever en werknemer helder te maken teneinde samenwerking met de huisarts te vergemakkelijken.

De huisarts heeft dus wekelijks contact met een patiënt die zijn werk verzuimt wegens psychische redenen. Op basis van het rapport van *Schoemaker & Bijl* kan men zich afvragen of de huisarts hiernaast ook niet iets verstandigs zou kunnen zeggen over het merendeel van de langer durende gevallen van ziekteverzuim om psychische redenen. Bij de meeste van hen ontbreekt een objectieve maatstaf voor de diagnose 'psychische stoornis'. Reden dus voor een individuele benadering. Uitwisseling van gegevens en samenwerking met de Arbo-arts kan beperkt blijven tot een klein aantal te selecteren gevallen behorend tot de in het rapport genoemde categorieën 'arbeidsconflicten' en 'werklastproblemen'.

Het hoort toch tot de competentie van de huisarts om, in samenwerking met de reguliere zorg, de problematiek van het langer durende ziekteverzuim om psychische redenen (drie gevallen per jaar per huisartspraktijk) op te vangen? De effectiviteit van de huisarts hierbij staat of valt met de mate waarin hij dergelijke problemen herkent en eventuele informatie krijgt van de kant van de Arbo-arts. Daarnaast is ziekteverzuim vooral ook een arbeidsrechtelijk onderwerp. De juiste procedure bij langdurig ziekteverzuim om psychische redenen wordt bevorderd door helderheid over de motieven van werkgevers en werknemers. Ook daarvoor kan de Arbo-arts zich sterk maken.

Bedrijfsbelang is volgens het rapport het voornaamste motief voor een commercieel aanbod van psychische zorg. De huisarts zou derhalve op de hoogte moeten zijn van de vigerende wet- en regelgeving betreffende verzekering en voorziening bij ziekte of gebrek. De kloof die

de laatste twintig jaar is ontstaan tussen de huisartsgeneeskunde en de uitvoering van de wetgeving op het terrein van de sociale zekerheid, is echter groot. Toch kan de huisarts juist bij ziekteverzuim om psychische redenen effectief zijn door het geven van werkadvies, begeleiding, eventuele medicatie of verwijzing naar het reguliere zorgcircuit. Gerichte scholing en nascholing van de huisarts kunnen daarbij van dienst zijn. Bij het scala van verwijsmogelijkheden voor de huisarts is de consultatiefunctie van een eerstelijnspsycholoog mogelijk een passende innovatie waar het gaat om ziekteverzuim om psychische redenen.

Tot slot van hun inventarisatie roepen *Schoemaker & Bijl* op tot een landelijk debat tussen alle betrokkenen over de hulpverlening aan werknemers die om psychische reden uit het arbeidsproces dreigen te vallen. De sociaal-geneeskundige hakt bij 'de verzuimende werknemer' bij voorkeur met het bijltje van de groepsgerichte, preventieve aanpak. De huisarts blijft bij de 'persoon met psychische klachten' als een schoenmaker bij zijn leest van de individuele benadering.

Ben Ponsioen

## Verlangen naar boete

De Waardt JMD. Voedselvoorschriften in boeteboeken. Motieven voor het hanteren van voedselvoorschriften in vroeg-middeleeuwse Ierse boeteboeken 500-1100 [dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam]. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1996; 225 pagina's, prijs NLG 49,50. ISBN 90-5235-090-6.

Wat monniken van weleer verbindt met hedendaagse artsen, is het uitvaardigen van voedselvoorschriften. Middeleeuwse boeteboeken (*libri poenitentiales*) behoorden tot de standaarduitrusting van de missionaris. Boeteboeken waren het resultaat van kerstening. De schrijvers maakten bij het opstellen van de boeteboeken gebruik van de bijbel, kerkelijke geschriften en regelgeving, aangevuld met eigen kennis en ervaring. Boeteboeken waren catalogi van zonden, met de daaraan verbonden straf, op te leggen door de priester. Ze dienden als gids naar het hogere, waarbij zondebewustzijn de eerste stap naar heiligheid was en boetedoening de tweede. Een routebeschrijving van die lange weg zou een boeiend tijdsbeeld op kunnen leveren, want, zoals Kees Fens schreef: 'de zonden zeggen meer over een samenleving dan de deugden'.<sup>1</sup>

Boeteboeken bevatten voorschriften omtrent het verbod op het eten van aasvlees (met uitzondering van vissen), het drinken van bloed en urine, alsmede het eten van korstjes, huidschilfers en luizen. Verder waren er voorschriften inzake verontreiniging en omtrent voedsel aangeraakt door onreine handen. De boetes varieerden van 'honderd nachten op water en brood en geen handoplegging door de bisschop' (voor het eten van huidschilfers) tot zeven jaar water en brood (voor het drinken van bloed of sperma) en het gemis van dezelfde, zalvende hand.

De ruime verspreiding en acceptatie van de boeteboeken betekent dat in een behoefte werd voorzien – althans wat het boetepredikende deel der mensheid betrof – en dat monniken en priesters in de boeteboeken een instrument zagen om veranderingen in de samenleving te bewerkstelligen. Maar vanaf de twaalfde eeuw nam de betekenis van boeteboeken geleidelijk af en verdwenen zij – mét de voedselvoorschriften – geruisloos van het religieuze toneel.

Wat biedt nu deze dissertatie over een historisch onderwerp, geschreven door een jurist?

*De Waardt* stelt dat de schrijvers van boeteboeken bepaalde motieven moeten hebben gehad om voedselvoorschriften op te nemen, en dat zij daarbij weloverwogen te werk gingen. Deze vooronderstellingen veranderen in een methodologisch valluik als wij beseffen dat directe bronnen ontbreken. Hoewel het spreekwoord wil dat iemands gedachten te lezen zouden zijn, kun je – wetenschappelijk – die gedachten retrospectief onmogelijk beschrijven, laat staan analyseren, bij ontstentenis van dergelijke onmisbare bronnen. Ik meen dat de auteur dit ook beseft, omdat hij uit de vier motievelusters (te weten historische, pedagogisch-ethische, medisch-hygiënische en antimagische motieven) slechts één eindconclusie durft te formuleren: de gebruikelijke verklaring dat voedselvoorschriften ontstonden vanuit medisch-hygiënische overwegingen is onjuist, daar deze berust op de huidige empirisch-wetenschappelijke benadering van de geneeskunde. Een conclusie die op zijn minst voor de hand ligt en waarschijnlijk overbekend is.

Methodologische valstrikken en magere resultaten behoeven een spannend boek niet in de weg te staan. Daarom is het zo jammer dat *De Waardt* nalaat in zijn proefschrift een cultuurhistorisch exposé te geven. Zo ontbreekt een geannoteerde weergave van enkele volledige teksten die als bijlage verhelderend zou zijn geweest. Promoveren betekent kennelijk beperken, helaas.

Wat kan de twintigste eeuwse lezer met dit boek? Even een korte opriscurus zondebesef. Oorspronkelijk waren er acht hoofdzonden: vraatzucht, ontucht, hebzucht, toorn, neerslachtigheid, lusteloosheid, ijdelheid en hoogmoed. Wie bezondigt zich overigens niet aan al die punten? Wat het spectrum der zonden betreft, lijkt er het afgelopen millennium grosso modo niet veel gewijzigd, al fluisterde de paus Gerard Reve in dat 'wanhoop' momenteel de grootste zonde is.<sup>2</sup>

Is er een hedendaagse pendant van boeteboeken?

In het algemeen lijkt de behoefte aan voedingsvoorschriften en aan boetedoening ook heden ten dage groot. Ze worden evenwel niet langer ontleend aan religieuze voorschriften, maar aan voortijdige vertaling van wetenschappelijke bevindingen in concrete maatregelen dan wel volksgeloof. Laat ik enkele voorbeelden geven. Geen orgaanvlees tijdens zwangerschap; vitamine A is bij overdosering teratogeen. Geen uien of prei eten gedurende de zoogperiode; deze voedingsmiddelen zouden darmkrampjes bij de baby veroorzaken. Niet afvallen gedurende de zoogperiode; afbraak van vet maakt dat zware metalen vrijkomen die eveneens in de baby belanden. Spinazie en andere groenten niet opwarmen; nitriet is bij laboratoriumproeven kankerverwekkend. Niet te vaak rabarber eten; het oxaalzuur bindt zich aan calcium, waardoor een verhoogde kans op de ontwikkeling van osteoporose bestaat. Het heeft er dus alle schijn van dat de behoefte aan voedselvoorschriften voortvloeit uit een soort algemeen menselijk verlangen naar boetedoening.

Hoe zit het nu met de opstellers van voedselvoorschriften? Boeteboeken waren destijds normerend, niet in de zin van het vastleggen van bestaande normen – codificatie – maar in het opleggen van nieuwe normen: modificatie. Overgeplaatst naar onze eeuw zouden boeteboeken wellicht richtlijnen heten. Boeteboeken bevatten namelijk normerende, imperatieve aanbevelingen en zijn ondubbelzinnig geformuleerd. Maar waar onze hedendaagse richtlijnen een zekere (toepassings)ruimte laten voor de beroepsbeoefenaar, ontbrak die vrijheid bij boeteboeken geheel: sancties – als sterkste implementatie-impuls – werden immers expliciet verwoord.

Monniken waren geneeskundigen van de ziel, niet van het lichaam. Biechten werd gezien als geneesmiddel om de geest gezond te houden en de boetepriester hanteerde de boeteprocedure net zoals een medicus een geneesmiddel voorschreef, aldus De Waardt. Waar de genees-

kunde na de middeleeuwen een relatief hoge vlucht nam, maakte religie een pas op de plaats. Zo komt het dat voedingsvoorschriften gedegradeerd werden van absoluut gebod tot een relatieve risicofactor, en de overtreding van die stringente voorschriften van zonde is verworpen tot iets wat nauwelijks belangrijk is. De status van voeding ligt dan ook niet meer vast in boeteboeken, doch slechts in extenso in folders met 'Richtlijnen Goede Voeding', in een paragraaf 'exogene determinanten' in de vuistdikke bijbel 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1950-2010' en een karige vermelding in NHG-standaarden.

Er mag dan veel veranderd zijn, maar afgezien van die turbulente historische ontwikkelingen bleef ten minste één zaak ongewijzigd. Zendingsdrang en bekeringsdrift blijken van alle tijden. Net als normering en toetsing, met die vermaledijde bijsmaak van moralisme. Want – ik stel dit met enige ironie – boeteboeken werden vervangen door NHG-standaarden (als norm) met de dreiging van DKB-pakketten (als straf) bij 'geen goed gedrag'.

Moet dit soort zelfkwellig vooruitgang verbeelden?

Frans Meulenberg

1 Fens K. Zeven jaar en een boek op water en brood. *De Volkskrant* 1-4-1996.

2 Reve G. Roomse heisa. Manteau: Amsterdam, 1985.

## Misvattingen

Van Everdingen JJE, Kaandorp CJE. De dokter abuis. Medische misvattingen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996; 153 bladzijden, prijs NLG 45,-. ISBN 90-313-2038-2.

Toen mijn buurman en ik enige maanden geleden samen in de trein zaten, op weg naar Schiphol, ontwikkelde hij in de weken na onze terugkeer longembolieën. Hij had tevoren pijn in het been gehad. Ik begreep het al: hij had te lang stilgezeten in het vliegtuig. Uit een uniek prospectief cohortonderzoek onder 53 Nederlandse en Belgische trombose-onderzoekers op vliegreis naar een congres in Tokyo blijkt dat geen verklaring, lees ik in dit boekje. Toen ik mijn buurman dat vorige week vertelde, zei hij: 'Dat klopt; bijna iedere dokter had een andere verklaring voor mijn embolieën. Het zal wel betekenen dat dokters het allemaal nog niet zo goed weten.'

Zijn aambeien spataderen? Helpt stomen bij verkoudheid? Aan welke kant moet de ontlast-



tende stok gedragen moet worden? Ook de vraag voor welke vrouwen met een hartziekte zwangerschap gevaarlijk is, wordt beantwoord; met die vraag begon McKenzie, de grondlegger van epidemiologie en van het epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk aan het eind van de vorige eeuw zijn onderzoek. Nog veel meer van dit soort gewone medische vragen worden onder verwijzing naar literatuur beantwoord.

Het doel van geneeskunde is niet klachten verklaren, het doel van ons vak is mensen beter maken. En soms vormen verklaringen van klachten daarbij een nuttige en noodzakelijke hulp, mits verstandig aangewend: 'Simpelweg stellen dat de depressie wordt veroorzaakt door een tekort aan neurotransmitters, is het zelfde als brand verklaren uit een tekort aan water.' Maar alles te weten maakt niet gelukkig; de hyperventilatieprovocatie-test is niet valide; de koolzuurconcentratie in het bloed van mensen met de klachten, die zij toeschrijven aan hyperventilatie – tintelingen, benauwdheid en dergelijke – verandert eigenlijk nooit zoveel dat de klachten daaruit verklaard zouden kunnen worden. De verklaring deugt niet, maar straks komen die mensen met hun klachten op mijn spreekuur en vragen mij hoe ze hun klachten de baas kunnen, nu ze in de krant(!) gelezen hebben dat het ademen in een zakje niet kan helpen. En met geavanceerde seksuologische en psychofysiologische onderzoeksmethoden is vast komen te staan dat seksuele problemen in minstens de helft van de gevallen organische oorzaken hebben. 'Wat nog niet wil zeggen dat een oplossing voor deze problemen naderbij is gekomen.'

We weten veel, en veel is onderzocht, valt uit dit boekje te lezen. Daardoor treedt de omvang van onze onwetendheid beter aan het licht. We moeten blijven nadenken over de verhouding tussen wat wij wel en niet weten, en wat wij wel en niet kunnen genezen. Soms kan pas na jaren worden uitgemaakt welke therapie echt superieur is, zo luidt de laatste zin van de laatste bijdrage in dit boekje. Dat behoeft niet te leiden tot een verlammende scepsis. Het stemt tot bescheidenheid.

Daarom is dit een leuk en leerzaam boekje.

Ger van der Werf

### Mededelingen voor de Agenda in nummer 8 (juli) moeten op uiterlijk 12 juni in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

#### Realizing a gender-sensitive health care

*Amsterdam, 25-27 juni.* Internationale, interdisciplinaire conferentie over vrouwen en gezondheid. Inlichtingen: Congresbureau Universiteit van Amsterdam, tel. (020) 5254791/2946, fax (020) 5254799; e-mail [congres@bdu.uva.nl](mailto:congres@bdu.uva.nl).

#### Prevention and Health Promotion in Primary Care

*Kvêtna, Tsjechië, 30 juni – 4 juli.* WONCA Europe Region/European Society of General Practice/Family Medicine Regional Meeting. Inlichtingen: ESGP/FM '97 c/o Guarant Ltd, Opletalova 15, CZ-11000 Praha 1, Republiek Tsjechië; tel. (00.42.2) 2421.0650; fax (00.42.2) 260.130.

#### Family medicine: diversity and harmony in the evolving era

*Seoul, 30 augustus – 3 september.* Wonca Asia Pacific Regional Conference. Inlichtingen: Conference Secretariat, SL Kangnam, PO Box 305, Seoel 135-603, Korea.

#### Research in health care – philosophical, ethical and historical aspects

*Padua, 21-23 augustus.* 12e Jaarlijkse conferentie van de European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Inlichtingen: Prof.dr. H. ten Have, tel. (024) 3615320, fax (024) 3540254.

#### International summer school on quality improvement in general practice

*Maastricht, 31 augustus – 5 september.* Inlichtingen: Karin Vaessen of Ellen Breevoort, tel. (043) 3882334/11, fax (043) 3619344; e-mail [karin.vaessen@hag.unimaas.nl](mailto:karin.vaessen@hag.unimaas.nl).

#### Referatendag Vlaamse Huisartsen-research

*Antwerpen, 27 september.* Inlichtingen: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, St.-Hubertusstraat 58, 2600 Berchem, België; tel. (0032) 3.2811616; fax (0032) 3.2185184.

#### 2nd International conference on the scientific basis of health services

*Amsterdam, 5-8 oktober.* Inlichtingen: PAOG UvA, tel. (020) 5664801; fax (020) 6963228.

#### Using the evidence

*Amsterdam, 8-12 oktober.* 5th International Cochrane Colloquium. Inlichtingen: PAOG UvA, tel. (020) 5664801; fax (020) 6963228.

#### EGPRW-bijeenkomst

*Barcelona, 23-26 oktober.* Inlichtingen: mw. H. Prick, tel. (043) 3882319, fax (043) 3619344.

### Gezond Onderwijs Congres

*Veldhoven, 13-14 november.* Congres Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs. Inlichtingen: mw. M.P.A. Timmers, Bureau PAOG, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam; tel. (020) 5664801.

#### ■ Gezond en wel. Huisarts en ouderen

*Amsterdam, 28 november.* NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, tel. (030) 288.1700.

### 1998

#### Communication in health care

*10-12 juni 1998.* Inlichtingen: dr. P.F.M. Verhaak, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; tel. (030) 272.9700, fax (030) 272.9729; e-mail [p.verhaak@nivel.nl](mailto:p.verhaak@nivel.nl).

#### 15th Wonca world conference on family medicine

*Dublin, 13-18 juni 1998.* Inlichtingen: The Irish College of General Practitioners, Corrigan House, Ferrian Street, Dublin 2, Ireland; tel. (00353) 1676.3705; fax (00353) 1676.5850.

#### Philosophy of and philosophy in healthcare education

*Marburg, Duitsland, 20-22 augustus 1998.* 12e Jaarlijkse conferentie van de European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Abstracts en registratie vóór 1 november 1997. Inlichtingen: prof.dr. H. ten Have, Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; fax (024) 354.0254.

■ betekent: eerste vermelding.

## BERICHT

### Intensive care thuis

Op woensdagmiddag 24 september 1997 wordt in congrescentrum De Eenhoorn te Amersfoort een symposium gehouden met als thema 'Intensive care in de thuisituatie'. De volgende onderwerpen komen aan bod: thuisbeademing, thuisdialyse, parenterale voeding thuis, intensieve insuliner therapie, diabetes en coma, anafylactische shock, reanimatie, behandeling van terminaal hartfalen en pijnbestrijding met invasieve technieken. Het symposium wordt georganiseerd door Ziekenhuis Eemland te Amersfoort. Voor inlichtingen kan men zich wenden tot mw. T.F. Blaauw-Kram, Ziekenhuis Eemland, Ringweg Randenbroek 110, 3816 CP Amersfoort; telefoon (033) 4214579/4222345; fax (033) 4214757.