

Richtlijnimplementatie

De exercitie van Gorter *et al.* is zonder meer boeiend: hoe maak je transmurale afspraken en hoe meet je het effect ervan? In dit veelbesproken, doch nauwelijks ontgonnen veld zitten echter enkele valkuilen, waarop wij graag willen wijzen. Lokale aanpassing van landelijke richtlijnen bevordert de implementatie, maar brengt tevens het gevaar met zich mee dat de oorspronkelijke inhoud van de richtlijnen geweld wordt aangedaan. Dit kan worden geduid als 'de paradox van richtlijnimplementatie'.² Onze reactie bestaat uit drie delen:

- een inhoudelijke discussie;
- enkele kanttekeningen bij de onderzoeksopzet;
- een beschrijving van enkele valkuilen bij het opstellen van (regionale) werkafspraken.

Inhoudelijke discussie

Uitgangspunt voor de transmurale zorgafpraak was de NHG-Standaard Sinusitis, gepubliceerd in 1993. Het beleid in de standaard wordt in grote lijnen gevolgd, behalve bij klachten die langer duren dan vier weken. Hier is de Apeldoornse multidisciplinaire werkgroep van mening dat de patiënt verwezen dient te worden naar een KNO-arts voor een eenmalig consult. Indien op grond van de röntgenfoto een sinusitis wordt vastgesteld, komt de patiënt in aanmerking voor een kaakspoeeling. Dit lijkt ons een wel erg rigoureuze aanpak. Is het effect van een dergelijke interventie aangetoond? Het NHG hanteert het principe dat, zolang er geen wetenschappelijk bewijs voorhanden is voor het doen van interventie – zeker indien het een invasieve ingreep betreft – het afwachten van het natuurlijk beloop de voorkeur heeft, mits er geen risico's zijn voor het ontstaan van complicaties.

Uiteraard kan er in individuele gevallen altijd van deze richtlijn worden afgeweken, bijvoorbeeld bij uitgesproken wensen van de patiënt. Hoewel we zeker niet willen pretenderen dat NHG-standaarden heilig zijn,³ en wij het positief vinden dat het huisartsgeneeskundig deel van de regionale afspraak voor ongeveer 90 procent van de patiënten waar het om gaat, spoort met de standaard, vinden we het niet juist om op dat ene punt van de standaard af te wijken.

Onderzoeksopzet

Sinusitis is een veelvoorkomende klacht. Uit het onderzoek bleek dat het stellen van de juiste diagnose moeilijkheden opleverde. Bij liefst 20 versus 60 procent (uit de onderzoeksgroep versus de controlegroep) bleek achteraf sprake

te zijn van neuspoliepen of andere diagnoses. Jammer genoeg melden de auteurs niets over deze opvallende constatering.

Belangrijker nog is ons algemene bezwaar tegen de onderzoeksopzet. De auteurs hebben eerst op papier gezet hoe in de praktijk gehandeld wordt, en zijn vervolgens nagegaan of het ook zo gedaan wordt. De uitkomst ligt dan voor de hand. De conclusie van de auteurs: 'Het (...) protocol sluit (...) beter aan bij de dagelijkse praktijk dan de NHG-Standaard' is derhalve een *self-fulfilling prophecy*. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarom niet leiden tot modificatie van de standaard. Dit is jammer, omdat vervolgonderzoek altijd meegenomen wordt bij herzieningen van standaarden. Anders gezegd: goed vervolgonderzoek kan leiden tot bijstelling van een standaard, maar a priori bijstelling van een standaard *gevolgd* door onderzoek leidt tot – voor ons – weinig relevante resultaten.

(Regionale) afspraken

Hoe moet het nu verder met regionale afspraken?

Het NHG heeft zich enkele jaren geleden in een beleidsnota uitgesproken voor het uitwerken van een landelijk beleid Transmurale Afspraken;⁴ Gorter *et al.* verwijzen dan ook terecht naar deze nota. Helaas verwijzen zij echter niet naar de vervolgnota, die duidelijk maakt dat de uitwerking die de onderzoekers aan het begrip 'transmurale afspraak' geven, afwijkt van hetgeen het NHG voor ogen heeft.⁵ Omdat in de nabije toekomst meer onderzoek is op dit gebied is te verwachten, lijkt het ons nuttig enkele zaken op een rij te zetten. Door middel van 'landelijke transmurale afspraken' (LTA) wil het NHG, samen met een wetenschappelijke specialistenvereniging, op basis van wetenschappelijke bewijsvoering, duidelijk maken over welke aspecten van diagnostiek en behandeling huisartsen en specialisten het eens zijn. Daarnaast bevat een LTA ook een exposé van punten waarover discussie ontstond en waarover men het niet geheel eens werd.⁶ Dit maakt een LTA tot een geschikt uitgangspunt voor regionale afspraken, waarbij – dat laat zich raden – de onderlinge regionale afspraken niet indruisen tegen het beschikbaar wetenschappelijk bewijs, doch zich richten op de terreinen waarover meningsverschil bestaat. Daar bevindt zich de speelruimte en daar valt (logistieke) winst en duidelijkheid te behalen.

Wat gebeurt er nu als men regionaal, zoals in Apeldoorn, bepaalt hoe diagnosestelling en behandeling dienen te verlopen? Er valt een les te leren uit het verleden. Een staalkaart hiervan is terug te vinden in de aloude discussie over de

zin van tonsillectomie en adenotomie. Het ontbreken van deugdelijk wetenschappelijk onderzoek en het ontbreken van een landelijke consensus leidden tot grote regionale verschillen.⁷ En hoewel 'voor elke overtuiging wel argumenten gevonden kunnen worden',⁸ ontbrak – zoals gezegd – elk bewijs. Dergelijke regionale gezondheidsverschillen zijn ook in maatschappelijk opzicht nauwelijks te verantwoorden.

Natuurlijk is het onnodig te wachten op landelijke afspraken vooraleer regionale afspraken te maken. Initiatieven, zoals in dit geval in Apeldoorn, zijn dus lovenswaardig. En mocht het bovenstaande erg kritisch lijken, dan willen wij erop wijzen dat dit onderzoek wel heeft duidelijk gemaakt dat op basis van richtlijnen gedragsverandering heel goed mogelijk is.

J.S. Burgers
S. Flikweert
F. Meulenberg

- 1 Gorter KJ, Ruding PRJW, Luyckx MCVM, et al. Tussen ideaal en werkelijkheid. Transmurale zorgafspraken over sinusitis maxillaris door modificatie van de NHG-standaard. Huisarts Wet 1998;41(7):328-32.
- 2 Brown JB, Shye D, McFarland B. The paradox of guideline implementation. How AHCPR's depression guideline was adapted at Kaiser Permanente Northwest Region. J Qual Improv 1995;21:5-21.
- 3 Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-Standaarden. Huisarts Wet 1996;39:3-6.
- 4 Werkbare wetenschap. NHG-Beleidsplan 1994-1998. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994.
- 5 Zandvliet JJ. NHG-beleidsnota Transmurale afspraken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
- 6 Geijer RMM, Van Essen-Zandvliet EEM, Flikweert S, et al. Landelijke Transmurale Afspraak: Astma bij Kinderen. Huisarts Wet 1998;41(3):144-6.
- 7 De Melker RA. Tonsillectomie en adenotomie vanuit het gezichtspunt van de huisarts. Huisarts Wet 1978;21:143-6.
- 8 Feenstra L. Adenotomie en tonsillectomie bij kinderen tot 15 jaar. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142(20):906-10.

Naschrift

Burgers *et al.* onderschrijven en prijzen ons initiatief om op regionaal niveau afspraken te maken over de zorg voor patiënten met een sinusitis, ook al voordat er landelijke afspraken zijn. Bij hun *inhoudelijke* reactie is er ons inziens sprake van koudwatervrees: het kind (de NHG-standaard) zou wel eens met het badwater kunnen worden weggegooid (na 4 weken zonder succes dokteren wordt in een subgroep het afwachtende beleid van de standaard verlaten). De standaardoplossing (afwachten) is weliswaar wetenschappelijk verantwoord, maar ons inziens in de dagelijkse praktijk van de arts-patiëntrelatie (maatschappelijk) niet steeds goed

praktisch toepasbaar.¹ In ons onderzoek wordt de NHG-standaard gevolgd, behalve bij een beloop van langer dan 4 weken. In die gevallen stelt de KNO-arts de diagnose sinusitis, schrijft dan niet opnieuw een antibioticum voor (doelmatig geneesmiddelengebruik), maar doet eventueel een kaakspoeling en verwijst terug naar de huisarts (minimaal beslag op specialistische zorg). That's it! Van de kaakspoeling is overigens uit recent onderzoek nogmaals een duidelijk therapeutisch effect aangetoond bij patiënten met langer bestaande sinusitisklachten en suggestieve afwijkingen op de sinusfoto.²

De *onderzoeksopzet* is experimenteel, niet gerandomiseerd, parallel, waardoor er geen sprake is van een *self-fulfilling prophecy*. Bij analyse bleek tot onze verrassing dat huisartsen zowel in de onderzoeksgroep (werkend volgens het protocol) als in de controlegroep (werkend volgens de standaard) patiënten met een vertraagd beloop na 4 weken naar de KNO-arts verwezen. Wij menen daarom dat er juist sprake is van een gemiste kans, wanneer de door ons gepresenteerde onderzoeksresultaten op basis van oneigenlijke argumenten buiten beeld blijven bij een revisie van de standaard.

Ook wij vinden dat de landelijke transmurale afspraken een grote stap op de goede weg zijn. Zij vormen een goed onderbouwd raamwerk, op basis waarvan regionaal dan weer gedetailleerde werkafspraken gemaakt kunnen worden tussen huisartsen en specialisten. Deze werkafspraken zijn ons inziens maatschappelijk noodzakelijk, maar zullen uiteraard regionaal verschillen en kunnen dan, na verloop van tijd, onderling weer getoetst worden. Het door ons opgestelde en geëvalueerde protocol kan zeker een bijdrage leveren aan een dergelijke landelijke afspraak.

Namens de auteurs,
K.J. Gorter

1 Stoop AP, Berg M, Dinant GJ. Tussen afwijken en afwijken van richtlijnen. De NHG standaard Diabetes mellitus type 2. Huisarts Wet 1998;41(1):5-8.

2 Hartog B, Van Benthem PPG, Prins LC, Hordijk GJ. Efficacy of sinus irrigation vs sinus irrigation followed by functional endoscopic surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997;106:759-66.

Dyspnoe

In het artikel van *Ponsioen* had mw. A last van een vrij ernstige dyspnoe en haemoptoe, zodat embolisatie van de bronchiale arteriën noodzakelijk was.¹ Het is daarom niet te begrijpen waarom ze vervolgens diclofenac kreeg. Rem-

ming van de bloedplaatjesaggregatie door NSAID's kan een bloedingsneiging bevorderen. Tegen het hoesten en de pijn kreeg ze codeïne en later MS Contin, beide naar mijn mening in veel te lage dosering.

Wegens cachexie kreeg mw. A onder andere megestrolacetaat. Dit progestageen stimuleert de eetlust, en patiënte begon dan ook meer te eten. Helaas krijgen cachectische patiënten hierdoor vaak te veel zout toegediend, terwijl ze dit niet kunnen uitscheiden, zeker als tegelijkertijd diclofenac wordt toegepast; de uitscheiding van keukenzout wordt sterk geremd door NSAID's. Dit beleid kan astma cardiale veroorzaken, wat hier waarschijnlijk het geval was. De preëxistente nierfunctiestoornissen (hoge plasmakalium) hadden de behandelende arts moeten waarschuwen voor dit effect.

Bij de beschrijving van de toenemende dyspnoe verzuimt *Ponsioen* te vermelden of wel of geen crepitaties en/of rhonchi aan de longen werden waargenomen; deze symptomen kunnen wijzen op overvulling.

Uiteindelijk wordt patiënte steeds slechter, haar bloeddruk daalt, ze heeft snelle pols en last van zweten. Ze raakt in shock en is stervende. Terecht besluit de dienstdoende huisarts morfine en diazepam te geven. Zuurstof is alleen zinvol bij cyanose; hierover worden we echter niet geïnformeerd. Na een oplaaddosis – 10 tot 20 mg morfine – dient ook een onderhoudsdosering te worden gegeven, bij voorkeur via een continue subcutane infusie of subcutane injecties à 4 uur, bijvoorbeeld 30-40 mg/24 uur. Om patiënte te sederen is inderdaad midazolam een betere keuze, omdat dit middel samen met morfine gegeven kan worden, terwijl de werkingduur van beide middelen ongeveer gelijk is. In acute situaties, bij dreigende verstikking, is het spuiten van midazolam 10-15 mg subcutaan ineens een zeer goede keuze. Dit is inderdaad heel iets anders dan actieve levensbeëindiging. Het toedienen van een dosis van 45 mg ineens, zoals *Ponsioen* suggereert, is meestal niet nodig; men krijgt de indruk dat niet de sedering, maar het bespoedigen van het overlijden het hoofddoel van deze handeling is. Midazolam werkt zeer snel, en de patiënt kan bij deze dosering bijna 'aan de naald' overlijden.

Over de tekst van het artikel nog een paar opmerkingen. Kortademigheid is niet hetzelfde als benauwdheid. Het is een betreurenswaardige mythe dat morfine gegeven wordt 'ter bevordering van welbevinden van de patiënt'. Er zijn twee indicaties voor het gebruik van morfine, pijn en dyspnoe. Na toediening wordt geen euforie, wat vaak gelijkgesteld wordt met toegenomen welbevinden, maar juist dysforie gezien. Het is ook af te raden om een sedativum

toe te passen, als de morfine obstipatie of blaasretentie veroorzaakt en de patiënt hierdoor onrustig wordt. Sederen alleen kan in deze situaties rampzalig zijn.² Behandelen van obstipatie door middel van laxantia of klysma's en het catheteriseren van de blaas is de enig juiste handeling. Met behulp van een subcutaan continu infuus worden niet algehele anesthetica, maar analgetica toegediend.

Al met al waardeer ik het, dat *Ponsioen* dit belangrijke onderwerp ter sprake wilde brengen. Hij laat op heldere wijze zien hoe wij tekortschieten wat betreft onze kennis van de symptomen in de palliatieve zorg. Het spreken met de patiënte over een actieve levensbeëindiging bij dit beleid illustreert waarom ons euthanasiebeleid in het buitenland zo sterk wordt bekritiseerd.

Dr. Z. Zylicz, internist

1 Ponsioen BP. Handelen bij dyspnoe in de laatste levensfase. Huisarts Wet 1998;41:424-426.

2 Jacobs WMJ, Thiesbrummel AWB, Zylicz Z. Behandeling van onrust bij stervenden; meer dan sederen alleen. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:433-6.

Naschrift

Naar aanleiding van het handelen van de huisarts bij mevrouw A met dyspnoe in haar laatste levensfase stelt collega Zylicz dat 'onze kennis van de symptomen in de palliatieve zorg' tekortschiet. Een gevoel van tekortschieten in dergelijke situaties is geen dokter vreemd. Kennis komen wij tekort, en zijn onze vaardigheden wel voldoende? Dienen wij wel de juiste middelen toe, op het juiste tijdstip en op de juiste wijze? Hebben wij, alvorens te handelen, wel voldoende gecommuniceerd met de patiënt? Is onze attitude een juiste? Laten wij het perspectief van de dokter prevaleren of geven wij de patiënt voorrang?

Zylicz is het eens met de keuze die de huisarts maakte bij dreigende verstikking: 10-15 mg midazolam subcutaan ineens. Op zijn kanttekeningen bij de medicamenteuze adviezen van de polikliniek oncologie wordt hier niet ingegaan. De bevindingen bij auscultatie en percussie(!) van de dyspnoeïsche en stridoreuze mevrouw A werden niet vermeld; de waarde ervan was beperkt.

Dyspnoe is een symptoom dat niet goed begrepen wordt zonder aandacht voor de beleving ervan. Helaas kunnen woorden ons daarbij misleiden, omdat kortademigheid niet hetzelfde is als 'benauwdheid', zoals Zylicz terecht stelt. Wel kan 'benauwdheid' wijzen op angst; angst die mede door dyspnoe kan ontstaan. Diezelfde angst kan dyspnoe weer in

stand houden. Communicatie met de patiënt over wat deze 'voelt', en hoe hij dat ervaart, is essentieel.

Uitwisseling van informatie met patiënten die verkeren onder omstandigheden zoals mevrouw A, wordt vooral beperkt door de hoeveel 'waarheid' die de arts-patiëntrelatie kan verdragen.¹ Het spreken over actieve levensbeëindiging was wenselijk en gepast. Het gesprek had ten doel om beter te weten wat de beleving van 'euthanasie' voor mw. A op dat moment was. Het gesprek over euthanasie wordt gerekend tot 'het normale medisch handelen'.²

B.P. Ponsioen

1 Franchi F. Dying of cancer. Psychodynamic considerations. *J Exp Clin Cancer Res* 1995;14:1.

2 Spreeuwenberg C. De weigerende arts. In: Legemaate J, Dillmann RJM, redactie. *Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

H&W

Literatuurinformatie

Publicaties in *Huisarts en Wetenschap* zijn op vier wijzen achterhaalbaar:

- Via de *jaarregisters*.
- Via de *cumulatieve registers* 1957-1971, 1972-1991 en 1992-1996. Te bestellen bij het bureau van het NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.
- Via het *elektronisch register* 1957-1997. Voor dit register is een personal computer vereist, in combinatie met het *indexprogramma* van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De instapprijs voor abonnees bedraagt NLG 97,50. Voor andere particulieren is dat NLG 125,-, voor instellingen NLG 150,-. De jaarlijkse updates kosten respectievelijk NLG 45,-, NLG 65,- en NLG 90,-. Te bestellen bij Intermedia bv, klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum, Antwoordnummer 10154, 2400 VB Alphen a/d Rijn.
- Via de *documentatieservice* van H&W. De prijs van een zoekopdracht bedraagt NLG 5,- per trefwoord of A4, met een minimum van NLG 15,- (exclusief verzendkosten). Aan te vragen bij het redactiesecretariaat, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.

Herpes simplex

Brown ZA, Selke S, Kopelman J, et al. The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *N Engl J Med* 1997;337:509-15.

Een herpesvirusinfectie (HSV) bij zwangere vrouwen zou nadelige gevolgen hebben voor de zwangerschap (abortus en partus prematurus) en voor de vrucht (aangeboren of neonatale herpes simplex). Om na te gaan of dit inderdaad het geval is, werd op een zwangerschaps-polikliniek bij 8538 vrouwen in totaal vier maal de HSV-serologie bepaald: bij het eerste bezoek aan de polikliniek, in de 16e en de 24e week van de zwangerschap en tijdens de bevalling. Bij het eerste bezoek waren 6942 vrouwen seropositief. Daarna werden bij nog eens 94 vrouwen HSV-antilichamen vastgesteld. Tweederde van deze vrouwen had geen klinische tekenen van een infectie en bij hun pasgeborene werden geen tekenen van HSV-infectie gevonden. Op de verloskamer werd ook een HSV-kweek ingezet. Negen vrouwen hadden een positieve kweek. In vier van deze gevallen had de pasgeborene een HSV-infectie, die bij één baby dodelijk was. Het blijkt dus dat alleen een HSV-infectie bij een barende nadelige gevolgen kan hebben.

H.G. Frenkel-Tietz

Cardiovasculaire risicofactoren

Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *N Engl J Med* 1998;338:1650-6.

Bij 93 jongeren tussen de 2 en 39 jaar die overleden, meest door een ongeval of moord, werd via obductie vastgesteld of er atherosclerotische plaques aanwezig waren in hun aorta en coronair arteriën. Van hen waren risicofactoren voor hart-en vaatziekten bekend.

Met het toenemen van de leeftijd namen de plaques in aantal en uitgebreidheid toe. In de aorta waren in de groep van 2 tot 15 jaar bij 14 procent van de jongeren 'fatty streaks' (dit zijn voorlopers van atherosclerotische plaques) te zien en bij 29 procent van de 26 tot 39 jarigen. Het aantal jongeren met 'fatty streaks' in de coronair arteriën steeg van 0,5 procent tot 7 procent. Voor fibreuze plaques (al meer uitgesproken atherosclerotische plaques) zag men ook deze stijging met de leeftijd, van 0,2 tot 4 procent in de aorta en van 0,2 tot 7 procent in de coronaria. De uitgebreidheid van de atherosclerotische lesies was positief en significant gecorreleerd met de QI-index, de systolische bloeddruk, de diastolische bloeddruk, totaal serumcholesterol-gehalte, het LDL-cholesterol-ge-

halte en de triglyceridenconcentraties. Ook bij het roken van sigaretten zag men grotere plaques. Bij jongeren met 3 of 4 risicofactoren uit de groep van: QI-index, systolische bloeddruk, triglyceriden- en LDL-concentratie, waren de plaques ruim 8x zo uitgebreid dan bij degenen zonder deze risicofactoren.

Bij jongeren is dus ook al een sterke relatie aanwezig is tussen het hebben van cardiovasculaire risicofactoren en atherosclerose. Dit pleit er voor ook in deze leeftijdsgroep de nadruk te leggen op het niet-roken, gewichtscontrole, meer lichaamsbeweging en een goed dieet ter preventie van atherosclerose.

Germa Joppe

Direct catheteriseren bij hartinfarct

Boden WE, O'Rourke RA, Crawford MH et al. Outcomes in patients with acute non-Q-wave myocardial infarction randomly assigned to an invasive as compared with a conservative management strategy. *N Engl J Med* 1998;338:1785-2.

Meer dan de helft van alle hartinfarcten in de VS zijn non-Q-wave infarcten. Bij deze infarcten wordt daar heel vaak direct gecatheteriseerd en daarna gerevasculariseerd via dotteren of operatie. In deze studie werden 462 mensen met een non-Q-wave infarct direct gecatheteriseerd (de invasieve groep) en zonodig bij één afgesloten vat gedotterd en bij meerdere aan-gedane vaten geopereerd. Een groep van 458 mensen met een non-Q-wave infarct diende als controle (de conservatief behandelde groep); zij ondergingen alleen catheterisatie als daar klinische aanleiding voor was, zoals post-infarct angina pectoris, afwijkingen op het inspannings-ECG of afwijkingen op de thalliumscan (bij ontslag uit het ziekenhuis). Beide groepen (bijna allen mannen) kregen aspirine en diltiazem en zonodig andere medicatie. Primaire eindpunten van deze studie waren dood en niet-fataal hartinfarct.

Gedurende gemiddeld 2 jaar van follow-up deden zich 80 sterfgevallen en 72 hartinfarcten voor bij 138 patiënten uit de invasieve groep. In de conservatief behandelde groep overleden 59 mensen en kregen er 80 een infarct. Op langere termijn bleken de uitkomsten in beide groepen niet te verschillen (na 3 jaar), maar op de korte termijn (tot 1 jaar na het infarct) bleek de conservatief behandelde groep er beter uit te komen: minder hartinfarcten en minder sterfgevallen (36 tegen 15 gevallen bij ontslag uit het ziekenhuis en 111 tegen 85 gevallen na een jaar).

Catheterisatie werd verricht bij 96 procent

van de mensen uit de invasieve groep en bij 29 procent uit de conservatief behandelde groep in de eerste maand na het infarct. In de invasieve groep resulteerde het uiteindelijk in 44 procent van de gevallen tot ingrijpen (PTCA of bypass), in de conservatief behandelde groep werd bij 33 procent van hen een PTCA of bypass verricht.

Een in beginsel conservatief beleid bij mensen met een non-Q-wave infarct is dus veilig en effectief. (We mogen dus nog steeds mensen met een infarct op laten nemen in ziekenhuizen die niet zelf kunnen catheteriseren, *ref.*).

Germa Joppe

Scintigrafie

Mirzaei S, Knoll P, Lipp RW, et al. Bone scintigraphy in screening of torture survivors. *Lancet* 1998;352:949-51.

Oude botbreuken en beschadigingen ten gevolge van mishandeling zijn vaak niet aan te tonen op normale röntgenfoto's. Scintigrafie is een veel gevoeliger techniek, die zijn waarde al heeft bewezen bij kinderen met het 'battered child'-syndroom. Dit onderzoek werd uitgevoerd bij 25 asielzoekers die destijds zouden zijn mishandeld in hun land van herkomst. Twaalf van hen (groep A) zeiden te zijn geslagen met harde voorwerpen als knuppels en geveercolven; de anderen zouden met de vuist zijn geslagen of zijn geschopt. De controlegroep bestond uit eveneens 25 asielzoekers van overeenkomstige leeftijd, geslacht en nationaliteit, maar zonder mishandeling in de anamnese.

De gewone röntgenfoto's lieten in groep A 7 botafwijkingen zien bij in totaal 5 personen, in groep B in het geheel geen afwijkingen, en in de controlegroep alleen een reeds bekende coxarthrosis. Op de botscans – die blind werden beoordeeld door een specialist – werden in groep A bij alle 12 asielzoekers oude letsels vastgesteld (in totaal 37), en in groep B bij 7 slachtoffers in totaal 8 afwijkingen. In de controlegroep werd alleen het geval van coxarthrosis bevestigd. Anamnestic waren de letsels tussen de 6 maanden en 5 jaar oud.

Veruit de meeste botbreuken zijn na drie jaar niet meer vast te stellen op een röntgenfoto; bij botsintigrafie is deze periode veel langer. Volgens de auteurs zijn aldus vastgestelde afwijkingen geen onomstotelijk bewijs voor mishandeling, maar vormen zij wel een serieus te nemen indicatie.

M. Sanders

Diabetes mellitus

De Sonnaville JJJ. Structured care for patients with diabetes mellitus type 2 in general practice [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998; 135 bladzijden. ISBN 90-9011-334-7.

Promotie: 14 januari 1998.

Promovendus: J.J.J. de Sonnaville, internist, VU-ziekenhuis, Amsterdam.

Promotor: prof.dr. R.J. Heine;

copromotor: dr. D. Wijkkel.

Bespreking: dr. S. Verhoeven, huisarts te Heerde.

Dit proefschrift is gebaseerd op de resultaten van het Amsterdamse Diabetes Project. Hierbij wordt de eerste lijn vanuit de Amsterdamse Thrombosedienst en het Artsenlaboratorium ondersteund bij de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2. De redenen om zo'n project op te zetten waren twijfels of huisartsen zonder structurele steun wel goede diabeteszorg kunnen bieden. Dit leidt tot de belangrijkste vraagstelling: biedt een ondersteunend diabetesproject meerwaarde ten aanzien van glykemische controle, cardiovasculair risicoprofiel en kwaliteit van leven bij patiënten met diabetes mellitus type 2. Daarnaast worden twee andere onderwerpen behandeld:

- De waarde van de screening op diabetische retinopathie en de waarde van opsporing van diabetische voetafwijkingen met behulp van 'standaard' neurologisch onderzoek en de 'Semmes Weinstein Monofilamenten'.
- De overschakeling naar insuline binnen een dergelijk eerstelijnsproject.

Het diabetesproject

Het hoofdonderzoek werd uitgevoerd onder 350 patiënten met diabetes mellitus type 2, in 22 huisartspraktijken; de controlegroep bestond uit 68 patiënten uit 6 praktijken. De interventiegroep ontving gedurende 2 jaar systematische zorg, bestaande uit driemaandelijks en jaarlijks onderzoek op glucoseregeling, cardiovasculaire risicofactoren en late complicaties als retinopathie en voetafwijkingen. Er was een strak oproepschema, waarbij diverse disciplines werden ingezet (diabetesverpleegkundige, diëtist, podotherapeut, superviserend internist); screening op retinopathie werd uitgevoerd met een funduscamera. In de controlegroep werd de 'standaard-huisartsenzorg' volgens de NHG-richtlijnen aangehouden.

Na 2 jaar verbeterde het gemiddelde HbA1c in de onderzoeksgroep van 7,4 naar 7,0 procent, terwijl in de controlegroep een lichte stijging optrad (van 7,4 naar 7,6 procent). Een goede glucoseregeling (HbA1c <7 procent)

werd bereikt bij 54,3 procent (start 43,4 procent) van de onderzoeksgroep en bij 44,1 procent (start 54,4 procent) van de controlegroep. Deze verschillen waren significant.

Bij de cardiovasculaire risicofactoren trad in beide groepen nauwelijks enige verbetering op. Wel werd in de interventiegroep in 30 procent van de gevallen gestart met insuline. Het algemeen welbevinden, uitsluitend in de interventiegroep onderzocht, veranderde niet door het project.

Retinopathie en voetafwijkingen

In dezelfde populatie werd ook de bruikbaarheid van een 60°-funduscamera onderzocht. In mydriasis werden twee zwart-witdia's per oog gemaakt; de beoordeling van de dia's werd vergeleken met het oordeel van ervaren oogartsen op basis van funduscopie. Sensitiviteit en specificiteit van de camera bleken 97 procent te bedragen; klinisch relevante retinopathie werd in geen enkele geval door de camera gemist. Diabetische retinopathie kwam in 14,7 procent van de ogen voor, terwijl slechts 6,7 procent van de opnamen niet beoordeelbaar was.

De waarde van het standaard neurologisch onderzoek en de 'Semmes Weinstein Monofilamenten' is eerder besproken naar aanleiding van het proefschrift Gerlof Valk (Huisarts Wet 1998;41(6):304-6).

Overschakeling naar insuline

Bijna een derde van de patiënten in de interventiegroep werd overgeschakeld op insuline. Het gemiddelde HbA1c daalde bij deze groep van 8,2 naar 7,4 procent. Ondanks een gewichtstoename van gemiddeld 4,2 kg was er in hun functioneren alleen een licht negatief effect in de dimensie 'emotionele vermoeidheid' (met facetten als uitputting, en doodop-zijn). Volgens de auteur al met al geen reden om terughoudend te zijn met insuline. Een analyse van de kosten binnen het project leverde een goede vergelijkbaarheid met de gebruikelijke poliklinische instelling op insuline. In beide gevallen waren de kosten ongeveer NLG 2500.

Conclusies

- Ondersteuning door een diabetesdienst geeft een betere kwaliteit van de diabeteszorg; dit geldt met name voor de glucoseregulatie, maar (nog) niet voor de normering van bloeddruk en lipiden.
- Een funduscamera is goed bruikbaar voor screening op retinopathie; standaard neurologisch onderzoek en toepassing van 'Semmes Weinstein Monofilamenten' zijn goed bruikbaar voor de opsporing van diabetische neuropathie.

- Instelling op insuline binnen een dergelijk eerstelijnsproject is goed haalbaar.

Commentaar

Het is voor de eerste maal dat één van de vele diabetesonderzoeksprojecten in ons land zo uitvoerig en verantwoord is geanalyseerd. Wat dat betreft vormt het een nieuwe bouwsteen voor de (implementatie van de) nieuwe transmurale NHG-standaard. Ook de nevenvraagstellingen leveren uitstekend materiaal. Bijzonder fraai is het onderzoek naar de bruikbaarheid van de funduscamera. Ook een inventarisatie van de voetproblemen heeft in zo'n populatie nauwelijks in Nederland plaatsgevonden. Dit is een verdienste van dit proefschrift.

Er zijn echter ook kritische kanttekeningen te maken, zowel over de onderzoeksmethodiek als over de mogelijke gevolgen voor beleid. Wat opvalt, is de reeds fraaie glucoseregeling van de interventiegroep bij het begin van het onderzoek (gemiddeld HbA1c 7,4 procent). Bestudering van de tabellen maakt duidelijk, wat hieraan ten grondslag ligt: maar liefst 39 procent van de patiënten met diabetes mellitus type 2 zijn (nog) onder behandeling van een internist, en het percentage insulinegebruikers was bij het begin van de studie slechts 3,9 procent. We hebben dus te maken met een gunstig geselecteerde groep, die de behandelaar minder moeite zal geven om een nog wat betere glucoseregulatie te bereiken. In dit kader kan men zich ook afvragen wat de karakteristieken van het grote aantal non-participanten (n=167) en afvallers (n=129) zijn. In hoeverre zouden dezen de resultaten hebben beïnvloed, doordat daarin mogelijk de probleem-diabetespatiënten (ouderen met veel comorbiditeit?) zitten, die de huisarts de nodige hoofdbreken kosten.

Wat verder vragen oproept, is het feit dat in de controlegroep een verslechtering van de glucoseregeling optrad. Maar misschien heeft dit geen enkele betekenis, omdat de controlegroep wel erg klein was (n=68). In de tekst wordt helaas hieraan geen woord gewijd.

Dat de effectiviteit van een diabetesproject nog niet zo groot is, komt helaas tot uiting in het uitblijven van een effect bij het cardiovasculaire risicoprofiel. Dit geeft te denken, omdat steeds duidelijker wordt dat dit bij diabetes mellitus type 2 mogelijk belangrijker is dan glucoseregeling.

Wat betreft de mogelijke gevolgen van dit onderzoek voor het beleid moet mij iets van het hart. De teneur is enigszins, dat de huisarts niet in staat is tot adequate diabeteszorg, onder andere doordat een goede registratie en follow-up ontbreken. In Nederlands onderzoek is aange-

toond dat dit inderdaad het geval is, maar er is ook voldoende onderzoek waarin het omgekeerde wordt aangetoond.¹⁻³ Ondanks het feit dat de auteur erop blijft hameren dat de huisarts de centrale figuur blijft, is deze naar mijn smaak in dit onderzoek wel erg naar de marge gedrongen. Want wat moet een huisarts nog doen als het oproepen voor de uitvoering van driemaandelijkse en jaarlijks onderzoek voor hem wordt gedaan? Weinig; tekenend is dat slechts 4 van de 22 huisartsen in dit onderzoek de insulinedosering durfden aan te passen.

Het proefschrift vormt voor huisartsen een uitdaging te bewijzen dat zij, met het uit handen geven van minder taken, even goede resultaten kunnen boeken. Het optimum zal waarschijnlijk zijn dat de huisarts slechts zo nodig een 'module' van zo'n diabetesproject (bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige voor educatie of insulineoverschakeling) benut. De Sonnaville doelt hier ook enigszins op in zijn slotwoord. Diabeteszorg kan alleen door een team worden verleend, maar dat kan met veel minder overnemen van taken.

Simon Verhoeven

1 Konings GPJM, Wijkkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard diabetes mellitus type 2? Huisarts Wet 1995;38:10-4.

2 Jacobs ML, Akkerhuis KM, Van Dijk MJ, et al. Betere diabetesregulatie door strikt volgen van de Standaard 'Diabetes Mellitus type II' van het Nederlandse Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1241-5.

3 Lemmens JHMP. Het Zwolse diabetes model. In: Bilo HJG, Meyboom-de Jong B, Van Ballegoie E, redactie. Transmurale zorgvormen van diabetes mellitus: verkenningen van de Nederlandse situatie. Zwolle: De Weezenlanden Series No 10, 1996: 87-96.

Reactie

De recensent suggereert dat de 'gunstig geselecteerde groep' het goede resultaat zou kunnen verklaren. Hoewel de controlegroep niet essentieel verschilde (bij aanvang gemiddeld HbA1c 7,4 procent; insulinegebruik 3,9 procent), werd in deze groep geen verbetering waargenomen. Het hoge percentage patiënten (39 procent) in de tweede lijn is niet ongewoon, zeker niet in grote steden. De winst werd vooral gehaald bij de slecht ingestelde patiënten (HbA1c >8,5 procent): bij het project daalde dit van 21,4 tot 12,1 procent ($p < 0,001$), terwijl bij de controlegroep een niet-significante stijging werd waargenomen van 23,5 tot 27,9 procent ($p = 0,58$).

Een studie in de dagelijkse praktijk heeft al tijd te maken met non-participatie en uitvallers. Helaas is dit nauwelijks te voorkomen. Hoewel dit dikwijls nagelaten wordt, zijn de aantallen in deze studie weergegeven en met redenen

omkleed. Opvallend was de sterke wisseling van huisarts (verklaard 7,9 procent van de 23,1 procent uitval in 2 jaar), hetgeen niet abnormaal is in een grote stad. Natuurlijk kunnen de non-participanten en uitvallers de resultaten enigszins hebben beïnvloed.

Gesteld wordt dat de gemiddelde HbA1c in de controlegroep verslechterde. Omdat de verandering van 7,4 tot 7,6 procent niet-significant ($p = 0,23$) is, kan beter gezegd worden dat de HbA1c in deze groep niet veranderde.

'De effectiviteit van de diabetesdienst is niet zo groot, omdat er nauwelijks effect is in het cardiovasculair risicoprofiel.' Dit item is besproken op pagina 76: Bij de behandeling van de glucosehuishouding werd gebruik gemaakt van een concreet stappenplan (met het goede beschreven resultaat). Bij het jaarlijks onderzoek werd het cardiovasculair risicoprofiel (onder andere bloeddruk, lipiden, roken) vastgesteld en werd zo nodig verwezen naar de NHG-standaarden (zonder veel effect). Het ontbreken van een eenvoudig en geaccepteerd stappenplan en geaccepteerde streefwaarden zijn mogelijk redenen voor de geringe effectiviteit.

Het is nooit mijn bedoeling geweest huisartsen te 'beschuldigen' van slechte diabeteszorg en het is jammer dat de recensent deze teneur (nog uit een ver verleden?) voelt. Het streven was de eerste lijn te versterken door het bieden van voldoende faciliteiten. De ontwikkeling van 'transmurale' richtlijnen (zoals de nieuwe NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 en CBO-consensus Lipiden) zal de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn verder bevorderen, hetgeen uiteindelijk de patiënt ten goede komt.

J.J.J. de Sonnaville

Levensbeëindiging op verzoek

Lam HM. Helpen bij sterven. Levensbeëindiging op verzoek in verschillende samenlevingen [Dissertatie Universiteit Utrecht]. Amsterdam, Overveen: Boom, Belvédère, 1997; 279 bladzijden, NLG 39,50. ISBN 90-5352-361-8.

Promotie: 12 december 1997.

Promovendus: H.M. Lam, huisarts te Aalsmeer.

Promotores: prof.dr. A. de Ruijter, prof.dr. C. Spreeuwenberg.

Bespreking: prof.dr. G. van der Wal, hoogleraar Sociale Geneeskunde, VU.

Het verzoek om beëindiging van het eigen leven is op vele momenten en op verschillende

plaatsen in de geschiedenis gedaan. Om diverse redenen en op vele manieren is dit verzoek gehonoreerd. Op veel plaatsen was levensbeëindiging op verzoek een maatschappelijk geaccepteerde gebeurtenis. In Nederland zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding sinds enige jaren geïnstitutionaliseerd. In het merendeel van de gevallen spelen deze zich af in de thuis-situatie.

In de proloog beschrijft de auteur een geval van hulp bij zelfdoding in zijn eigen huisartspraktijk. Aan de orde komen de spanningen tussen de diverse betrokkenen – de patiënt, de naasten en de arts – als gevolg van de uiteenlopende emoties, inzichten en belangen bij een verzoek om hulp bij het beëindigen van het leven. Deze worden mede beïnvloed door de regulerende samenleving. Onvrede met deze en dergelijke situaties vormen de achtergrond van de vraag in deze studie of kennis van en begrip over vergelijkbaar handelen in andere samenlevingen het inzicht in eigen handelen zinvol kan beïnvloeden en of vervolgens het verkregen inzicht praktisch bruikbaar is.

De vraagstelling van het onderzoek is drieledig:

- Wat is de sociale en culturele constructie van levensbeëindiging op verzoek als institutie?
- Waarin verschilt levensbeëindiging op verzoek in diverse samenlevingen en welke zijn de overeenkomsten?
- Welke leerpunten biedt de vergelijking voor de Nederlandse situatie?

In deze antropologische studie zijn twee elkaar aanvullende methoden gehanteerd: een analytische en een hermeneutisch interpreterende benadering. In feite gaat het om een literatuuronderzoek. Er worden vijf samenlevingen, inclusief de Nederlandse, bestudeerd, steeds volgens eenzelfde schema. Achtereenvolgens komen aan bod: levensbeëindiging op verzoek als proces in tijd en ruimte, de diverse betrokken actoren en levensbeëindiging op verzoek als sociale en culturele constructie. De rode draad door de studie is de figuur van de hulpgever.

Resultaten

Bij de Dinka in Soedan wordt de meester van de visspeer, wanneer zijn vitaliteit afneemt en zijn levenseinde nadert, op eigen verzoek levend begraven. Hij is de enige Dinka wiens leven aldus wordt beëindigd. De achtergrond hiervan is dat hij als spiritueel leider niet (gewoon) dood mag gaan; allerlei rampspoed zou dan de Dinka treffen. Iedereen participeert in de begravingen.

Suttee, de verbranding van een vrouw in hindoeïstisch India nadat haar man is overleden, kent een traditie van tweeduizend jaar. Het is

een openbare gebeurtenis met honderden tot duizenden toeschouwers. Door haar verbranding verbetert de vrouw haar eigen status, evenals die van haar overleden man en diens familie: het is een ordeherstellend offer. Suttee is in het huidige India verboden.

Een eeuwenlange traditie bij de Japanse samoerai is seppuku: zich de buik opensnijden, gevolgd door een onthoofdende slag door een helper. Seppuku is een daad van eer en loyaliteit. Perfecte uitvoering is belangrijk. Aanvankelijk was de helper een dienaar, later een vriend, en tenslotte een 'deskundige' medesamoerai. Seppuku is meestal openbaar, maar familie ontbreekt.

Bij de Inuit (Eskimo's) wordt het besluit tot levensbeëindiging genomen wanneer een Inuk zich insufficiënt voelt bij noodzakelijke handelingen voor de voedselvoorziening. Meestal is het een privébeslissing, soms is er overleg met de naaste familie. De levensbeëindiging speelt zich af in kleine kring, waarbij alleen naaste verwanten mogen helpen. De hulp wordt vaak met tegenzin gegeven, maar is een functionele daad, gericht op groepsoverleven.

In Nederland hoort bij euthanasie en hulp bij zelfdoding altijd een arts betrokken te zijn. Naasten hebben invloed bij de besluitvorming, maar hebben geen formele status. Doorgaans is de regie – op de technische handelingen van de arts na – in handen van de zieke in overleg met de intimi. De arts is deskundige, maar vaak ook medemenselijk betrokken. Respect voor autonomie en barmhartigheid zijn de heersende ethische principes.

In alle onderzochte samenlevingen is levensbeëindiging op verzoek een copingmechanisme met betrekking tot schaarste. In Nederland gaat het om individuele schaarste (aan gezondheid). Elders gaat het meer om schaarste (aan cultureel of economisch kapitaal) die de groep betreft. In Nederland bestaat geen sociale plicht tot levensbeëindiging; dit is elders wel min of meer het geval. Hier is het een fenomeen in het belang van het individu.

Lam concludeert dat de belangrijkste knelpunten in Nederland samenhangen met de kloof tussen de privégebeurtenis van het sterven en de regulerende en toetsende samenleving, waarbij artsen die kloof (moeten) overbruggen. Hij stelt voor dat de relaties tussen zieke en naasten bepalen waar en met wie de levensbeëindiging zal plaatsvinden. De consequentie (van dit intersubjectieve zorgmodel) is dat de helper de partner, een kind, een goede vriend of een arts kan zijn. De arts is, evenals andere professionele hulpverleners, als deskundige aanwezig en dientengevolge een ge-

deeltelijke buitenstaander. De samenleving zal zich flexibel moeten opstellen en rekening houden met individualiteit en pluriformiteit.

Commentaar

De studie van Lam heeft tot een mooi vormgegeven en opvallend goed geschreven proefschrift geleid. Het is een knappe prestatie om dat naast het bestaan als huisarts te doen. De keus van het onderwerp is gedurfd. De beschrijvingen van de andere culturen zijn buitengewoon interessant en onderhoudend. Er zijn echter nogal wat punten waar ik vraagtekens bij plaats, en op enkele daarvan zal ik hier ingaan.

Eerst iets over de methode van het onderzoek, althans over de weergave door de auteur van eigen en andermans onderzoeksmethoden. Lam schrijft (blz. 184-185) dat hij, om een beeld te krijgen van beweegredenen van mensen om te vragen om beëindiging van het leven, twee soorten teksten heeft onderzocht: teksten uit grootschalig onderzoek, die 'de visie van de onderzoeker vertolken', en teksten van casusbeschrijvingen, die de 'visie van betrokkenen zelf of hun directe naasten vertolken'. Dit lijkt mij een onheldere en onjuiste weergave van zaken. Naar mijn mening ligt de tegenstelling anders en haalt de auteur een aantal zaken door elkaar. In de grootschalige onderzoeken wordt niet zozeer de visie van de onderzoeker, als wel die van de geïnterviewde of geënkquêteerde vertolkt. Dat de laatstgenoemde artsen waren en geen patiënten of naasten, is een andere zaak. De casusbeschrijvingen zijn tot stand gekomen via participerende observaties en interviews. Dat betrof niet alleen artsen maar ook patiënten en hun naasten. De casusbeschrijving is net zo goed een vertolking van de onderzoeker als het eerste type tekst. De tegenstelling is mijns inziens veel meer grootschalig versus kleinschalig onderzoek, kwantitatief versus kwalitatief onderzoek en de arts versus de patiënt/naasten als onderzoeksobject.

Mijn tweede punt van kritiek betreft het slotwoordstuk. De auteur komt daarin tot een nogal gedurfd koerswijziging. De essentie daarvan is dat de positie van de arts (in Nederland) als helper bij levensbeëindiging op verzoek minder exclusief moet worden. Daar is veel voor, en nog veel meer tegen te zeggen, maar daar gaat het mij nu niet om. Mijn kritiek is dat deze conclusie niet gebaseerd is op de resultaten van de studie naar hulp bij levensbeëindiging in verschillende culturen.

Lam begint zijn boek met een beschrijving van een casus, waarbij hij aangeeft zich ongemakkelijk te voelen in de rol van de arts die wordt gevraagd te helpen bij levensbeëin-

diging. Hij eindigt met een vertoog over zorgethiek, op basis waarvan hij voor een minder prominente positie van de arts kiest. Voor die keus echter zijn mijns inziens alle tussenliggende hoofdstukken, hoezeer ook de moeite waard om te lezen, niet nodig. Bovendien, waarom komt Lam, op basis van 'reflectie over hoe het hier en elders toe gaat' (toegang zou een betere formulering zijn geweest, want ironisch genoeg is de levensbeëindiging in de andere beschreven culturen afgeschaft of strafbaar gesteld – waarom eigenlijk?) niet met andere voorstellen, of beargumenteerde afwijzing daarvan? Om er enkele te noemen: min of meer verplichte levensbeëindiging als offer, zoals bij de Inuit, bijvoorbeeld bij emotionele of financiële overlast. Of: levensbeëindiging beperkt tot bepaalde personen of groepen, zoals bij de samoerai, sati of speermeesters.

Ik ben benieuwd naar Lam's reactie.

Gerrit van der Wal

Reactie

De kritiek van Van der Wal richt zich in hoofdzaak op mijn (opvattingen over) de methode van onderzoek. Hierover gaat dan ook mijn repliek, waarbij zijn andere opmerkingen en passant aan de orde zullen komen. De beperkte ruimte dwingt me tot een (te) summierse beantwoording.

Mijn onderzoek is vooral hermeneutisch interpreterend: er is een continue beweging tussen (de tekst over/van) daar en hier, tussen 'lezen, interpreteren, vragen en weer lezen, gericht op de Nederlandse praktijk' (pag. 22). Iedere samenleving is volgens hetzelfde analytische model bestudeerd, aan de hand van een aantal deelfacetten, afkomstig uit westerse denkkaders. De hermeneutisch interpreterende methode gaat in beginsel uit van uniciteit. Uitingen van het te onderzoeken individu worden geanalyseerd om diens eigenheid in ruime context maximaal tot uitdrukking te laten komen. Betrokkenheid van de onderzoeker maakt hier intrinsiek deel uit van het onderzoek.

Bij deze *experience near* lees/onderzoeksmethode wordt de tijd overbrugd: via de onderzoeker wordt het verre verleden deel van het heden; historie bestaat namelijk altijd (ook) nú. Een andere wetenschapsmethode – die Van Strien (1986) deductief-nomologisch noemt – onderzoekt groepen individuen, gebruik makend van algemeen bekende parameters. Deze zijn opgesteld en geselecteerd door onderzoekers; ze zijn ordenend en structurerend (*experience distant*) en leiden tot algemene wetmatigheden. Details die in de ogen van de onder-

zoeker niet relevant zijn, worden bij deze methode eerder weggelaten dan bij de hermeneutisch interpreterende methode.

Beide methoden zijn even legitiem en waardevol; de een is niet slechter (zoals Van der Wal suggereert, want wie bepaalt de norm?) of beter dan de andere. Het zijn complementaire benaderingen van de sociale werkelijkheid. In de sociale wetenschappen worden gewoonlijk de termen 'visie van de onderzoeker' en 'visie van de onderzochte' gebruikt. Voorbeelden van de twee modellen zijn het boekje 'Zelf beschikt' door Chabot (1993), waarin de onderzochte zelf maximaal aan het woord is, en het evaluatie-onderzoek van de meldingsprocedure euthanasie door Van der Wal en Van der Maas (1996), waarin geen enkele onderzochte letterlijk aan het woord komt.

Ik heb overwogen om het hermeneutisch interpreterende denkproces te beschrijven. Dan zou – als voorbeeld – de speermeester bij de Dinka met alle verschillen en overeenkomsten in motivatie en sociale configuratie direct geplaatst worden naast de Indiase vrouw zonder echtgenoot, naast de Nederlandse zieke, enzovoort. Voor beter begrip van de vier niet-Nederlandse samenlevingen heb ik echter gekozen voor de methode van één samenleving per hoofdstuk. Hierdoor lijkt het hermeneutisch interpreterende proces te zijn verdwenen, en wordt er meer aan de lezer overgelaten. Aan de westerse behoefte aan orde is daarentegen tegemoet gekomen.

Mogelijk dat door deze geordende opzet de aanbevelingen uit het slothoofdstuk voor Van der Wal enigszins uit de lucht kwamen vallen. De excursie naar de andere samenlevingen is nodig geweest om de antropologische blik te scherpen, die tenslotte tot de bewuste aanbevelingen leidde. Dat Van der Wal ze uitsluitend koppelt aan theorieën over zorgethiek, is om twee redenen een leesomissie. Ten eerste berust mijn conclusie op vier samenhangende theoretische notities (pp. 224-229), die in hoofdstuk 6 over Nederland overigens al zijn voorbereid, en niet alleen op theorie over zorgethiek zoals Van der Wal ten onrechte stelt. Ten tweede berust die conclusie op het concept relationaliteit, dat onder de termen hulp, reciprociteit, altruïsme, egoïsme, groeps/individuele belangen en machtsverhoudingen in de gehele studie centraal staat.

Dat mijn voorstel tot koerswijziging zich toespitst op de hulprelatie, is in de inleiding ruimschoots genoemd en beargumenteerd: de hulpgever bij levensbeëindiging is betrokken bij zowel de hulpvrager als bij de gemeenschap namens welke hij optreedt (onder andere pag. 23). De problematiek van deze dubbelbinding

tussen het private en publieke domein, tussen belang en plicht, is de achtergrond van mijn keus voor deze rode draad, die vervolgens leidde tot mijn 'gedurfd koerswijziging'. Het is teleurstellend dat Van der Wal daarop niet ingaat. Nu blijft de discussie steken bij het kader, bij de marge, in plaats van tot de kernproblemen te komen.

Ik meen dat het gesprek na bovenstaande kritische opmerkingen en mijn repliek daarop voortgezet dient te worden. Aan Van der Wal (of anderen) graag weer het woord.

H.M. Lam

Werkbelasting en kwaliteit

Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998; 238 bladzijden. ISBN 90-6905-363-2.

Promotie: 13 februari 1998.

Promovendus: J.B.F. Hutten, socioloog, werkzaam bij het Nivel.

Promotores: prof.dr. P.P. Groenewegen, prof.dr. T.A.B. Snijders.

Bespreking: T.H. Spijers, huisarts te Twello.

Steeds meer huisartsen klagen over een toeneemende werkdruk en de vraag is welke consequenties deze werkdruk heeft voor de zorg die zij leveren. Voor de beroepsverenigingen LHV en NHG is het van belang om over relevante gegevens met betrekking tot werkdruk en geleverde zorg te beschikken om gerichte maatregelen te kunnen nemen om een eventueel disfunctioneren van de beroepsgroep te kunnen voorkomen. Een effectief en doelmatig functioneren van huisartsen is essentieel, gezien hun poortwachtersfunctie binnen de gezondheidszorg. Bij het Nivel en het ICS (Interuniversitaire Centrum voor Sociale Wetenschappen) heeft socioloog Jack Hutten de afgelopen 10 jaar onderzoek verricht naar de werkbelasting van huisartsen en de door hen geleverde zorg.

Verklaringsmodel

Op basis van een literatuurstudie wordt een theoretisch verklaringsmodel gepresenteerd, waarin veronderstelde relaties tussen werkbelasting, inhoud en kwaliteit van zorg beschreven worden. Het idee is dat deze relaties worden bepaald door de wijze waarop de huisarts de beschikbare tijd verdeelt. Op basis van de ideeën uit het model worden concrete hypothesen opgesteld, die vervolgens empirisch worden getoetst.

Gesteld wordt dat drukke huisartsen meer tijd steken in directe patiëntenzorg, ten koste

van hun vrije tijd of van andere praktijkwerkzaamheden, zoals administratie, overleg en nascholing. Een andere hypothese is dat huisartsen de duur van hun consulten verminderen door interventies die veel tijd kosten te vermijden, minder tijd per verrichting te besteden en/of bepaalde handelingen uit te stellen. De gemaakte keuzen met betrekking tot de verdeling van de beschikbare tijd worden beïnvloed door persoonlijke strevingen van de huisarts, waaronder het verkrijgen van waardering van patiënten of collega's danwel een goed inkomen of vrije tijd. De kwaliteit van de zorg wordt in het model beschouwd als een gevolg van de gemaakte keuzen en zou – zo luidt de hypothese – bij toenemende werkbelasting verminderen.

Methode van de empirische studie

De gebruikte gegevens werden ruim tien jaar geleden verzameld in het kader van de Nationale Studie. De gegevens van 149 huisartsen die ten minste voor 50 procent in de praktijk werkzaam waren en gedurende een gehele week een gedetailleerd dagboek bijhielden, werden gebruikt voor het onderzoek van Hutten. Op basis van het dagboek konden het aantal werkuren per week en de verdeling daarvan over verschillende werkzaamheden worden berekend. Er werd zowel een totale als een dagelijkse werkbelastingsscore berekend om een 'drukke dag' van een 'drukke huisarts' te kunnen onderscheiden. Kenmerken van de huisartsen werden verzameld via een schriftelijke enquête en patiëntgegevens uit een speciaal in de praktijken hiervoor opgezet register.

De inhoud van zorg werd gedefinieerd als het percentage consulten waarin een bepaalde interventie werd geregistreerd door de huisarts. De interventies zijn in 10 categorieën samengevat, bijvoorbeeld 'lichamelijk onderzoek', 'afwachten', of 'counseling'. Van kwaliteit van zorg werd uitsluitend het perspectief van de medische professie gemeten, en wel met behulp van een set van 33 indicatoren voor adequate huisartsenzorg. Deze indicatoren werden afgeleid van twaalf NHG-standaarden.

Voor het toetsen van de hypothesen werd gebruik gemaakt van lineaire regressie-analyses en multilevel-analyses.

Resultaten en conclusies

De totale werkbelasting van de huisartsen bleek vrij sterk gerelateerd te zijn aan het aantal uren dat aan directe patiëntenzorg besteed wordt. Dit gold met name voor huisartsen met meer particulier verzekeren. Ook bleek dat huisartsen met een hoge werkbelasting minder tijd steken in nascholing dan huisartsen met

een lage werkbelasting. Toch bleken huisartsen een toenemende werkbelasting niet uitsluitend het hoofd te bieden met langere spreekuren; ook was sprake van een kortere consultduur. Dit zag Hutten met name bij de niet-solistisch werkende huisartsen.

Drukke huisartsen bleken minder medisch-technische verrichtingen uit te voeren, meer voor te schrijven en vaker te verwijzen naar andere eerstelijners dan huisartsen in minder drukke praktijken. Dagelijkse fluctuaties in de werkbelasting bleken minder invloed op het handelen van de huisarts te hebben dan zijn totale werkbelasting.

Een duidelijk negatief effect van werkbelasting op de kwaliteit van zorg werd niet gevonden. Desondanks wil Hutten niet de conclusie trekken dat werkbelasting de kwaliteit van zorg ongemoeid laat. Een belangrijke verklaring voor de zwakke (c.q. afwezige) relatie tussen beide lijkt te zijn dat werkbelasting slechts in geringe mate de consultduur verkort, maar vooral het aantal uren dat besteed wordt aan patiëntenzorg verhoogt. Bovendien lijkt de inhoud van de verleende zorg meer beïnvloed te worden door de gepresenteerde gezondheidsproblemen en minder door structurele factoren als werkbelasting en honoreringssysteem. Laatstgenoemde invloeden spelen pas een rol wanneer er meer beslissingsvrijheid in een consult bestaat (te denken valt aan aandoeningen, waarvoor geen duidelijke richtlijnen bestaan).

Commentaar

Hutten bestudeerde de trias werkbelasting, inhoud van zorg en kwaliteit van zorg. Kwaliteit van zorg is een moeilijk begrip en is derhalve moeilijk te meten. Hutten keek naar kwaliteit vanuit het perspectief van de dokter en onderzocht derhalve de adequaatheid van het medisch handelen. Hiertoe vergeleek hij gegevens over het feitelijk handelen, zoals geregistreerd door huisartsen in de Nationale Studie, met toetscriteria opgesteld uit de NHG-standaarden. Zo werd bepaald of al dan niet in overeenstemming met de standaard was gehandeld.

Met twee kritiekpunten wil ik de geldigheid en betrouwbaarheid van de gebruikte methode in twijfel trekken.

- De procedure waarmee getracht is de meetpunten zo representatief mogelijk uit het geheel veld van het medisch handelen te kiezen, is belemmerd door de strikte eis dat er gegevens over de desbetreffende indicator beschikbaar moesten zijn in de Nationale Studie. Om die reden konden bepaalde essentiële medische handelingen, zoals het geven van voorlichting, niet worden opgenomen.

- Richtlijnen geven aanbevelingen hoe te handelen in bepaalde klinische omstandigheden. Zo zijn antibiotica bijvoorbeeld niet in alle gevallen van acute keelpijn geïndiceerd, maar alleen onder bepaalde aandoeningsspecifieke condities (klieren, koorts, beslag, etc.). Valide indicatoren houden rekening met deze condities. Uit de dataset van de Nationale Studie zijn deze echter niet te achterhalen. Pogingen daartoe, zoals het traceren van bepaalde klinische condities via relevante ICPC-codes, zijn een hachelijke zaak, die gemakkelijk kan leiden tot systematische fouten.

Concluderend wil ik stellen dat het gebruik van gegevens uit de Nationale Studie niet optimaal is geweest om er de kwaliteit van zorg mee te meten (daar was deze registratie ook niet voor bedoeld). Een reden te meer om geen voorbarige conclusies te trekken uit het ontbreken van een duidelijke relatie tussen werkbelasting en kwaliteit van zorg.

Al met al een interessant proefschrift met – zeker voor beleidsmakers – waardevolle informatie over de werkbelasting van huisartsen. De gepresenteerde methode van kwaliteitsmeten is in een aantal opzichten de moeite waard om verder uit te werken. De gegevensverzameling dient echter beter afgestemd te worden op hetgeen men meten wil.

T.H. Spies

Reactie

Het begrip 'kwaliteit van zorg' levert veel stof op voor discussie. Naast de vraag wat het nu eigenlijk betekent, is er ook het belangrijke probleem hoe kwaliteit in de praktijk kan worden vastgelegd. Volgens de Engelse hoogleraar huisartsgeneeskunde *Roland* vormt de moeilijkheid van het definiëren en meten van 'goede zorg' één van de zwaktes van de hedendaagse huisartsgeneeskunde.¹ Het gebruik van pure medische 'out-come'-maten is volgens hem problematisch, omdat de huisarts veelal geconfronteerd wordt met patiënten met multiple, langdurige of ongeneeslijke problemen. De nadruk ligt dan ook veel meer op 'proces'-aspecten: wat de huisartsen in de dagelijkse praktijk doen.

Uit onderzoek blijkt dat scores van huisartsen in een examensituatie niet goed voorspellen hoe zij in concrete situaties te werk gaan.² Andere onderzoeksmethoden, zoals directe observaties en video-opnamen, zijn vaak zo duur en arbeidsintensief dat zij slechts op beperkte schaal kunnen worden gebruikt. Vooral als het erom gaat te achterhalen in hoeverre een bepaalde situatie, zoals hoge werkbelasting in mijn proefschrift, de kwaliteit van de geleverde

zorg beïnvloedt, is het juist noodzakelijk om op grote schaal informatie over het handelen van de huisarts beschikbaar te hebben. In eerdere onderzoeken werd dit probleem wel opgelost door gebruik te maken van de administratieve gegevens van ziekenfondsen, zoals voorschrijf- en verwijscijfers. Het probleem hierbij is dat niet kon worden bepaald in hoeverre het handelen van de huisarts adequaat is in relatie tot de gepresenteerde klachten of gezondheidsproblemen. Het is alleen mogelijk om kwaliteit te vertalen naar kwantiteit: huisartsen met hoge verwijs- en voorschrijfcijfers werken slechter.

De Nationale Studie vormde het eerste omvangrijke databestand dat het wel mogelijk maakte om het handelen van huisartsen te relateren aan verschillende omstandigheden, zowel binnen een consult (kenmerken van de gepresenteerde gezondheidsproblemen en de patiënten) als op huisarts- en praktijkniveau. Om de kwaliteit van het handelen vast te stellen moet men ook beschikken over indicatoren die aangeven wat 'goed', 'minder goed' of 'fout' is. De NHG-standaarden bieden daarvoor mogelijkheden die in mijn proefschrift verder zijn uitgewerkt. Op tal van plaatsen heb ik aandacht besteed aan de beperkingen van de gebruikte methode en aangeven wat de waarde en reikwijdte van gemeten kwaliteit is. Vandaar ook dat ik me voor een groot deel kan vinden in de kritiek van de referent op dit punt.

Ik wil echter opmerken dat het niet mijn bedoeling is geweest om na te gaan in hoeverre huisartsen voldoen aan de NHG-standaarden; daarvoor waren het beschikbare materiaal en de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren te beperkt. Het ging er juist om bepaalde beslissingen van huisartsen te relateren aan de algemeen geldende normen in de beroepsgroep. Daarvoor is het niet noodzakelijk om alle aspecten van het handelen mee te nemen. Dit betekent echter wel dat de methode zich beperkt tot die aspecten die via breed opgezette dataregistraties kunnen worden achterhaald. Het genoemde voorbeeld van het geven van voorlichting is dan ook niet opgenomen, omdat wel kan worden achterhaald of er voorlichting is gegeven maar niet hoe. Andere methoden, zoals (in)directe observaties, zijn hiervoor waarschijnlijk meer geschikt.

Ook het tweede kritiekpunt van de referent, dat rekening moet worden gehouden met bepaalde klinische condities, onderschrijf ik. Ik ben echter van mening dat ik dat door de keuzen van relevante ICPC-codes en de selectie van de relevante contacten, zoveel mogelijk heb gedaan. Er zal natuurlijk altijd een zekere mate van 'ruis' overblijven vanwege het ontbreken van relevante informatie. Het is mij

echter niet duidelijk waarom dit juist zal leiden tot systematische fouten.

Voor de discussie is het verder van belang dat de keuze van het meetinstrument voor de kwaliteit van zorg gerelateerd moet zijn aan het doel van het onderzoek. Het is vanzelfsprekend dat een huisarts in bepaalde gevallen terecht kan afwijken van de indicatoren uit de standaard. Dit zal in regressie-analyses tot uitdrukking komen in een hoge onverklaarde variantie. Wanneer de mate van afwijking echter gerelateerd is aan bepaalde kenmerken, zoals werkbelasting, is dat een belangrijke indicatie. Het meetinstrument moet worden beschouwd als een meetlat om verschillen tussen huisartsen of omstandigheden in kaart te brengen, en niet als een lat die het absoluut niveau van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde in Nederland bepaalt.

Kortom, ondanks enkele kanttekeningen, is het volgens mij mogelijk om bepaalde relevante aspecten van de kwaliteit van zorg te meten via een omvangrijke, breed opgezette dataverzameling zoals in de Nationale Studie. De NHG-standaarden kunnen worden gebruikt om indicatoren voor adequate huisartsenzorg op te stellen. Een dergelijke, globale methode is vooral van belang om de determinanten van de kwaliteit van zorg in grootschalige onderzoeken te bestuderen. Voor andere toepassingen van de NHG-standaarden, bijvoorbeeld in intercollegiale toetsing of in de opleiding, zijn meer gedetailleerde methoden nodig.

Ik deel de eindconclusie van de referent dat de gepresenteerde methode van kwaliteitsmeten in een aantal opzichten de moeite waard is om verder uit te werken. Dit wordt een onderdeel van de tweede Nationale Studie, die op dit moment wordt voorbereid. Verschillende beperkingen uit mijn onderzoek kunnen daarin worden ondervangen. Het zal noodzakelijk zijn om het aantal standaarden uit te breiden, en om extra informatie te verzamelen over relevante klinische condities, mogelijk ook met andere instrumenten (bijvoorbeeld patiëntenoordelen en observaties van video-opname) zodat meer aspecten van de kwaliteit van zorg kunnen worden onderzocht.

Jack Hutten

Anamnese en lichamelijk onderzoek

Van der Meer J, Van 't Laar A, redactie. Anamnese en lichamelijk onderzoek. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1997; 273 bladzijden, prijs NLG 92,50. ISBN 90-6348-079-2.

Dit boek is geschreven als leerboek voor medische studenten in de eerste fase van hun opleiding, en voor coassistenten inwendige geneeskunde, en dus niet voor de meeste lezers van *Huisarts en Wetenschap*. Het is overigens de vraag of een leerboek anamnese en lichamelijk onderzoek voor coassistenten inwendige geneeskunde anders zou moeten zijn dan voor coassistenten huisartsgeneeskunde. Kennelijk hebben de auteurs gemeend dat onderscheid te moeten maken. Naar mijn mening zou een leerboek als dit om zowel praktische als inhoudelijke redenen voor studenten gedurende de verschillende fasen in hun studie bruikbaar moeten zijn.

Het boek kan grofweg onderverdeeld worden in drie delen: een inleidend gedeelte, waarin de anamnese en het diagnostisch proces wordt behandeld, een hoofdstuk over veel voorkomende klachten, en de bespreking van het lichamelijk onderzoek.

Voor huisartsen (in opleiding) lijkt het leerboek mij ongeschikt. Het hoofdstuk over veel voorkomende klachten is voor de huisarts te oppervlakkig en niet geschreven vanuit de epidemiologie in de huisartspraktijk. Het lichamelijk onderzoek is soms te uitgebreid, zoals het meten van de centraal veneuze druk met behulp van de boog (wie doet dat nog?) en soms te oppervlakkig (het onderzoek van bijvoorbeeld het kniegewricht). Misschien sluit dit aan bij de doelgroep coassistenten interne geneeskunde, maar voor de huisarts lijkt de serie 'Lege artis, vaardigheden in de geneeskunde' een betere keus.

Het meest opvallende van dit boek is dat het diagnostisch proces in navolging van probleemgeoriënteerd onderwijs wordt beschreven uitgaande van een klacht waarmee de patiënt komt. Het voordeel hierbij kan zijn dat het klinisch denken geoefend wordt op een manier die de werkelijkheid het meest benadert. Het sluit zeker aan bij de werkwijze van de huisarts, waarbij de klacht het uitgangspunt vormt voor anamnese en gericht lichamelijk onderzoek. In dit boek wordt echter de samenhang tussen klacht en gericht lichamelijk onderzoek niet duidelijk.

Idealiter zou er een duidelijke koppeling moeten bestaan tussen een klacht of symptoom met de daarbij behorende anamnese en onderzoek, bijvoorbeeld door te verwijzen naar een

- 1 Roland M. Measuring quality of care: do good GPs give their patients more time? In: Jones R, Kinmonth A, editors. Critical reading for primary care. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1997.
- 2 Rethans JJ. Does competence predict performance? Standardized patients as a means to investigate the relationship between competence and performance of general practitioners [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.

bepaald hoofdstuk. Deze koppeling vind ik in dit boek niet terug. Andersom wordt er onderzoek beschreven dat niet gekoppeld is aan het hoofdstuk 'veel voorkomende klachten'. Het onderzoek van de thorax (hart/longen) en van de buik wordt uitgebreid beschreven en ruim geïllustreerd met kleurenfoto's. De interpretatie van de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek wordt niet steeds beschreven en ontbreekt meestal in het hoofdstuk 'de geriatrie patiënt'. Vooral voor de student zonder (veel) klinische ervaring is dit een gemis.

Ron Glotzbach

Geschiedenis

Loudon I, Horder J, Webster C, editors. General practice under the National Health Service. London: Clarendon Press, 1998; 329 bladzijden. ISBN 0-19-820675-5.

In 1957 begon David Morell – auteur van 'The art of general practice' – als huisarts te werken, en hij is het vak trouw gebleven tot 1993. In de introductie tot dit boek geeft hij een overzicht van de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde in Engeland. Deze ontwikkelingen, die sinds de invoering van de National Health Service in 1948, indrukwekkend zijn geweest, worden door de overige auteurs meer in detail beschreven. Sommigen van hen hebben richting gegeven aan de professionalisering van de huisartsgeneeskunde. Er zijn duidelijke parallellen met de ontwikkelingen in ons land.

Welke bijdrage heeft de invoering van de National Health Service (NHS) geleverd aan de ontwikkelingen van de huisartsgeneeskunde in Engeland? Sinds 1948 kon de patiënt zich zonder betaling direct tot de huisarts wenden, waarbij deze laatste tevens als toegang fungeerde tot de specialist. Even belangrijk was de registratie op naam van de patiënt bij de huisarts; er kwam een 'lijst'. Onder deze condities kon de huisartsgeneeskunde uitgroeien tot een echte professie. Voordien bestond er geen eigen literatuur met een eigen wetenschappelijk tijdschrift. Er waren geen leerstoelen huisartsgeneeskunde, noch bestond er een wetenschappelijke vereniging. Volgens Mac Whinney waren deze factoren noodzakelijk om van een professie te kunnen spreken.

De oprichting van The College of General Practitioners is, naast de invoering van de NHS, van fundamentele betekenis geweest. Door van binnenuit te denken over opleiding en onderzoek, leidde de beweging die in gang was gezet door een aantal vooruitstrevende huisartsen, tot een revival van de huisartsgeneeskunde. De huisarts kreeg het gevoel een

vak te beoefenen, dat van wezenlijke betekenis was voor de volksgezondheid en dat een eigen 'identiteit' had en niet, zoals vroeger, een 'afgeleide' van de klinische geneeskunde dan wel een samenraapsel van diverse specialismen. Vooral de eerste morbiditeitsstudies hebben laten zien wat het werk wezenlijk inhield. Daarbij denk ik aan de studies van onder anderen Fry en Hodgkin.

Er zijn duidelijke parallellen met Nederland. De invoering van het ziekenfondsbesluit, de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de morbiditeitsstudie van Buma hebben in ons land uiteindelijk tot de professionalisering van de huisartsgeneeskunde geleid. Denemarken kent een vergelijkbare situatie.

Marinker beschrijft in een boeiende bijdrage de veranderende opvattingen over ziekte. Hij wijst er onder meer op dat de oprichters van het College tevens lid waren van een Balint-groep en dat derhalve de ideeën van Balint hebben doorgewerkt bij veel wat in de eerste jaren tot stand is gebracht. Hij wijst ook op de veranderingen die met name de laatste jaren onder invloed van het bewind van Thatcher hebben plaatsgehad. Het doel werd efficiëntie en een marktgerichte aanpak in de gezondheidszorg. De huisarts 'koopt' zorg in voor zijn patiënt. De nadruk van het werk van de huisarts komt meer te liggen op de preventie, waarbij het gevaar dreigt dat de huisarts meer bevolkingsgericht gaat denken in plaats van individuericht.

Loudon en Drury beschrijven de 'klinische' zorg in de huisartsgeneeskunde, waarbij zij erop wijzen dat het ziektepatroon zich in de loop van 50 jaar aanzienlijk heeft gewijzigd. Howie wijdt een artikel aan de ontwikkelingen van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde, terwijl Hannay de bijdrage van het vak aan de basisopleiding van artsen beschrijft. Pereira Gray schrijft over de beroepsopleiding en de nascholing van huisartsen, die onder meer door het College zijn geïnitieerd en verder ontwikkeld. Anders dan bij ons, zijn deze activiteiten niet ondergebracht bij de universitaire instituten, voor zover het de opleiding betreft, maar vallen ze volledig onder de verantwoordelijkheid van het College. Horder geeft een overzicht van de ontwikkelingen gedurende de laatste 50 jaar in andere landen. Met name de Wonca en de Leeuwenhorstgroep worden veelvuldig geciteerd. Dezelfde auteur sluit het boek af met een conclusie. Hij meent dat er de laatste jaren in Engeland sprake is van een stagnatie en dat is mijns inziens een verontrustende conclusie.

Naast de reeds genoemde bijdragen, zijn er nog artikelen over de politiek, de praktijk, de

andere zorgverleners in de eerste lijn, de andere beroepsorganisaties, de patiënten en het publiek, terwijl ook een interessant chronologisch overzicht van de laatste 50 jaar is opgenomen.

Concluderend vind ik dit boek zeer lezenswaardig en een must voor iedereen die geïnteresseerd is in de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Voor de ouderen onder ons, die veel van de genoemde auteurs persoonlijk kennen uit de beginjaren van het College en het Genootschap, zal het een genoegen zijn hun bijdragen te lezen. Veel van de strijd die gevoerd is voor de verbetering van de status van de huisarts en voor de professionalisering van het vak, is herhaaldelijk tussen de regels door te lezen. De jongeren kunnen mogelijk hun voordeel doen met de waarschuwingen van de oude garde.

H.J. Dokter

Recht op waardig sterven

Karim ABMF, Kuitert HM, Newling DWW, Wortman V, editors. Death. Medical, spiritual and social care of the dying. Amsterdam: VU University Press, 1998; 246 pagina's, prijs NLG 69,50 (ingenaaid, ISBN 90-5383-503-2) of NLG 98,50 (gebonden, ISBN 90-5383-601-2).

Verontrust door de wetenschap dat lang niet alle terminale patiënten optimale aandacht krijgen, zijn de redacteuren van dit boek de uitdaging aangegaan om nog een boek over sterven en dood te laten verschijnen. Waardig sterven behoort een universeel mensenrecht te zijn. Dat is het centrale thema in de essays van medici, religieuze specialisten, ethici en een jurist. Het andere thema is dat sterven niet alleen een medische zaak is, maar ook socioculturele, bio-ethische, religieuze en juridische aspecten heeft.

Het boek bestaat uit drie delen. De eerste sectie behandelt medische perspectieven. Hoewel ook medisch-technische zaken aan de orde komen, ligt in dit deel de nadruk op persoonlijke en interpersoonlijke processen tussen zieke, naasten en hulpgevers. Voor waardig sterven dient aan enkele voorwaarden te worden voldaan: herkennen van individuele behoeften van patiënt en naasten, een menselijke benadering door de arts die zorgvuldig en met respect luisteren en observeren inhoudt, én voldoende deskundigheid inzake palliatieve en terminale zorg.

In de tweede sectie worden – summier – ideeën uit de belangrijkste wereldreligies over sterven en dood behandeld. Achtereenvolgens komen het hindoeïsme, de joodse religie, het boeddhisme, christendom en islam aan bod,

gevolgd door een boeiend essay over de moderne niet (althans minder) religieuze cultuur. Behandeld worden opvattingen over orgaan-donatie en -transplantatie, suïcide, euthanasie en handelingen bij terminale ziekte en rituelen na de dood.

Sectie drie, met de subtitel 'Dood in sociaal perspectief' is het meest heterogeen. De rode lijn hier is de invloed van maatschappelijke regels en instituties op ideeën over sterven en dood. Medisch-ethische zaken als euthanasie, hulp bij zelfdoding en de moeilijke relatie tussen privé en publieke moraal komen aan de orde. Na een bespreking van met sterven en dood gerelateerde onderwerpen die in de juridische sfeer zijn beland, worden psychologische aspecten behandeld van de stervende en diens familie. Het essay 'Dood in het westen en in het oosten' tenslotte stelt de westerse medische technologie, die waardig sterven dikwijls onmogelijk maakt, tegenover de traditionele Chinese geneeskunde die op harmonie is gericht. Hoe moeilijk ook, een combinatie van de twee denk- en handelwijzen wordt aanbevolen.

Het medische deel is veruit het langst, waardoor het medisch perspectief toch – ondanks het brede totaalconcept van het boek – het meeste gewicht lijkt te hebben. De heterogeniteit van auteurs brengt enige kwalitatieve onevenwichtigheid met zich mee. Maar juist de pluriformiteit stemt tot nadenken. Tegengestelde opinies zijn bewust niet geschuwd. Het hoofdthema, waardig sterven als universeel recht, wordt indringend gebracht. Dit menselijke boek biedt daarmee een duidelijke boodschap. Van harte aanbevolen aan allen die zich professioneel of anderszins betrokken voelen bij sterven en dood.

Hans Lam

DSM-IV Patiëntenzorg

Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Bewerkte vertaling van de 'DSM-IV Primary Care, International edition'. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996; 290 bladzijden, NLG 85,-. ISBN 90-265-14611.

De DSM-IV Patiëntenzorg is bedoeld als een hulpmiddel bij de classificatie, diagnostiek en therapie voor alle klinisch werkzame artsen, met uitzondering van psychiaters, die over hun eigen DSM-IV beschikken. De eerste vraag die bij me op kwam toen ik het degelijk ogende boek doorbladerde, was: wie zit er nu te wachten op nog een internationaal classificatiesysteem op het terrein van psychische en sociale problemen? We hebben al de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth

Edition (DSM-IV), de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Edition (ICD-10), de ICD-10-primary health care version en de International Classification of Primary Care (ICPC).

De samenstellers hebben een hoge mate van aansluiting bij de bestaande systemen nagestreefd. Zo is de DSM-IV Patiëntenzorg een aangepaste vorm van de DSM-IV. De stoornissen in de DSM-IV Patiëntenzorg sluiten naadloos aan bij hun tegenhangers in de DSM-IV. De definities zijn samenvattingen van de DSM-IV diagnostische criteria. Alle diagnostische categorieën in de DSM-patiëntenzorg stemmen overeen met de codes (letter/cijfercombinatie) die zijn gedefinieerd in de ICD-10. Het deel over de geestelijke gezondheidszorg van de ICPC is compatibel met de ICD-10 en daarmee is de conversie tussen de DSM-IV Patiëntenzorg en de ICPC gegeven.

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de gebruikte diagnostische codes, ingedeeld naar:

- Stoornissen die vaak voorkomen in de patiëntenzorg (depressieve stemming, angst, onverklaarde lichamelijke klachten, cognitieve stoornis, problematisch gebruik van een middel, slaapstoornis, seksuele disfunctie, gewichtsverandering of abnormaal eten, psychotische symptomen).
- Psychosociale problemen (onder andere relatie- en gezinsproblemen, problemen in verband met misbruik of verwaarlozing, problemen in verband met persoonlijke rollen, sociale problemen).
- Andere psychische stoornissen (manische symptomen, symptomen in verband met impulsbeheer, afwijkende seksuele opwind, dissociatieve symptomen, abnormale bewegingen, disfunctionele persoonlijkheidstrekken).
- Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden (stoornissen in intellect, schoolvaardigheden, motoriek, gedrag/aandacht, sociaal gedrag, eten, zindelijkheid, communicatie, sociale interactie en genderidentiteitsstoornissen).

Hoofdstuk 3 bevat een snelle wegwijzer voor de diagnostische algoritmen. Hierin wordt stapsgewijs een overzicht gegeven van de DSM-IV Patiëntenzorg, een algemeen algoritme en van elk van de negen hoofdgroepen stoornissen die vaak voorkomen zijn samenvattingen voor snel zoeken gegeven.

Hoofdstuk 4 omvat de diagnostische algoritmen voor de negen meest voorkomende psychiatrische symptomen en klachten. Elk algoritme geeft stap voor stap instructies voor het overwegen van die stoornissen waaraan de be-

treffende symptomen en klachten kunnen worden toegeschreven.

In hoofdstuk 5 staan korte omschrijvingen van psychosociale problemen en omgevingsproblemen. Hoofdstuk 6 behandelt de andere psychische stoornissen en Hoofdstuk 7 gaat over de stoornissen die meestal op de kindertijd worden gediagnosticeerd. Met het uitgebreide register wordt de gebruiker een goede naslagfunctie geboden.

Met de DSM-IV Patiëntenzorg is een bruikbaar instrument voorhanden voor de classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen in de patiëntenzorg. Naast deze functie in het onderzoek kan de DSM-IV Patiëntenzorg als een onderlegger voor de diagnostiek van GGZ-problemen in de patiëntenzorg toegepast worden. Het klinisch oordeel van de arts betreffende de problemen van de individuele patiënt met zijn unieke culturele en contextuele achtergronden zal uiteindelijk de diagnose bepalen. Ook in de medische opleidingen kan de DSM-IV patiëntenzorg een plaats hebben. Het systeem is ontworpen om artsen te helpen bij het herkennen van symptomen van psychische stoornissen en het formuleren van de differentiële diagnose te vergemakkelijken.

De weerstand van huisartsen tegen 'DSM -kretologie' is aan het tanen. De NHG-standaarden angst en depressie hebben in de onderdelen diagnostiek al een hoog DSM-gehalte. De DSM-IV patiëntenzorg voor de diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde is een gedegen naslagwerk waarmee huisartsen in het onderzoek, in de diagnostiek in de dagelijkse praktijk en in de opleiding hun voordeel kunnen doen.

Klaas van der Meer

Aankondigingen

Kinderen aan het woord

Psychoanalyse, kind en psychose

Dolto F [Traversier T, Corveleyn J, vertaling]. Nijmegen: SUN, 1998; 223 bladzijden. ISBN 90-6168-490-0.

Rationeel-emotieve therapie

Een praktische gids voor hulpverleners

Jacobs G. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998; 311 bladzijden, NLG 79,50. ISBN 90-313-2659-3.

De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg

Een bezinning op 25 jaar rumoer in de (sociale) psychiatrie

Wennink H. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998; 224 bladzijden, NLG 49,-. ISBN 90-352-2005-6.

Is het psychisch?

Hulp en advies als je je moe, down of in de war voelt

Bakker JB. Utrecht: Kosmos-Z&K, 1998; 160 bladzijden, NLG 24,90. ISBN 90-215-3273-5.

SGIM-congres, Chicago 1998

Van donderdag 23 t/m zaterdag 25 april nam ik deel aan het 21e jaarlijkse congres van de Society of General Internal Medicine (SIGM), de Amerikaanse vereniging voor *primary care physicians*, in Chicago. De SGIM richt zich volledig op *primary care*, zowel op medisch-inhoudelijk als op wetenschappelijk terrein. De SGIM moet onderscheiden worden van de andere organisaties op 'huisartsgeneeskundig' gebied in de VS, zoals de American Academy of Family Physicians (AAFP), die de belangen behartigt van de beroepsgroep, of de American Board of Family Practice (ABFP), die zich bezighoudt met nascholing, kwaliteitsbevordering en toetsing binnen de beroepsgroep. De AAFP en de ABFP lijken zich met name te richten op *family physicians* zoals die buiten de grote steden voorkomen; bovendien lijken beide organisaties minder dan de SGIM nadruk te leggen op wetenschappelijk onderzoek.

De opzet van het congres deed sterk denken aan die van de regionale WONCA-congressen en de NHG-congressen met parallelsessies, workshops, demonstraties, posterpresentaties en dergelijke. De eerste lijn werd uitvoering belicht met thema's rond praktijkvoering, medisch-inhoudelijke onderwerpen en wetenschappelijke onderdelen rond onderzoeksvragen en methodologie. Voor elk wat wils dus.

Meta-analyses

Er was een dagelijks aanbod van presentaties (in parallelsessies) en workshops op het gebied van klinische vraagstukken, verslagen van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en methodologie. In de vorm van minisymposia was er veel aandacht voor onderwijs, opleiding en carrièreplanning. Dagelijks was er anderhalf tot twee uur tijd voor postersessies. Zeer de moeite waard was bijvoorbeeld een sessie over de voor- en nadelen van meta-analyses. Onder andere werden daarin meta-analyses vergeleken met mega-experimenten, met als centrale vraag: wat is beter als bewijs, het bundelen van gegevens uit een aantal studies die aan bepaalde criteria voldoen via een meta-analyse, of het opvoeren van bewijs op basis van gegevens uit één groot experiment? Als problemen bij meta-analyses werden aangegeven:

- verschillen onder referenten (met een lage kappa tot gevolg);
- heterogeniteit (of beter: gebrek aan homogeniteit) van de ingesloten experimenten;
- niet te achterhalen publicatiebias (positieve resultaten maken meer kans om gepubliceerd te worden).

Het nadeel van grote experimenten is het feit dat de uitkomsten slechts uit één enkele studie komen; de externe validiteit komt daardoor in het gedrang. Geconcludeerd werd dat nog veel gesleuteld moet worden aan de beschikbaarheid van goede, neutrale wetenschappelijke gegevens via de literatuur. Een overigens opmerkelijke conclusie in een zaal waar ook hoofdredacteuren van vooraanstaande tijdschriften uit de VS aanwezig waren.

Vrije sessies en minisymposia

In een van de vrije sessies over verslagen van wetenschappelijk onderzoek was er een presentatie over het inschakelen van een praktijkverpleegkundige bij urineweginfecties. De zorg voor deze patiënten vond plaats via een consult door de praktijkverpleegkundige in plaats van door de arts. Het consult was strak gedirigeerd aan de hand van een protocol. De gevolgen: de zorg kon goedkoper worden verleend, patiënten waren zeer tevreden over deze handelwijze en meer receptuur was in overeenstemming met het protocol. Dat is een opzet die ook in Nederland toepasbaar is.

Zeer veel aandacht (een aantal sessies) ging uit naar (het volgen van) richtlijnen. In hoofdzaak ging het om richtlijnen uit eigen land, met name die van de Agency for Health Care Policy and Research, een soort CBO van de federale overheid in Washington. Van het bestaan van 'onze' NHG-standaarden en de wijze waarop deze tot stand komen, blijkt men (behoudens een enkeling die er vaag van gehoord heeft) amper op de hoogte.

Een van de minisymposia ging over de toekomst van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot *primary care*. Interessant was in dat opzicht een lezing van Paul Griner, inmiddels een 'éminence grise'. Griner bleek in het verleden vaak in staat knelpunten in de geneeskunde vroeg te signaleren en openlijk ter sprake te brengen en ondervond daardoor in den beginne veel tegenwerking. Met name het voorstel om overbodige diagnostiek terug te dringen, viel destijds, in de jaren zeventig, niet in de smaak bij ziekenhuizen. Griner gaf een beschouwing over toekomstig onderzoek. De noodzaak van wetenschappelijk onderzoek neemt volgens hem in deze tijd van schaarser wordende middelen alleen maar toe. Met name acht hij onderzoek naar gepast gebruik van voorzieningen en kosten-batenanalyses van belang. Hij ziet in de toekomst een probleem ontstaan met betrekking tot het combineren van praktijkwerk met wetenschappelijk werk.

Hij vreest dat deze combinatie van functies (te) belastend wordt, gelet op ontwikkelingen als de groeiende werkdruk en de toenemende specialisatie. Griner pleit vooral voor (het scheppen van de mogelijkheden voor) het bijhouden van praktijkvaardigheden door onderzoekers. Een echte oplossing heeft ook hij echter niet paraat.

SGIM

De SGIM, opgericht in 1978, is in 20 jaar tijd uitgegroeid tot een belangrijke organisatie in de VS met veel vermaarde leden. In hoofdzaak zijn aangesloten algemeen internisten die werken als *primary care physician*. Op het eerste gezicht gaat het dus om een organisatie met slechts beperkte raakvlakken met de huisartsgeneeskunde, zoals wij die kennen. In de praktijk is er echter een grote mate van overeenstemming. De SGIM heeft (uiteraard) veel belangstelling voor *primary care*, doet onderzoek op aanverwante terreinen en streeft min of meer hetzelfde na als het NHG op het gebied van kennisvermeerdering, kwaliteitsverbetering en bevordering van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Tijdens het congres heb ik gesproken met congresbezoekers en SGIM-bestuursleden. Er bleek veel belangstelling voor wat in Europa (en met name Nederland) gebeurt in de eerste lijn. De resultaten van onderzoek genoten veel interesse. Het zelf toelichten van een en ander blijkt hier meer belangstelling te wekken dan welk artikel dan ook. Wellicht is dit een reden om de contacten met aanverwante organisaties in de VS aan te halen en deel te nemen aan dit soort congressen. De SGIM staat er in elk geval voor open en de bereidheid tot samenwerking en uitwisseling van informatie is er. Hoewel de inbreng vanuit het buitenland op dit moment nog beperkt is, staat de SGIM ook open voor buitenlandse deelnemers en/of voordrachten. De SGIM wil die mogelijkheden in elk geval verruimen.

Volgende congres

Het volgende congres vindt plaats van 29 april t/m 1 mei 1999 in San Francisco. Contactpersonen voor belangstellenden zijn Carolyn Clancy (cclancy@ahcpr.gov) en ondergetekende.

Ron Winkens

Transmuraal & Diagnostisch Centrum
Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht
Telefoon 043 3877388