

Depressiviteit na een cerebrovasculair accident: het oordeel van de huisarts

Vervolg literatuur van pag. 302

- 16 Hulstijn EM, Deelman BG, De Graaf A, Berger H. De Zung-12: een vragenlijst voor depressiviteit bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1992; 23:85-93.
- 17 Mahoney FJ, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
- 18 De Haan R, Limburg M, Schuling J, et al. Klinimetriche evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:917-21.
- 19 Schuling J, De Haan R, Limburg M, Groenier KH. The Frenchay Activities Index: assessment of functional status in stroke patients. *Stroke* 1993;24:1173-7.
- 20 Landis RJ, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
- 21 Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *J R Coll Gen Pract* 1987;37:15-8.
- 22 Van der Meer K, Smith RJA, Groenier KH. De General Health Questionnaire (GHQ) in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991;34:570-5.
- 23 Pond CD, Mant A, Bridges-Webb C, et al. Recognition of depression in the elderly: a comparison of the general practitioners opinions and the geriatric depression scale. *Fam Pract* 1990;7: 190-4.
- 24 MacDonald AJD. Do general practitioners 'miss' depression in elderly patients? *BMJ* 1986;292: 1365-7.
- 25 Van Marwijk H, Arnold I, Bonnema J, Kaptein A. Self report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study. *Fam Pract* 1993;10:63-5. ■

Abstract

Bruijnzeels MA, Voorham AJJ, De Hoop T. Peer health education for ethnic minorities in general practice in Rotterdam. Results of a proces evaluation. *Huisarts Wet* 1999; 42(7):307-10.

Objective Describing the process of the first 16 months of an intervention in which three peer health educators for ethnic minorities were assigned to general practices in Rotterdam. The aim of the intervention was to optimise the communication between GP and ethnic minority patient and to increase the knowledge of the patient.

Methods Descriptive study in general practices in Rotterdam with a high proportion of ethnic minority patients listed. Registration of all consultations of three female health educators (one Turkish, one Moroccan and one Chi-

nese) with patients on a specially designed form and semi-structured interviews with health educators and participating GPs.

Results Three health educators had 938 consultations with patients. Problems encountered were mostly psychological, chronic and social. These patients spoke hardly any Dutch and had a very low educational level (maximally primary school). GPs and health educators recognised a clear starting phase that was characterised by mutual adaptation. GPs and health educators concluded that the assignment was very useful and that it increased the quality of GP care for this hard-to-reach population.

Correspondence A.J.J. Voorham, Sector Gezondheidsbevordering GGD Rotterdam e.o, PO Box 70032, 3000 LP Rotterdam, Netherlands; e-mail: voorhamt@ggd.rotterdam.nl.

H&W

Literatuurinformatie

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

- Via de *jaarregisters*. Abonnees ontvangen jaarlijks in januari of februari het register over de afgelopen jaargang.
- Via de *cumulatieve registers* 1957-1971, 1972-1991 en 1992-1996. Deze registers bevatten overzichten naar auteur, thema en trefwoord. Te bestellen bij het bureau van het NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.
- Via het *elektronisch register* 1957-1998. Zoeken van artikelen is mogelijk op titel, auteur en trefwoorden. 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.

Afvallen op recept?

Sjöström L, Rissannen A, Andersen T, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *Lancet* 1998;352:167-73.

Orlistat is een nieuw middel dat gewichtsverlies bevordert door remming van de gastro-intestinale lipases. Bij een dosering van 120 mg drie maal per dag wordt hierdoor circa 30 procent minder vet geabsorbeerd. Hoe effectief is dit middel en hoe goed wordt het verdragen?

Aan deze dubbelblinde studie werd deelgenomen door 688 personen met een Quetelet-index van 28-47. De deelnemers kregen óf orlistat óf een placebo, in combinatie met een hypocalorisch dieet. Na een jaar was het gewichtsverlies in de actief behandelde groep 10,3 kg versus 6,1 kg in de placebogroep.

Vervolgens werden beide groepen gesplitst in een interventie- en een controlegroep, in alle gevallen in combinatie met een eucalorisch dieet. Alleen de groep die in het eerste jaar placebo en in het tweede jaar orlistat had gekregen, vertoonde ook in het tweede jaar een gewichtsverlies (1 kg); in alle andere groepen was er een gewichtstoename. In de groep die twee jaar actief was behandeld, was deze toename – 2,5 kilo – significant minder dan in de andere groepen. Van de patiënten die twee jaar actief waren behandeld, had 57 procent na afloop een gewichtsverlies >5 procent; in de controlegroep was dat 37 procent.

De bijwerkingen, met name gastro-intestinaal, namen af naarmate de orlistat langer werd gebruikt. Van de ernstige bijwerkingen was er in beide groepen één die kon worden toegeschreven aan de behandeling. In de placebogroep was meer uitval dan in de actief behandelde groep.

De auteurs concluderen dat orlistat in combinatie met dieetmaatregelen effectief is om een gewichtsverlies te induceren en vast te houden. Wel dient rekening te worden gehouden met een verminderde absorptie van de vetoplosbare vitaminen.

Joost den Otter

Niet van lange duur: salmeterol

Nelson JA, Strauss L, Skowronski M, et al. Effect of long-term salmeterol treatment on exercise-induced asthma. *N Engl J Med* 1998;339:141-6.

Behoudt salmeterol zijn werking bij patiënten met inspanningsastma ook na vier weken continue toediening? In het kader van een dubbelblinde cross-over-trial kregen 20 patiënten één maand salmeterol 2 x 2 puffs en – na een wash-outperiode van een week – één maand

placebo. Op dag 1, dag 14 en dag 29 van beide onderzoeksmaanden werd tweemaal de FEV1 gemeten: 's morgens dertig minuten na de eerste inhalatie salmeterol en negen uur later; de patiënt nam daarna 's avonds de tweede dosis. De inspanningsoefening bestond uit fietsen op een ergometer; hierbij werd koude lucht ingeademd om de natuurlijke situatie zo goed mogelijk na te bootsen.

Bij het begin van het onderzoek hadden de patiënten een FEV1 van gemiddeld 93 procent (90-98%) van de voorspelde waarde. Tijdens het placebogebruik daalde de FEV1 na inspanning met 19 procent in de ochtend en met 18 procent in de avond. Na vier weken gebruik van placebo was dat beeld onveranderd. Bij gebruik van salmeterol daarentegen bleef de daling van de FEV1 na inspanning in de ochtend, direct na inname van de medicatie, beperkt (8%); dit effect bleef gedurende vier weken constant, maar de duur van de werking nam af, naarmate het middel langer werd gebruikt. Na twee weken was de FEV1 na inspanning 's avonds alweer minder en na vier weken was de waarde bijna gelijk aan die bij gebruik van het placebo.

Salmeterol blijft dus direct na inname een goede bescherming tegen inspanningsastma geven, maar de duur van de werking neemt in vier weken aanzienlijk af. De NHG-standaard adviseert bij inspanningsastma een kortwerkende bronchusverwijder te geven; dit onderzoek geeft geen aanleiding tot een ander beleid.

Germa Joppe

Oraal B12 vaker voorschrijven?

Elia M. Oral or parenteral therapy for B12 deficiency [Commentary]. *Lancet* 1998;352:1721-2.

In Zweden wordt gemiddeld 40 procent van de patiënten met pernicioze anemie oraal behandeld met vitamine B12. Deze praktijk wordt ondersteund door een recent Amerikaans onderzoek, waaruit bleek dat oraal cyanocobalamine minstens even effectief is als parenterale therapie. Normaal wordt ongeveer 60 procent van het oraal ingenomen B12 gesorbeerd in het distale deel van het ileum. Bij een hoge dosering cyanocobalamine vindt ook elders in de tractus digestivus resorptie plaats, dus onafhankelijk van 'intrinsic factor of ileum'. Daarom reageren patiënten met pernicioze anemie even goed op eenmaal daags 0,3-2 mg B12 oraal als degenen die intramusculair worden behandeld. Dat is een goede reden om ouderen met een matig cobalaminetekort en zonder klachten oraal te behandelen. De oorzaak is vaak een gastritis zonder directe klachten. In

een recent Nederlands onderzoek bij 105 gezonde ouderen naar het vóórkomen en de ernst van atrofische gastritis was dit het geval bij 32 procent. Van deze laatsten had 24 procent een matige cobolaminedeficiëntie. Slechts één van hen had een macrocytaire anemie en één had te weinig B12 in zijn voeding.

M. Sanders

Kennis over het melanoom

Jackson A, Wilkinson C, Pill R. Moles and melanomas – who's at risk, who knows, and who cares? A strategy to inform those at high risk. *Br J Gen Pract* 1999;49:199-203.

Het maligne melanoom komt steeds vaker voor. In Schotland bedraagt de incidentie 12,3 per 100.000 vrouwen, en 7,8 per 100.000 mannen. Het is daar inmiddels de tweede doodsoorzaak bij vrouwen van 20-35 jaar. De prognose is te verbeteren door het verkleinen van het *patient delay*.

Wat weten Schotten over het melanoom? Een prospectief onderzoek met ruim 3000 ingevulde vragenlijsten (respons 69%) leverde een aantal interessante feiten op. Mensen blijken slecht op de hoogte te zijn van de alarmsymptomen. Zo vindt men kleur- en vormveranderingen van moedervlekken minder belangrijk dan jeuk, bloedende huidafwijkingen en korstvormingen. Met name deze laatste symptomen passen ook vaak bij een goedaardige aandoening. Men weet ook niet wat de voorkeurslocalisaties zijn: het been bij de vrouw en de rug bij de man. Vooral de leeftijdsgroep 16-24 jaar heeft weinig kennis van zaken. De hogere sociaal-economische klasse vertoont het ongezondste gedrag: veel zonzakanties, snel bruin willen worden, weinig aandacht voor de eigen huid en weinig tijd om naar de dokter te gaan.

De onderzoekers komen met enkele waardevolle aanbevelingen. Jonge mensen moeten beter worden voorgelicht over de alarmsymptomen van kwaadaardige moedervlekken. Wijs op de gevaren van de zonnebank. Kleine kinderen mogen niet te lang in de felle zon. De huisarts kan zinvolle voorlichting geven op dit gebied.

André Verheij

Coeliakie

Hin H, Bird G, Fisher P, et al. Coeliac disease in primary care: case finding study. *BMJ* 1999;318:164-7.

Het komt in de praktijk niet vaak voor dat coeliakie zich presenteert volgens de klassieke beschrijving in de leerboeken, met als gevolg dat de ziekte vaak niet of pas laat wordt onderkend. Door het beschikbaar komen van eenvoudiger

laboratoriumtests is het mogelijk de incidentie en presentatie van coeliakie beter te onderzoeken, met name in de huisartspraktijk.

In het kader van dit onderzoek werd binnen een populatie van 70.000 patiënten een serologische test (endomysial antibody of EMA test) uitgevoerd bij iedereen die voldeed aan één of meer van de volgende criteria: prikkelbare darmsyndroom, anemie, positieve familieanamnese, malabsorptie of diarree, vermoedelijkheid, schildklierziekten, diabetes mellitus, gewichtsverlies, beperkte lengtegroei, epilepsie, infertiliteit, gewrichtspijnen en eczeem. Bij een positieve test werd een biopsie van de dunne darm genomen.

In totaal werd de EMA-test bij duizend patiënten verricht. De man/vrouw-verhouding was 1:3. De patiënten waren gemiddeld 45-50 jaar oud. Bij dertig patiënten was de test positief. Bij al deze patiënten was ook het dunne darm-biopsie positief. Dit was meer dan vier keer de normaal gevonden incidentie in de regio. De belangrijkste bevinding was een onverklaarde anemie. Het meest voorkomende symptoom was 'altijd maar moe zijn'. Opvallend was de afwezigheid van abdominale klachten bij de gevonden patiënten. De auteurs concluderen dat het in de huisartspraktijk mogelijk is met behulp van een eenvoudige test een vaak niet onderkende ziekte op te sporen, maar dat de arts bedacht moet zijn op het specifieke symptomencomplex van deze ziekte.

Sjoerd Hobma

NOTA BENE

De meerderheid van de huisartsen schrijft NSAIDs voor bij oudere patiënten met heupklachten zonder bewijs dat deze medicijnen beter helpen dan paracetamol.

Stelling bij: Biema-Zeinstra S. Hip pain in general practice [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1999.

Cardiovasculaire preventie

Van Drenth BB. Organizing cardiovascular preventive care in general practice [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998; 167 bladzijden. ISBN 90-76316-04-X.

Promotie: 3 september 1998.

Promovendus: B.B. van Drenth, huisarts te Wijchen.

Promotoren: prof.dr. R.P.T.M. Grol, prof.dr. C. van Weel;

copromotor: dr. H.G.A. Mokkink.

Bespreking: mw.dr. M. van Kruijsdijk, huisarts te Den Bosch.

Dit proefschrift gaat over de haalbaarheid van preventieve zorg in de huisartspraktijk bij cardiovasculaire aandoeningen, met name de organisatie van de preventie en de problemen die huisartsen daarbij ondervinden. De inspanningen van een praktijkconsulente lijken vooralsnog weinig op te leveren.

Cardiovasculaire aandoeningen zijn verantwoordelijk voor ongeveer de helft van alle doodsoorzaken in de geïndustrialiseerde landen. Al langer is bekend dat de leefstijl sterk bijdraagt aan het vóórkomen van deze aandoeningen; daardoor lenen zij zich in theorie goed voor preventieve activiteiten. Bij het organiseren van preventieve zorg speelt de huisarts in toenemende mate een prominente rol, onder meer bij griepvaccinaties en het maken van uitstrijkjes. In dit proefschrift behandelt Van Drenth diverse aspecten van het organiseren van preventieve zorg bij cardiovasculaire aandoeningen.

Het onderzoek bestaat uit drie delen.

- *Het voorbereiden van preventieve cardiovasculaire zorg.* Een panel van huisartsen en assistenten selecteerde aan de hand van de NHG-Standaarden Hypertensie en Cholesterol richtlijnen voor de organisatie van preventieve activiteiten en de registratie van risicofactoren. Nagegaan werd of de huisartsen deze richtlijnen onderschreven en hoe ze de richtlijnen in de praktijk hanteerden bij een steekproef van patiënten van 30-59 jaar.

- *Het implementeren van preventieve cardiovasculaire zorg.* Onderzocht werd welk effect ondersteuning door daartoe opgeleide praktijkconsulenten had op de mate waarin de richtlijnen werden gehanteerd.

In de rubriek *Forum* worden vooral proefschriften besproken. De auteurs van deze werken worden uitgenodigd een korte reactie te geven, maar zijn hiertoe uiteraard niet verplicht.

- *Het ontvangen van preventieve cardiovasculaire zorg.* Wanneer bij patiënten een verhoogd risico wordt vastgesteld, zou dit een negatief effect kunnen hebben op de ervaren gezondheid. Onderzocht is of dit inderdaad het geval was. Ook is nagegaan wat de patiënten vonden van alle aandacht en van de organisatie van deze preventieve zorg.

Het onderzoek vond plaats in 95 huisartspraktijken met een meer dan gemiddelde aandacht voor cardiovasculaire zorg:

- 31 praktijken kregen schriftelijke feedback over de bestaande routines bij het geven van preventieve cardiovasculaire zorg;

- 33 praktijken werden bezocht door praktijkconsulenten, die ondersteuning gaven bij de invoering van noodzakelijke veranderingen;

- 31 praktijken fungeerden als controlegroep.

In de tweede groep werd onderzocht hoe de patiënten de preventieve zorg ervoeren. Dit gebeurde door het invullen van een vragenlijst, kort na het vaststellen van een verhoogd risico, en een jaar later.

Resultaten

Bij het begin van het onderzoek was er een grote spreiding in de mate waarin aan de richtlijnen werd voldaan. Vrijwel alle praktijken volgden patiënten met een hoog risico. Slechts een derde bood onderzoek aan naar de aanwezigheid van risicofactoren.

Het risicoprofiel werd onderscheiden in drie dimensies: gezondheidsbeïnvloedend gedrag (rookgewoonten, alcoholgebruik en gewicht), klinische parameters (bloeddruk en cholesterolgehalte) en medische achtergrondinformatie (hart- en vaatziekten in de (familie)anamnese). Ook de mate waarin het risicoprofiel werd geregistreerd, vertoonde een grote spreiding. De bloeddruk bleek het meest bekend; in de voorgaande vijf jaar was deze ten minste één maal geregistreerd bij 44 procent van de patiënten. Medische achtergrondinformatie was bij slechts enkele praktijken bekend.

Hoewel de huisartsen een meer dan gemiddelde belangstelling voor preventieve zorg hadden, waren er veel belemmeringen, vooral met betrekking tot de praktijkorganisatie: het afsprakensysteem was niet gericht op actief oproepen, er waren geen schriftelijke protocollen en er was geen vaste overlegstructuur. Daarnaast vond ongeveer de helft van de artsen dat zij niet verantwoordelijk waren voor het organiseren van preventieve zorg en daar ook de middelen niet voor hadden.

Aan het eind van de onderzoeksperiode van anderhalf jaar bleek in de groep die schriftelijk feedback had gekregen, geen verandering te zijn opgetreden, noch in organisatorisch op-

zicht, noch in de mate van registratie. Bij de groep waarin persoonlijke ondersteuning werd geboden, was wel verbetering opgetreden. Op het gebied van de praktijkorganisatie bleken vooral het gebruik van schriftelijke protocollen en het delegeren van taken aan de praktijkassistent te zijn verbeterd. Ook werden patiënten vaker actief uitgenodigd. De registratie van risicofactoren was weliswaar significant verbeterd, maar behalve bij de bloeddruk was het eindresultaat niet indrukwekkend (variërend van 9 procent voor alcoholgebruik tot 20 procent voor het gewicht). In vergelijking met de controlegroep was alleen de mate waarin de medische achtergrondinformatie bekend was, toegenomen.

De patiënten bleken tevreden over de zorg die aan hen werd besteed. De daarmee samenhangende veranderingen in de praktijkorganisatie stuitten niet op weerstand. Anders dan verwacht waren er geen negatieve effecten op de ervaren gezondheid.

Commentaar

Het is de verdienste van Van Drenth dat hij de haalbaarheid van preventieve zorg in de huisartspraktijk heeft onderzocht. Daarbij hebben naar mijn idee de ervaren belemmeringen te weinig aandacht gekregen. De auteur gaat slechts kort in op het vraagstuk van de verantwoordelijkheid voor het verlenen van preventieve zorg. De organisatie van preventie en de problemen die huisartsen daarbij ondervinden, krijgen meer aandacht. De rol van de praktijkassistent daarbij blijft helaas onderbelicht. Dit aspect komt bij de aanbevelingen weliswaar terug als mogelijk onderwerp voor verder onderzoek, maar het had goed in dit onderzoek gepast. Ten slotte maken de vooralsnog povere resultaten van de inspanningen van de praktijkconsulenten de lezer nieuwsgierig naar de effecten op de langere termijn.

Meggy van Kruijsdijk

Reactie

Mijn proefschrift richt zich op de medisch-inhoudelijke aspecten van de organisatie van preventie van hart- en vaatziekten, terwijl *Hulscher* in het kader van hetzelfde project heeft gerapporteerd over implementatie-aspecten, waaronder de ervaren belemmeringen.¹ Deze belemmeringen kregen veel aandacht bij het uitwerken van de ondersteuning die de consulenten aan praktijken boden. De huisartsen in de consulent-ondersteunde praktijken waar interventie uiteindelijk succesvol bleek, verschilden nauwelijks in preventieve attitude en 'self-efficacy' van de huisartsen in de groep

met schriftelijke feedback, waar weinig effect werd gemeten, en in de controlegroep. Dit gold zowel vóór als na interventie. Schijnbaar zijn de ervaren belemmeringen in attitude en 'self-efficacy' voor het succes van de ondersteuning door consulenten van ondergeschikt belang.

Over de verantwoordelijkheid voor preventie wordt veel gedebatteerd. In deze studie stond een actieve opstelling van de huisartspraktijk centraal. Gekozen is voor een systematische risico-inschatting bij een vooraf gekozen doelgroep (alle 30-60-jarigen). Welke keuzen uiteindelijk op landelijk niveau ook gemaakt zullen worden, het invoeren van richtlijnen voor de praktijkorganisatie zal een cruciale stap blijven om de theorie in praktijk te brengen. En juist daarover gaat dit onderzoek. Het is verheugend te constateren dat bij de landelijke invoering van preventie (project 'Preventie: maatwerk') ook gekozen is voor het inzetten van consulenten.

Het inschakelen van de praktijkassistente bij preventie blijft in deze studie allerminst onderbelicht, zoals de recensent stelt. Een aantal organisatorische richtlijnen richtte zich hier immers expliciet op. Daarnaast bestond de ondersteuning door de consulente voor een belangrijk deel uit het trainen en begeleiden van de praktijkassistente. Na ondersteuning door een consulente bleek het percentage praktijken waarin de praktijkassistente meer dan drie preventieve activiteiten ten minste gedeeltelijk uitvoerde, te zijn gestegen van 18 naar 73 procent. Uit recente onderzoeksgegevens blijkt evenwel dat er in de afgelopen tien jaar in ons land nauwelijks verandering is opgetreden in het aantal door praktijkassistenten uitgevoerde taken. De aanbeveling om verder onderzoek te doen naar de oorzaken hiervan, richt zich vooral daarop.

De ondersteuning door de consulenten hebben mijns inziens allerminst tot een 'pover resultaat' geleid. Om cardiovasculaire preventie systematisch uit te voeren, diende de praktijkorganisatie in de meeste praktijken immers ingrijpend aangepast te worden. Ondersteuning door consulenten bleek hierbij effectief, gezien de toename in het aantal praktijken dat na interventie aan de organisatorische richtlijnen voldeed.

Voor wat betreft de registratie van risicofactoren werd in de interventieperiode 60 procent van de doelstelling gerealiseerd. Of praktijken op de lange termijn op de ingeslagen weg voortgaan, hangt af van vele factoren. Uit eerder onderzoek bleek een adequate praktijkorganisatie daarbij een van de bepalende kenmerken te zijn.

Bernard van Drenth

1 Hulscher MEJL. Implementing prevention in general practice. A study on cardiovascular disease [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998.

Rouwproces na zwangerschapsafbreking

Geerincq-Vercammen GR. Met een goed gevoel. Het rouwproces bij doodgeboorte, reductie in meerlingzwangerschap en zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek in relatie tot de rol van de professionele begeleiders in het bijzonder de maatschappelijk werker [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1998; 281 bladzijden. ISBN 90-9011-542-0.

Promotie: 20 mei 1998, Rijksuniversiteit Leiden.

Promovendus: C.R. Geerincq-Vercammen, maatschappelijk werker.

Promotoren: prof.dr. J. Bennebroek Gravenhorst, prof.dr. H. Kanhai.

Bespreking: dr. H.J.E.M. van den Akker-Janssen, psycholoog.

Hoe verloopt het verwerkingsproces dat ouders doormaken bij het verlies van een kind tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling? En wat is de invloed hierop van een multidisciplinaire opvang en begeleiding vanuit het ziekenhuis? Deze twee vragen vormden het uitgangspunt van vier onderzoeken waarover in dit proefschrift wordt gerapporteerd. Het resultaat heeft vooral de practicus veel te bieden.

Hoe verloopt het verwerkingsproces dat ouders doormaken bij het verlies van een kind tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling? En wat is de invloed hierop van een multidisciplinaire opvang en begeleiding vanuit het ziekenhuis?

Deze twee vragen vormden het uitgangspunt van vier onderzoeken, die door de auteur werden uitgevoerd binnen het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Door middel van semi-gestructureerde interviews werd een groot aantal vrouwen c.q. ouderparen onderzocht over hun emotionele reacties naar aanleiding van doodgeboorte (twee onderzoeken bij respectievelijk 49 en 52 vrouwen), meerlingreductie (42 ouderparen) of geplande zwangerschapsafbreking op grond van genetische indicatie (33 ouderparen, één alleenstaande). Daarnaast worden de ervaringen met de ontvangen hulpverlening besproken en wordt de deelname aan een rouwverwerkingsgroep geëvalueerd (12 groepen met 115 deelnemers).

Resultaten

- Vrouwen stelden het op prijs als een vermoeden betreffende een stoornis of een intra-ute-

rien overlijden van de baby meelevend maar duidelijk werd medegedeeld; 'er omheen draaien' verhoogde de onzekerheid. De kwaliteit van de slecht-nieuwsgesprekken nam de laatste jaren toe.

- De meeste vrouwen wilden bij een intra-uteriene vruchtdood in eerste instantie zo snel mogelijk via een niet-natuurlijke weg bevallen (keizersnede, of inleiding van de bevalling). Achteraf waren zij blij wanneer ze toch een natuurlijke bevalling hadden gehad, omdat dit naar hun idee had bijgedragen aan het opbouwen van een band met het kind en het afscheid had vergemakkelijkt. Ook ervoeren moeders met een spontane partus de bevalling vaker als vlot en goed dan moeders met een ingeleide partus. Overigens nam het aantal spontane partussen bij doodgeboorte in het LUMC in de loop der jaren af van 41 tot 25 procent.

- Ouders stelden het op prijs dat zij door een gesprek voorafgaand aan de bevalling werden voorbereid op het komende afscheid. Zij kregen daarbij de volgende adviezen: vasthouden en bij zich houden van het kindje, zelf wassen van het kindje of daarbij aanwezig zijn, zelf aankleden van het kindje, zo mogelijk met eigen kleertjes, betrekken van familieleden of vrienden bij het afscheid, thuis opbaren van het kindje, foto's maken, regelen van begrafenis of crematie, versturen van kaartjes en/of plaatsen van een advertentie.

- Hoewel sommige moeders moeite hadden met het zien en vasthouden van het kindje, werd dit contact achteraf zeer gewaardeerd. De ouders waren van mening dat het goed was dat zij hierbij door anderen over een drempel waren geholpen. Ook vaders bleken de laatste jaren intenser afscheid te nemen en hun kind relatief vaker vast te houden.

- Meer dan de helft van de ouderparen was boos over zijn ervaringen met vruchtbaarheidsbehandeling en het gebrek aan informatie over de mogelijke risico's.

- Hoewel meerlingreductie op korte termijn een gevoel van opluchting teweegbracht, kreeg 40 procent van de betrokken vrouwen op langere termijn schuldgevoelens.

Beschouwing

Met de geëvalueerde psychosociale begeleiding wordt beoogd de betrokken ouders 'met een goed gevoel' terug te laten kijken op het verlies van een kind. Verrassend daarbij is dat wordt uitgegaan van één identieke wijze van emotionele verwerking, terwijl het om drie medisch verschillende gebeurtenissen gaat. Sinds de jaren zeventig bestaat in Nederland belangstelling voor de emotionele verwerking van doodgeboorte, maar over de emoties rondom

reductie in meerlingzwangerschap is nog weinig bekend. De emotionele verwerking van zwangerschapsafbreking op grond van genetische indicatie is eerder onderzocht door *Hunfeld*.¹

Door haar werkzaamheden als maatschappelijk werker binnen het Leids Universitair Medisch Centrum was de auteur op de hoogte van het ziekenhuisbeleid en was zij in de gelegenheid om het effect van de toegepaste interventies te onderzoeken. Zij blijft echter steken in een beschrijvende studie, waarvan de resultaten geringe nieuwwaarde hebben. De oorzaak hiervan ligt mijns inziens in het zwakke wetenschappelijke fundament. Zo ontbreekt een gedegen theoretische onderbouwing van de specifieke onderzoeksvragen. Evenmin worden onderzoekshypothesen gepresenteerd. De onderzoeker beperkt zich tot een beschrijving van de gangbare praktijk en hanteert de onderzoeken als evaluatie-instrument om het ziekenhuisbeleid bij te stellen. Het gebrek aan betrouwbare meetinstrumenten maakt een vergelijking van de resultaten onmogelijk. Tevens valt de dubbelrol van de auteur op – zowel betrokken maatschappelijk werker als objectief onderzoeker. Uit de beschrijvingen van de onderzoeken blijkt dat zij beide functies soms combineerde en daarbij haar eigen zorg evalueerde. De vraag naar de objectiviteit dringt zich dan wel op.

Dit proefschrift dat is voorzien van vele mooie gedichten en citaten, heeft de practicus veel te bieden. De wetenschapper daarentegen zal met een onbehaaglijk gevoel blijven zitten.

Hettie van den Akker-Janssen

1 Hunfeld JAM. The grief of late pregnancy loss. A four year follow-up [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1995.

Reactie

Als maatschappelijk werker ben ik van oorsprong een dienaar van de praktijk en ik gebruik de wetenschap om de praktijk te onderzoeken en te objectiveren. Als onderzoeker ben ik ervan overtuigd op deze wijze een zinvolle bijdrage te leveren aan wetenschap en praktijk.

In het LUMC is in de loop der jaren een op theoretische inzichten en praktische ervaringen gestoeld beleid ontwikkeld inzake doodgeboorte en andere vormen van zwangerschapsverlies. Dat beleid is gegroeid vanuit een multidisciplinaire aanpak en leent zich juist daardoor ook tot toepassing door zorgverleners buiten de setting van een groot ziekenhuis. Het op wetenschappelijke wijze objectiveren van de effecten van het beleid stond centraal in de door

mij uitgevoerde onderzoeken. De onderzoeksresultaten zijn verkregen door middel van semi-structureerde interviews, met uitzondering van het onderzoek naar de effecten van de gespreksgroepen, waarvoor de Impact of Event Scale is aangewend. Bij het beoordelen en vergelijken van onderzoeksresultaten is gebruik gemaakt van de chi-kwadraattoets, een zeer veel gebruikt instrument bij psychosociaal wetenschappelijk onderzoek. Omdat ik mij realiseerde dat het ging om vanuit de praktijk benaderd onderzoek, is de significantiegrens erg laag gehouden – $p < 0,01$ – waar dat in de meeste onderzoeken $p < 0,05$ is.

Over mijn dubbelrol als onderzoeker en zorgverlener maak ik zelf een kritische aantekening (pag. 230). Deze coïncidentie was trouwens alleen aan de orde bij een deel van de casus in het onderzoek naar zwangerschapsafbreking (28 van de in totaal 175 casus).

Daarnaast wil ik enkele onnauwkeurigheden en onjuistheden rechtzetten.

- De recensent gaat voorbij aan het grote belang dat wordt gehecht aan het werken in en met een multidisciplinair team. Zij geeft de indruk dat het in het proefschrift alleen maar om de rol van de maatschappelijk werker zou gaan. Wel wordt ruime aandacht besteed aan de eigenheid van maatschappelijk werk, aangezien het, voor zover bekend, de eerste keer was dat een proefschrift werd geschreven vanuit de praktijk van het maatschappelijk werk.

- Wat betreft boosheid over vruchtbaarheidsbehandeling: de recensent wekt de indruk dat het om de hele groep van geïnterviewden zou gaan; het gaat echter alleen om de helft van de vrouwen uit de onderzoeksgroep met een meerlingzwangerschap (20 van de 40 vrouwen).

- De schuldgevoelens die ontstaan na reductie in een meerlingzwangerschap zijn niet op de voorgrond aanwezig maar af en toe (pag. 129 en 136).

- Het doel van de zorg was niet 'het verkrijgen van een goed gevoel'. Deze uitdrukking vond haar oorsprong in de spontane reacties van ouders tijdens de nazorggesprekken en werd daarom gekozen als titel van het proefschrift.

- Het ontbreken van een hypothese (die trouwens niet altijd noodzakelijk is bij beschrijvend retrospectief onderzoek) wordt ten onrechte genoemd; een hypothese staat vermeld in het voorwoord: psychosociale hulpverlening in het ziekenhuis heeft een positieve invloed op het verwerkingsproces (pag. 14).

- Het is jammer dat de recensent voorbijgaat aan de conclusie dat spontane doodgeboorte en zwangerschapsafbreking qua emotionele ver-

werking nu juist meer overeenkomsten dan verschillen vertonen.

Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat een deel van de kritiek van Van den Akker-Janssen wordt bepaald door een wat mij betreft te smalle opvatting over wetenschap en onderzoek. Wat ik heb afgeleverd, is retrospectief beschrijvend onderzoek, bedoeld als een bijdrage aan praktijk en wetenschap. Velen vinden dat ik daarin ben geslaagd. De recensent heeft een andere mening. De lezer mag zelf oordelen.

C.R. Geerincq-Vercammen

Chronisch zieken en functionele toestand

Buis J. Thirteen chronic diseases, in particular stroke [Dissertatie Universiteit Groningen]. Amsterdam: Thela Thesis, 1998; 192 bladzijden, prijs NLG 45,-. ISBN 90-5170-374-0.

Promotie: 7 oktober 1998.

Promovendus: J. Buis, huisarts.

Promotor: prof.dr. B. Meyboom-de Jong; copromotor: dr. J. Schuling.

Bespreking: mw.dr. D. Kriegsman, arts-epidemioloog.

De toename van de prevalentie van chronische ziekten als gevolg van vergrijzing van de bevolking maakt het onderwerp van het proefschrift uiterst relevant. De conclusies volgen echter niet logisch uit de resultaten van het onderzoek, en de aanbevelingen voor de praktijk hebben een hoog open-deurgehalte.

Het proefschrift van Buis handelt vooral over de samenhang tussen (multimorbiditeit van) chronische ziekten en functionele toestand, consultfrequentie bij de huisarts en geneesmiddelengebruik. Daarnaast wordt ook de samenhang tussen chronische ziekten en aanpassingsmechanismen als object van onderzoek genoemd, maar aangezien de operationalisatie van het begrip 'aanpassingsmechanismen' niet verder reikt dan een maat voor lichamelijk en mentaal functioneren, vat ik dit op als behorend bij 'functionele toestand'.

De toename van de prevalentie van chronische ziekten als gevolg van vergrijzing van de bevolking maakt het onderwerp van het proefschrift uiterst relevant. Buis stelt dat verwacht mag worden dat er 'compensatie voor de negatieve invloed van veroudering, in het bijzonder bij mensen met chronische ziekten en beperkingen van gezondheidstoestand', zal optreden.

In de verschillende hoofdstukken wordt achtereenvolgens nagegaan wat het verband is tussen dertien chronische ziekten en functionele toestand, of deze invloed verschilt voor 'jongere' (60-79 jaar) en 'oudere' (80+ jaar) ouderen, in hoeverre de gezondheid verandert gedurende twee jaar follow-up, wat het verband is tussen de frequentie van doktersbezoek en zelfgerapporteerd geneesmiddelengebruik en, onder andere, chronische ziekten, comorbiditeit en functionele toestand.

Daarnaast is er een hoofdstuk over de relatie tussen het frequent gebruik van zoete tussendoortjes ('snoepen') en de incidentie van beroerte (vandaar de toevoeging 'in particular stroke' in de titel). Hoewel juist aan dit hoofdstuk enige aandacht is besteed in de pers, had het beter niet in het proefschrift kunnen worden opgenomen: het valt mijns inziens volledig buiten de lijn van het geheel en leidt de aandacht af van de kern van het betoog.

Methodie

De gegevens waarop het proefschrift is gebaseerd, zijn hoofdzakelijk afkomstig uit de 'Achtkarspelen-studie'. In het kader van een tweejarig follow-up-onderzoek naar de prevalentie van hypertensie werd in 1993 en 1995 een vragenlijst toegestuurd aan inwoners van Achtkarspelen van 60 jaar en ouder. De lijst bevatte vragen over demografische kenmerken, sociaal-economische status, chronische ziekten, risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen, geneesmiddelengebruik en de 'MOS Short Form Health Survey' (SF-36).

De respons bedroeg in 1993 68 procent (2773/4070) en in 1995 57 procent (2420/4251). Bij de groep van 85 jaar en ouder was de respons zeer laag: circa 20 procent. Van slechts 5 procent bleken gegevens uit beide jaren beschikbaar; in het enige hoofdstuk waarin gegevens van beide meetmomenten aan elkaar worden gerelateerd, is de onderzoekspopulatie dan ook beperkt tot de 60-79-jarigen (n=1552). In vier andere hoofdstukken worden uitsluitend gegevens uit 1995 gebruikt en in een vijfde hoofdstuk alleen gegevens uit 1993.

In de hoofdstukken over de relatie tussen chronische ziekten en functionele toestand worden de schaalscores op de verschillende dimensies van de SF-36 als uitkomstvariabelen gebruikt. Bij de analyses wordt gebruik gemaakt van verschillende technieken: t-tests, variantie-analyse, multiple regressie-analyse en Cohen's effect size.

Het hoofdstuk over de invloed van 'snoepen' op de incidentie van beroerte maakt gebruik van gegevens die in het kader van de Groningen Longitudinal Aging Study (GLAS) zijn

verzameld. De invloed van 'snoepen', gecorrigeerd voor diverse andere potentiële determinanten, wordt geanalyseerd met behulp van Cox' proportional hazards analysis.

Resultaten en conclusies

Wat betreft de resultaten is het verkregen beeld consistent. Comorbiditeit is een belangrijke determinant van functionele toestand (zowel lichamelijk als mentaal functioneren), van frequent doktersbezoek en van polyfarmacie. De invloed van verschillende specifieke chronische ziekten varieert enigszins, en er zijn verschillen tussen 'jongere' en 'oudere' ouderen.

In de tweejarige follow-up-studie bleek dat de verandering in gezondheid in de totale populatie klein was. Bij patiënten <70 jaar trad over het algemeen zelfs een geringe verbetering op. De grootste achteruitgang werd gevonden bij patiënten van 70 jaar en ouder die diverse chronische ziekten rapporteerden, waarbij de invloed van beroerte, schildklierziekte, kanker en longaandoeningen het sterkst was.

Behalve aan comorbiditeit was frequent doktersbezoek gerelateerd aan een slechtere functionele toestand en het hebben van een open been, diabetes mellitus, kanker of nierziekten. Leeftijd en geslacht waren niet van invloed.

Het gebruik van meer dan vijf verschillende geneesmiddelen ('ernstige polyfarmacie') kwam met name voor bij mensen met nierziekten, een myocardinfarct in de voorgeschiedenis en longziekten anders dan chronische bronchitis. Daarnaast was dit gerelateerd aan frequent doktersbezoek, comorbiditeit, hogere leeftijd en een lagere sociaal-economische status.

In het hoofdstuk over 'snoepen' en beroerte wordt aangetoond dat de incidentie van beroerte hoger is naarmate mensen frequenter zoete tussendoortjes gebruiken.

In het laatste hoofdstuk gaat Buis niet veel verder dan een beschrijving van de belangrijkste resultaten. De beperkingen van het onderzoek worden nogal summier weergegeven. Daarnaast komen bij de conclusies verschillende concepten uit de inleiding van het proefschrift terug, die als zodanig niet duidelijk herkenbaar zijn in de afzonderlijke hoofdstukken ('adaptive mechanisms' lijkt te verwijzen naar scores op de SF-36; 'the most affected or frail elderly' lijkt gelijkgesteld te worden met een leeftijd, waarbij niet direct duidelijk is of dit ouder dan 70 of dan 80 jaar is). De aanbevelingen voor de praktijk zijn nogal mager: let op bij mensen met een aantal ziekten, die frequent komen, drie of meer geneesmiddelen gebruiken, of een bepaalde ziekte hebben. Verder zouden ouderen minder zoete tussendoortjes moeten

gebruiken om de kans op een beroerte te verminderen.

Commentaar

Hoewel de relevantie van het onderwerp buiten kijf staat en de Achtkarspelen-studie een schat aan informatie lijkt te bieden, stelt de uitwerking van het proefschrift van Buis teleur. Dit is niet in de laatste plaats te wijten aan storende fouten in het gebruik van de Engelse taal. Op diverse plaatsen wordt bijvoorbeeld de betekenis van een zin 'omgedraaid' door grammaticale onjuistheden ('What is the association between chronic diseases and functional status, and which chronic diseases are most affected', alsof functionele toestand bepalend is voor de ziekte in plaats van andersom). Daarnaast stoort het verwarrende gebruik van onderzoeksterminologie. In de cross-sectionele hoofdstukken worden voortdurend uitspraken gedaan over toename en afname van determinanten die gerelateerd zijn aan veranderingen in de uitkomstmaten ('Functional status deteriorated as the number of chronic diseases increased'). Dergelijke uitspraken kunnen uiteraard alleen gedaan worden op basis van longitudinaal onderzoek.

Wat betreft de methodologie valt er ook het een en ander aan te merken. Ik beperk mij hier tot twee belangrijke punten. Ten eerste is er een grote mate van overlap tussen de belangrijkste uitkomstmaten: de PCS ('Physical Components Subscore') en de MCS ('Mental Components Subscore') van de SF-36. Beide zijn een gemiddelde van een aantal schaalscores op de totale lijst. De PCS is het gemiddelde van de score op zes schalen en de MCS is het gemiddelde van de score op vijf schalen, waarbij drie van de in totaal acht schalen bij zowel de PCS als de MCS worden meegenomen. Hiervoor wordt geen onderbouwing gegeven, er wordt geen melding gemaakt van de correlatie tussen PCS en MCS, en aan de mogelijke consequenties van de overlap wordt geen aandacht besteed.

Mijn tweede punt heeft betrekking op het gebruik van 'hiërarchische multiple regressie analyse' voor uitkomstvariabelen met een beperkt aantal antwoordcategorieën (vier voor frequentie van doktersbezoek, vijf voor geneesmiddelengebruik). Uit het proefschrift maak ik op dat het hier om lineaire regressie-analyse gaat, en dat is bij een dergelijk type uitkomstvariabele uiterst dubieus. Aangezien de conclusies zich bovendien toespitsen op een contrast tussen twee categorieën (<5 versus ≥5 doktersbezoeken en <3 versus ≥3 geneesmiddelen) zou het gebruik van logistische regressie-analyse meer voor de hand hebben gelegen.

Het hoofdstuk over 'snoepen' en beroerte is aanzienlijk beter leesbaar dan de rest van het proefschrift en dat geldt ook voor de gebruikte methode. Het is dan ook jammer dat dit hoofdstuk qua onderwerp eigenlijk buiten het thema van het proefschrift valt.

De aanbevelingen voor de praktijk hebben een hoog open-deurgehalte: het lijkt mij bijvoorbeeld nogal voor de hand te liggen dat patiënten die vaak bij de dokter komen, meer aandacht nodig hebben; die krijgen ze namelijk al. De conclusies die Buis trekt, volgen niet logisch uit de resultaten van zijn onderzoek. Dit heeft vooral te maken met het verwijzen naar concepten zoals 'adaptive mechanisms' en 'frailty' die nergens duidelijk worden geoperationaliseerd.

Samenvattend moet ik helaas constateren dat Buis met zijn proefschrift een kans gemist heeft.

Didi Kriegsman

Reactie

Kriegsman stoort zich aan uitspraken over 'toe- en afname' van determinanten in het cross-sectionele onderzoek. Mijn vierde hoofdstuk beschrijft twee jaar longitudinaal onderzoek, en in de beschouwing daarbij wordt bewust gesproken over verandering (changes) in tijd; in de andere hoofdstukken wordt toe- en afname in een andere betekenis gebruikt (hoger en lager); het woord 'verandering' wordt zorgvuldig vermeden.

Verder gaat haar commentaar over de gebruikte uitkomstmaten Physical Component Summary (PCS) en Mental Component Summary (MCS). Het was niet de opzet van dit proefschrift een verdere onderbouwing van betrouwbare en gevalideerde somscores als uitkomstmaten te geven.

Dan gaat Kriegsman in op de gebruikte methode bij verschillende antwoordcategorieën als eindmeting. Het is juist dat bij analyse van antwoordcategorieën problemen optreden. De gebruikte analyse (lineaire versus logistische regressie) is echter een goede mogelijkheid. Onderzoek wordt nu eenmaal bepaald door vooraf gemaakte keuzen; daarom staat in de algemene beschouwing als derde aanbeveling dat er beter gebruik kan worden gemaakt van een ordinale schaal dan van een antwoordcategorie.

De aanbevelingen krijgen ook kritiek. Kriegsman spreekt van een hoog open-deurgehalte. Maar dat is nu juist de valkuil: wat dokters denken te weten over de impact van chronische ziekten, is lang niet altijd goed onderbouwd. Het lijkt vreemd dat patiënten die vaker

bij de dokter komen meer aandacht nodig hebben, 'omdat ze die al krijgen'. Wij wisten bijvoorbeeld tot nu niet of ouderen met één of meer chronische ziekten ook werkelijk hun dokter vaker bezochten, om welke reden (die we helaas niet hebben onderzocht) dan ook. Frequenter doktersbezoek is dan ook niet synoniem met een 'betere' behandeling, wat dat dan ook moge zijn. De discussie over aandacht en de gevolgen daarvan zijn in volle gang – zie Huisarts en Wetenschap 1998;41(12), met het artikel van *Loor & Schuling* en het commentaar van *Van Duijn & Mentink*. Aandacht betekent in mijn proefschrift een gerichte aandacht, gericht op bestaande problemen, omdat uit onderzoek gebleken is dat alleen bij ouderen met ernstige gevolgen van hun chronische ziekte(n) – die hier de meest kwetsbare (frail) ouderen worden genoemd – gerichte interventie zinvol is.

Ik heb met behulp van dit proefschrift geprobeerd de vinger te leggen op een aantal determinanten bij de meest kwetsbare ouderen, om zodoende een beter inzicht te krijgen tussen veel al dan niet causale determinanten van gezondheid en ziekte bij ouderen. Ik hoop dat ik die kans niet heb gemist.

J. Buis

Levensbeëindigend handelen

Cuperus-Bosma JM. Regulering, toetsing en kwaliteitsbewaking van levensbeëindigend handelen [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998; 224 pagina's. ISBN 90-5669-030-2.

Promotie: 4 november 1998.

Promovendus: J.M. Cuperus-Bosma.

Promotoren: prof.dr.G. van der Wal,

prof.dr. P.J. van der Maas.

Bespreking: prof.dr. L. Wigersma,

hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Dit proefschrift bestrijkt het gehele terrein van levensbeëindigend handelen, met uitzondering van het moeilijke gebied van euthanasie en hulp bij zelfdoding zonder uitdrukkelijk verzoek daartoe. De onderzoeken zijn goed opgezet en helder gerapporteerd, en de resultaten hebben een grote mate van representativiteit.

Dit proefschrift bevat de resultaten van drie onderzoeken.

- Het eerste onderzoek werd uitgevoerd onder gynaecologen in Noord-Holland, en had betrekking op de omvang, zorgvuldigheid en kwaliteit van late zwangerschapsonderbreking

(na 24 weken). Het werd verricht in het kader van de kwaliteitsborgende functie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Noord-Holland. Doelstelling was om op basis van inzicht in de aard en omvang van de praktijk van late zwangerschapsafbreking een bijdrage te leveren aan een adequate kwaliteitsbewaking en toetsing achteraf. Hiertoe werden via een anonieme, schriftelijke enquête onder alle gynaecologen in Noord-Holland gegevens verzameld over het aantal late zwangerschapsafbrekingen, de indicaties daarvoor, de beweegredenen om al dan niet een verklaring van natuurlijk overlijden af te geven, en de opvattingen van de gynaecologen over de kwaliteitsborging van deze interventie. De onderzoeksperiode besloeg de jaren 1990-1994.

- De auteur werd hierna uitgenodigd mee te werken aan een onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS, het nationale evaluatieonderzoek naar de meldingsprocedure bij euthanasie. Doelstelling van dit onderzoek was om vast te stellen of de bestaande procedure aan haar doel beantwoordde en zo nee, welke verbeteringen mogelijk zouden zijn. Interviews werden afgenomen bij aselechte steekproeven van meldende artsen, gemeentelijke lijkschouwers, leden van het Openbaar Ministerie en Inspecteurs voor de Gezondheidszorg. Tevens werd dossier-onderzoek verricht bij het Openbaar Ministerie, en werden notulen van de vergadering van procureurs-generaal geanalyseerd. Nagegaan werd in hoeverre levensbeëindigend handelen al dan niet werd gemeld en op grond van welke overwegingen, hoe de gang van zaken was in de meldingsprocedure, hoe er door de betrokkenen werd omgegaan met gemelde gevallen, en wat hun opvattingen waren over melding en toetsing van levensbeëindigend handelen. Het onderzoek had betrekking op de periode 1990-1995.

- Het derde onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de KNMG. Doelstelling was, na te gaan of en in hoeverre de huidige meldingsprocedure kan worden aangevuld met andere vormen van kwaliteitsbewaking en toetsing. Hiertoe werd een groep experts geïnterviewd, waarna de resultaten in bijeenkomsten met de experts werden besproken. Ook werd een literatuurstudie verricht.

Resultaten

- *Late zwangerschapsafbreking.* De respons onder de gynaecologen was 83 procent. De resultaten zijn representatief voor Noord-Holland. Het aantal gevallen van late zwangerschapsafbreking blijkt constant te zijn. Geschat wordt dat jaarlijks in Nederland 150 gevallen voorkomen.

In het algemeen werd zorgvuldig gehandeld. In 88 procent van de gevallen werd een verklaring van natuurlijk overlijden afgegeven. Van de responderende gynaecologen had 57 procent weleens een late zwangerschapsafbreking verricht. Van hen vond twee derde dat hierbij een verklaring van natuurlijk overlijden moet worden afgegeven, tegen 30 procent van de gynaecologen die nooit late zwangerschapsafbreking hadden verricht. Twee derde van de respondenten prefereerde voor kwaliteitsbewaking en toetsing een landelijke commissie van deskundigen vanuit de beroepsgroep en met toezicht vanuit de Inspectie.

• *Evaluatie meldingsprocedure euthanasie.* Van 1990 t/m 1995 steeg het meldingspercentage van 18 naar 41 procent. Niet melden werd vooral verband met bezwaren tegen justitieel onderzoek. Niet gemelde gevallen voldeden minder vaak dan gemelde gevallen aan de zorgvuldigheidseisen. Van de 6324 gemelde gevallen werden er 120 uitvoeriger door de procureurs-generaal besproken; dit leidde tot het voorleggen van dertien gevallen aan de rechter. Er werden veel minder gevallen vervolgd dan in de tien jaar voorafgaand aan de onderzochte periode.

Van de responderende artsen vond 70 procent toetsing achteraf noodzakelijk, bij voorkeur door de beroepsgroep. Driekwart van de gemeentelijke lijkschouwers vonden het hun taak om de zorgvuldigheid van de procedure te beoordelen, tegen 47 procent van de meldende artsen.

De wijze en tijdsduur van afhandeling van gemelde gevallen in het Openbaar Ministerie bleken aanzienlijke verschillen te vertonen tussen arrondissementen. Ook toonde het oordeel van leden van het Openbaar Ministerie over theoretische gevallen (vignetten) een grote spreiding in het al dan niet dagvaarden of separeren.

• *Andere vormen van kwaliteitsborging en toetsing achteraf.* De huidige meldingsprocedure biedt slechts een beperkte controle op levensbeëindigend handelen en vrijwel geen kwaliteitstoetsing. Om aan deze wensen tegemoet te komen werden drie toetsingsmodellen uitgewerkt.

Conclusies

De centrale conclusie uit de drie onderzoeken is dat er onder artsen en andere betrokkenen brede behoefte bestaat aan externe kwaliteitsbewaking en toetsing achteraf ten aanzien van levensbeëindigend handelen, en dat een strafrechtelijke benadering respectievelijk de bespreking van alle gevallen door de procureurs-generaal daarvoor niet effectief is. De voorkeur

gaat uit naar toetsing door een commissie die (deels) uit vertegenwoordigers van de beroepsgroep bestaat, waardoor zowel maximale meldingsbereidheid als kwaliteit van het handelen worden gewaarborgd. De experts uit het derde onderzoek achtten als basis hiervoor een rechtvaardigingsgrond voor levensbeëindigend handelen in het Wetboek van Strafrecht noodzakelijk.

Een en ander is inmiddels door de overheid geëffectueerd via de instelling van regionale multidisciplinaire toetsingscommissies en een aanpassing van de wetgeving. De nieuwe regeling zal ook tegemoet komen aan de uit het onderzoek gebleken bezwaar dat er grote verschillen bestaan in beoordeling en afhandeling van gevallen van euthanasie tussen arrondissementen. Ook aan de nieuwe procedure kleefde echter het nadeel van de paradox: een wettelijk verbod op levensbeëindigend handelen gecombineerd met een gedoogbeleid. De vraag is of de meldingsbereidheid hierdoor zo zal toenemen als de overheid verwacht.

Commentaar

Dit proefschrift bestrijkt het gehele terrein van levensbeëindigend handelen, met uitzondering van het moeilijke gebied van euthanasie en hulp bij zelfdoding zonder uitdrukkelijk verzoek daartoe. Duidelijk wordt hoezeer het primaat van de strafrechtelijke beoordeling de kwaliteitsbewaking en toetsing van dit handelen in de weg staat, ondanks de toename in de meldingsbereidheid door een nadrukkelijker gedoogbeleid. De onderzoeken zijn goed opgezet en helder gerapporteerd, en de resultaten hebben een grote mate van representativiteit. De beleidsontwikkelingen houden gelijke tred met de belangrijkste conclusies van het proefschrift, hetgeen voor de onderzoeker zeker reden tot voldoening zal zijn. Uit haar conclusies valt echter ook te beluisteren dat zij voorstander is van opheffing van het strafrechtelijk verbod, aangezien alleen daarmee de meldingsbereidheid en transparantie van het handelen kunnen worden gemaximaliseerd.

Lode Wigersma

Mededelingen voor de Agenda in nummer 9 (augustus) moeten op uiterlijk 22 juli in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

The 28th Annual Scientific Meeting of the Association of University Departments of General Practice

London, 14-16 juli.

Inlichtingen: AUDGP 99, tel. +44-1865-331040; fax +44-1865-331125; e-mail audgp99@kcl.ac.uk; website psc.umds.ac.uk/audgp99.htm.

Tussen evidence based practice en integrale kwaliteitszorg? Implementatie van effectieve en doelmatige zorg

Nijmegen, 10 september.

Conferentie 10 jaar WOK. Inlichtingen: Mary Bluysen, Bureau Congresorganisatie KUN, tel. 024 3612184; fax 024 3567956; e-mail M.Bluysen@buro.kun.nl.

Referatendag voor Vlaamse Huisarts Research Antwerpen, 25 september.

Inlichtingen: Anne-Marie Ryckaert, tel. +32-3-2811616; fax +32-3-2185148; e-mail secret.wvvh@medmail.medconf.be.

Closing the loop

Toronto, 1-3 oktober

Third international conference on the scientific basis of health sciences.

The best evidence for health care: the role of the Cochrane Collaboration

Rome, 6-9 oktober.

VII Cochrane Colloquium.

Inlichtingen: Eurosymposia Srl, Via di Tor Fiorenza, 31, 00199 Roma; tel. 0039-6-86328042; fax 0039-6-86386644; e-mail eurosy.congres@flashnet.it.

10 jaar Hoorn-studie

Amsterdam, Koninklijk Instituut voor de Tropen, 14 oktober, 12.30-21.15 uur.

Symposium Vrije Universiteit. Inlichtingen: mw. L.J. van't Hull, tel. 020 4440533, fax 020 4440502; e-mail endocr@avu.nl.

Research on general practice care of the elderly Hannover, 14-17 oktober.

Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW).

WONCA Europe regional conference 2000

Wenen, 2-6 juli 2000.

Inlichtingen: Gerda Maierhofer, Wiener Medizinische Akademie, Alser Strasse 4, A-1090 Wien; tel. +43 1 405138310; fax . +43 1 405138323.

NOTA BENE

Geschiedschrijving is, hoewel misschien niet zinvol, tenminste moeilijk (vrij naar Ortega). Stelling bij: Storm E. Het perspectief van de vooruitgang. Denken over politiek in het Spaanse fin de siècle [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

■ betekent: eerste vermelding.