

Over de schreef

Lens P, Kahn PhS, redactie. *Over de schreef, over functioneren en disfunctioneren van artsen*. Utrecht: Van der Wees, 2001; 515 pagina's, NLG 125,-. ISBN 90-5805-043-2.

Sinds enige jaren bestaat er een toememende belangstelling voor het (dis)functioneren van artsen. In dit boek geven een dertigtal auteurs, vanuit hun eigen positie en perspectief, hun visie weer op vraagstukken rond dit onderwerp. Het boek is opgebouwd uit vier delen. In deel I wordt de sociale en juridische context besproken waarin de (aankomend) arts functioneert. In deel II zijn burn-out, stress, ongewenst intiem gedrag, fraude, missers en andere verschijningsvormen beschreven waarbij de arts, al of niet tijdelijk, over de schreef gaat. In het derde deel worden vanuit de optiek van verschillende organisaties handreikingen beschreven die goed functioneren zouden kunnen bevorderen. Het laatste deel bevat een bloemlezing van diverse onderwerpen: de rol van de media, maar ook de persoonlijke ervaringen van een specialist die het functioneren van zijn maatschap beschrijft, een *klokkenluider* en een verslaafde arts.

De verschillende hoofdstukken zijn, op een enkele uitzondering na, als afzonderlijke beschrijving zeer lezenswaardig. De geïnteresseerde lezer die wat meer wil weten over een bepaald deelaspect van disfunctioneren zal in dit boek al gauw iets van zijn gading vinden. Bezwaarlijk voor de lezer die het hele terrein van disfunctioneren zou willen overzien is de enorme overlap tussen de diverse hoofdstukken. Het totale aantal pagina's zou gemakkelijk tot twee derde van het huidige volume kunnen worden teruggebracht, zonder dat de kwaliteit van de verschillende hoofdstukken er onder lijdt. Een tweede beperking is dat de auteurs blijkbaar alle vrijheid hebben gekregen in hun benadering van het beschreven deelonderwerp. Zodoende worden hoofdstukken van meer beschouwelijke aard min of meer lukraak afgewisseld door richtlijn-achtige stappenplannen.

Het boek levert echter een belangrijke bijdrage aan de discussie, in alle openheid, over het (dis)functioneren van artsen. Het is voor iedere huisarts en huisarts in opleiding de moeite waard er kennis van te nemen, maar dan na een gerichte keuze voor die capita selecta die aansluiten bij de individuele informatiebehoefte.

Wim Stalman

Vermoeidheid

De Ridder D, Schreurs K, Schaufeli W. *De psychologie van vermoeidheid*. Assen: Van Gorcum, 2000; 110 pagina's, 32,50 NLG. ISBN 90-232-3601-7.

Dit boek over vermoeidheid pretendeert een tot op heden ontbrekend overzichtswerk te zijn, dat zoveel mogelijk facetten van vermoeidheid probeert te belichten, gebruikmakend van de kennis uit relevante wetenschapsgebieden en met een speciale rol voor de psychologie. De schrijvers hebben zich daar waar mogelijk laten leiden door wetenschappelijke bevindingen.

In vier hoofdstukken passeert inderdaad een veelheid aan facetten de revue. Allereerst wordt vermoeidheid in een historisch en maatschappelijk kader geplaatst, aangezien de betekenis die mensen verlenen aan hun vermoeidheid gekleurd wordt door historisch specifieke sociale en culturele omstandigheden. In het volgende hoofdstuk staat de nadere begripsomschrijving van vermoeidheid centraal, waarbij van de verschillende 'soorten' moeheid steeds de fysiologische, psychologische en sociale aspecten aan bod komen. Het derde hoofdstuk borduurt voort op het tweede, in die zin dat ook hier verschillende soorten en indelingen van vermoeidheid beschreven worden. In dit hoofdstuk wordt tevens aandacht besteed aan de mogelijkheden om moeheid te meten en aan het vóórkomen van vermoeidheid in verschillende 'settingen' (vermoeidheid in de bevolking, onder huisartspatiënten, bij chronisch zieken en in de arbeidssituatie). Het laatste hoofdstuk staat in het teken van de behandeling van vermoeidheid,

waarbij een onderverdeling wordt gemaakt in zelfzorg, behandeling door de huisarts en behandeling van burnout en het chronisch vermoeidheidssyndroom.

Het is mijns inziens een prettig te lezen boek, geschikt voor de bovengemiddeld in vermoeidheid geïnteresseerde lezer. Leuk, maar niet een 'must-have' voor elke praktiserende huisarts, vooral omdat het weinig praktisch van aard is.

Helen Koch

Gezond zonder gezondheidszorg

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Gezond zonder zorg; advies en achtergrondstudie*. Zoetermeer, augustus 2000. NLG 20,- per deel.

De gezondheidszorg staat vaak aan het eind van een keten van gebeurtenissen die tot ongezondheid hebben geleid. Veel daarvan speelt zich af buiten de invloedssfeer van de eerstverantwoordelijke voor volksgezondheid, het ministerie van VWS. Denk maar aan leefstijl, voeding, wonen, vrijetijdsbesteding en arbeid, verkeer, opleiding en armoede. Het advies *Gezond zonder zorg* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gaat over de mogelijkheden om beleid van anderen (ministeries, belangenorganisaties) op het gebied van de gezondheid en gezondheidszorg te beïnvloeden. Dergelijk beleid heet 'facetbeleid'.

Het rapport bestaat uit twee delen: het rapport in engere zin met enkele bijlagen en – in een apart deeltje – drie onderzoeken: een analyse van het beleid van (centrale) overheid, een beschrijving van een achttal gemeentelijke projecten en een beschrijving van internationale ontwikkelingen op het terrein van Health Impact Assessment.

De RVZ toont zich een pragmatisch realist: facetbeleid vereist langetermijndenken en vraagt de uitvoerders om over de grenzen van het eigenbelang heen te kijken. Niemand is tegen gezondheid, maar de portefeuillehouders van het beleid waar het facetbeleid van volksge-

zondheid zich op richt, worden niet afge-rekend op het gezondheidsaspect. De determinanten van gezondheid worden bijna steeds gevormd door complexe ketens van elkaar beïnvloedende factoren die nog maar op beperkte schaal in kaart zijn gebracht. Bovendien wegen de kosten van facetbeleid vrijwel zeker niet tegen de baten op. De haalbaarheid van facetbeleid is daarom problematisch.

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) wijst er in een bijlage van het rapport op dat de grenzen van de te bereiken gezondheidswinst in zicht lijken te komen. Mensen geven nogal eens de voorkeur aan een hoge kwaliteit van leven nu boven mogelijke gezondheidswinst in de toekomst. Het duurzaam veranderen van het gedrag van jonge mensen valt niet mee; de reikwijdte van het overheidsbeleid is beperkt en er zijn tal van maatschappelijke organisaties en bedrijven die beleid voeren waaraan een gezondheidsfacet is verbonden. Daarom adviseert deze Raad opvattingen in de bevolking over gezondheid en ziekte te beïnvloeden, en kwetsbaarheid en de eindigheid van het leven te herwaarderen. De RMO adviseert in het facetbeleid de nadruk te leggen op het bevorderen van de kwaliteit van leven omdat lang leven nog geen goed leven betekent.

De adviezen van de beide raden lijken wel los van elkaar te staan. Mij spreekt de benadering van de RMO meer aan dan die van de RVZ. Ik spreek dagelijks met mensen over de kwaliteit en de eindigheid van hun leven. De context van gezondheidsproblemen kleurt en beperkt de mogelijkheden om tot een oplossing van de problematiek te komen vaak sterk; mijn dagelijks werk zou je facetbeleid op microschaal kunnen noemen. Dat er meer onderzoek moet komen en dat de middelen om gezondheidsbeleid te voeren beperkt zijn, is geen nieuws. Met zo'n conclusie verdwijnt dit rapport ongetwijfeld de komende jaren in de bekende ambtelijke la.

Op macroniveau komt er dus niets van facetbeleid terecht. Dat vind ik zorgelijk: wat betekent dat voor het microniveau?

Gezondheid is toch geen doel op zich, maar een middel om mensen sociaal actief te laten zijn en zich gelukkig te laten voelen, zoals in één van de onderzoeken wordt gesteld? Dat verklaart wel waarom de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling een breder oordeel heeft. Maar bij het lezen van het rapport van de RVZ bekruipt mij het bange gevoel dat de verantwoordelijken voor gezondheidszorgbeleid achter een zelf opgeworpen dijk hun eigen grenzen zitten te bewaken zonder er overheen te kijken.

Ger van der Werf

Palliatieve zorg

Neil Small, Penny Rhodes. Too ill to talk? User involvement and palliative care. London: Routledge, 2000; 254 pagina's, £ 15,99. ISBN 0-415-23317-8.

Willen patiënten die palliatief behandeld worden wel betrokken worden bij de keuze voor een behandeling of zorg en zijn zij hiertoe in staat? Het accent ligt in dit boek op kwalitatief onderzoek waarin vanuit persoonlijke ervaringen van patiënten en naasten de betrokkenheid bij het maken van keuzen in de zorg wordt belicht en kritisch wordt beschouwd. De beschreven patiënten lijden aan chronische aandoeningen waarvoor geen genezing mogelijk is: multipele sclerose, motoneuronziekte en mucoviscidosis.

Palliatieve zorg is niet hetzelfde als terminale zorg. Bij deze chronische ziekten treedt een verstoring van de levensloop op en moet normaliteit opnieuw worden gedefinieerd. Hierbij spelen het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, innerlijke kracht en steun van anderen een belangrijke rol.

De mogelijkheid bieden tot deelname in de besluitvorming rond de benodigde zorg als een gelijkwaardige partner wordt aangeduid met *empowerment*. Zelfrespect, waardigheid en gevoel van autonomie en controle kunnen zo in stand worden gehouden en gestimuleerd in een periode dat iemand de controle over zijn leven lijkt te verliezen. Empowerment speelt zich ook af op het niveau van de samen-

leving. De kwaliteit van de zorg zou verbeterd kunnen worden door burgers te betrekken bij beslissingen over voorzieningen waarvan zij gebruikmaken.

Het reguleren van de informatiestroom is een belangrijke manier om met een chronische ziekte met een begrensde levensverwachting om te gaan. De beschreven patiënten wensten dat rekening werd gehouden met hun behoeften aan informatie en begeleiding bij de verwerking daarvan. Bijzonder in dit boek is de aandacht voor de rol van ontkenning en verdringing van verkregen informatie. Veel mensen gebruiken bij het zoeken naar informatie een vermijdingsstrategie die erop gericht is de stress te minimaliseren en zo lang mogelijk hoop te houden. In verschillende onderzoeken is vastgesteld dat patiënten die vermijdingsreacties hanteerden, minder stress ervoeren en meer zelfrespect hadden. De mate van ontkenning moet volgens de auteurs niet het besef van de ernst van de ziekte verstoren, maar respijt bieden voor het demoraliserend effect van dit besef.

Hoewel niet als een roman geschreven, maken de vraagstelling en de benadering het boek spannend. Het laat zien dat betrokkenheid van patiënten bij besluitvorming over zorg niet altijd wordt gewenst door henzelf en door hulpverleners en vaak moeilijk totstandkomt. Rekening houden met de behoeften van palliatieve patiënten aan informatie houdt zowel in het respecteren van het recht op adequate informatie, als het respecteren van psychologische afweermechanismen zoals het 'vergeten' van deze informatie.

Myrra Vernooij-Dassen

Medische technieken

Berg M, Mol A, redactie. Ingebouwde normen. Medische technieken doorgelicht. Utrecht: Van der Wees, 2001; 254 pagina's, NLG 47,90. ISBN 90-5805-044-0.

Medische technieken worden in het algemeen beoordeeld op hun werkzaamheid en hun doeltreffendheid. De boodschap