

met een angststoornis tevens een depressieve stoornis. Ouderen met angst bezochten vaker de huisarts of specialist en waren veel vaker ontevreden over de geboden zorg dan de referentiegroep.

Chronische ziekten werden gedefinieerd als ziekten die langer dan drie maanden bestaan, een in mijn ogen te simpele en onjuiste definitie. Het lichamenlijk functioneren werd op een originele manier gemeten namelijk met het kunnen op- en aflopen van een trap van vijftien treden zonder te stoppen, het gebruik van eigen of openbaar vervoer en het knippen van de eigen teennagels. Niet onverwacht bleken mensen met hart- en vaatziekten, diabetes, CARA en/of kanker een relatief kortere levensverwachting te hebben. Al met al heeft dit boek voor de praktiserende huisarts maar weinig waarde.

prof.dr. B. Meyboom-de Jong

Technologie en voortplanting

Jeanette Edwards, Sarah Franklin, Eric Hirsch, Frances Price, Marilyn Strathern. Technologies of Procreation. Kinship in the age of assisted conception. 2nd ed. London/New York: Routledge, 1999; 236 pagina's, £ 39,50. ISBN 0415-17056-7.

Vele technische mogelijkheden, zoals donoorinseminatie, IVF, eiceldonatie en draagmoederschap, voorzien in de wens om kinderen te krijgen. De biologische relatie tussen ouder en kind verandert en hiermee veranderen tevens begrippen als banden van vlees en bloed. Wat betekent 'een eigen kind' nog en hoever gaan keuzes bij een uitdijende infertiliteitsmarkt? Hoewel het om individuele keuzes van mensen gaat, leiden deze nieuwe reproductieve technologieën ook tot debatten en keuzes op andere terreinen zoals die van de ethiek en het recht. Beide aspecten komen in dit boek aan bod. Het boek wil inzicht geven in de manier waarop ideeën over verwantschap vormgeven aan de nieuwe reproductietechnieken en tegelijkertijd in de manier waarop de nieuwe technieken het begrip verwantschap veranderen.

Vier empirische onderzoeken worden beschreven. Twee belichten de gevolgen van de nieuwe mogelijkheden vanuit de beroepsgroep van respectievelijk infertiliteitspecialisten en parlementsleden, en twee vanuit het lekenperspectief. Het gaat hierbij om kwalitatieve onderzoeken waarbij het belang schuilt in het zichtbaar maken van bijvoorbeeld de manier waarop klinici hun taakopvatting aan anderen uitleggen, parlementariërs debatteren over de betekenis van fertiliteit, gezinsleden denken over de gevolgen van geassisteerde voortplanting voor hun familiebetrekkingen en individuen het voordeel van behandeling afwegen tegen adoptie. De interviews met de klinici richten zich op het terugplaatsen van meerdere embryo's/eicellen bij IVF/GIFT-procedures en op eiceldonatie. Het is duidelijk dat klinici beslissingen moeten nemen over wie er in aanmerking komt voor hulp, terwijl selectiecriteria niet louter medisch zijn. Denk maar aan de wens van postmenopauzale geassisteerde zwangerschappen. Er bestaat onder de geïnterviewden grote zorg over de grenzen van het medisch professioneel handelen.

Edwards bespreekt met ongeveer 40 inwoners van een klein stadje de mogelijke gevolgen van de verschillende nieuwe reproductiemogelijkheden voor ouderschap, moederschap en familierelaties. De respondenten signaleren drie soorten gevaren. Allereerst het psychologische gevaar dat kinderen niet over hun artificiële verwekking wordt verteld en er toch achterkomen. Het biologische gevaar schuilt in de genetische risico's die kunnen optreden als anonieme donoren verwanten zouden zijn. Het derde gevaar, het relationele, is het verstoren van bestaande relaties binnen een kleine gemeenschap.

Het volgende hoofdstuk laat twaalf echtparen aan het woord, die in de context van hun relatie praten over de nieuwe voortplantingstechnieken. Deze respondenten zijn bezorgd over de ontwikkeling dat kinderen krijgen in de toekomst onderdeel wordt van een consumentencultuur en dat de conceptie gereduceerd

wordt tot koop- en consumptiegedrag. Zij vrezen dat de technische mogelijkheden om een genetisch sterk ras te creëren vooral de machtigen zal bevoordelen.

Franklin tot slot analyseert het parlementaire debat dat in Engeland is gevoerd over kunstmatige fertiliteit met als belangrijkste bron de vragen die de parlementariërs elkaar stelden. Het onderwerp verwantschap komt daarbij wonderlijk genoeg zelden aan de orde. Deze vier onderzoeken laten zien welke rol het culturele domein van de verwantschap speelt in het denken van mensen over de sociale implicaties van de nieuwe reproductietechnieken.

Het boek heeft een sociologische en antropologische signatuur. Het beschrijft dilemma's en meningen van mensen als onderdelen van microculturen, ook al wordt de verscheidenheid van alle respondenten benadrukt. Niet alle hoofdstukken zijn even gemakkelijk geschreven en hoewel ik mezelf als geïnteresseerde in deze materie beschouw, heb ik het boek toch met enige moeite uitgelezen. Aanbevolen dus voor de echte insiders op het terrein van de reproductietechnologie.

Toine Lagro-Janssen

Bemoeizorg

Van der Lindt S. Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders. Assen: Van Gorcum, 2001; 116 pagina's, NLG 29,90. ISBN 90-232-3616-7.

In acht korte hoofdstukjes legt de auteur uit wat bemoeizorg is. Met het verdwijnen van grootschalige psychiatrische instellingen ver van de bewoonde wereld, ontstond – opnieuw – het probleem van onaangepaste chronisch gestoorde mensen die zichzelf verwaarlozen en anderen tot overlast zijn. Het doel van de bemoeizorg is om patiënten een vangnet te bieden zodat zij ondanks hun handicap een redelijk zelfstandig leven kunnen leiden en ook nog enige kwaliteit van leven hebben. Het boekje gaat in op de vraag hoe je een maatschappelijk steunsysteem

rond een zorgmijder opbouwt en onderhoudt; hoe je als 'bemoeizorger' contact met de cliënt en zijn systeem krijgt en hoe de contacten met verwijzers naar de 'bemoeizorginstelling' geregeld kunnen

worden. Het hoofdstuk over het cliëntencontact biedt een praktisch stappenplan, waarbij ook de ethische aspecten niet vergeten worden. Hoewel het boekje niet direct voor huisartsen geschreven is, is

het ook voor hen zinvol omdat het buitengewoon helder en praktisch is, voorzien van voorbeelden die ook voor huisartsen herkenbaar zijn.

Joost Zaat

Kennistoets

Antwoorden kennistoets

1 Onjuist

2 Onjuist

Onrust wordt vaker gezien bij een delier dan bij dementie. Geheugenstoornissen zijn zowel bij het delier als bij dementie aanwezig, maar bij het delier in combinatie met een verlaagd bewustzijn, en bij dementie (ook) bij een helder bewustzijn. Bij dementie bestaan er naast geheugenstoornissen tevens cognitieve stoornissen (afasie, apraxie, agnosie of een stoornis in de uitvoerende functies). Kenmerken van het delier zijn, naast de al genoemde motorische onrust, geheugenstoornissen en het verlaagde bewustzijn: gestoorde aandacht en waarneming, verwardheid, desoriëntatie en hallucinaties. Een delier onderscheidt zich meestal van dementie door het vrij acute begin. De symptomen van een delier kunnen gesuperponeerd zijn op een dementie. Mogelijke oorzaken van een delier zijn: hersenziekten, algemene (interne) aandoeningen, intoxicaties en onttrekkingen.

Hijdra A, Koudstaal PJ, Roos RAC. *Neurologie*. Utrecht: Bunge, 1999:608-10.

3 Onjuist

4 Juist

Onder problematisch alcoholgebruik worden verstaan: lichamelijke, psychische en/of sociale problemen die samenhangen met regelmatig gebruik van alcohol. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is van ondergeschikt belang.

De hoeveelheid alcohol in een voor de betreffende drank bestemd glas, de zogenaamde standaardconsumptie, is steeds dezelfde, ongeacht de dranksoort.

NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. In: Geijer RMM, Burgers JS, Van der Laan JR, Wiersma TJ, Rosmalen CFH, Thomas S, redactie. *NHG-Standaarden voor de huisarts, deel 1*. Utrecht: NHG, 1999:265-73.

5 Onjuist

Bij hypochondrie is het niet zinvol om veel diagnostische verrichtingen te laten uitvoeren. De diagnostiek op zich kan weer angst veroorzaken en het mechanisme van onjuiste interpretatie van lichamelijke verschijnselen instandhouden. Geef daarom steeds opnieuw adequate uitleg om de patiënt gerust te stellen. Soms is aanvullend onderzoek onvermijdelijk, teneinde met de patiënt in gesprek te kunnen blijven. De kunst is dit beperkt te houden.

Neomagnus G, Terluin B, Aulbers LPJ, Van Heest FB, Van der Meer K, Romeijnders ACM, et al. *NHG-Standaard Angststoornissen*. *Huisarts Wet* 1997;40(4):167-75.

6 Juist

7 Juist

Bij een borderline stoornis bestaat er onder meer impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, misbruik van middelen, risikant seksueel gedrag). Ook automutilatie wordt frequent gezien bij een borderline stoornis. Dit kenmerk maakt onderdeel uit van het criterium: recidiverende suïcidale gedragingen, gebaren en dreigingen of automutilatief gedrag. In totaal zijn er negen criteria opgesteld die kunnen passen bij de diagnose borderline stoornis. De diagnose wordt gesteld indien vijf of meer criteria aanwezig zijn.

Van Meekeren E, Rooijmans HG. *Patiënten met een borderline-stoornis in de gezondheidszorg*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:2437-9.

8 Juist

9 Juist

Bij een post-traumatische stress-stoornis klaagt een patiënt vaak over een onbestemde angst en herbeleving van de traumatische gebeurtenis(sen). Dit kan leiden tot vermijdingsgedrag. Daarnaast kan een patiënt last hebben van slaapstoornissen, een verhoogd gevoel van alertheid, verhoogde prikkelbaarheid, concentratiestoornissen, verminderde interesse en emotionele vervlakking. De klachten bestaan langdurig en hebben een negatieve invloed op het dagelijks leven.

Ree JW, De Vries MW, redactie. *Psychiatrie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997:129-30.

10 Onjuist

11 Onjuist

Een geneeskundige verklaring moet zijn opgemaakt door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was en die betrokkene heeft onderzocht vóór het opmaken van die geneeskundige verklaring met als doel het schrijven van die geneeskundige verklaring.

Als het gaat om een voorlopige machtiging van een patiënt die al in het psychiatrisch ziekenhuis verblijft, moet de geneesheer-directeur die geneeskundige verklaring opmaken.

De voorlopige machtiging heeft een maximale geldigheidsduur van zes maanden.

Keurentjes RBM. *De Wet BOPZ. De betekenis voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg*. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1995: hoofdstuk 2.