

NHG-product 'bouwsteen spirometrie' is volkomen onbekend bij de Belgische auteurs. Enkele voorbeelden: astma met persisterende obstructie wordt niet genoemd; chronische bronchitis wordt weer ingevoerd naast COPD; reversibiliteit wordt gedefinieerd als >12% van voorspeld (NHG-Standaard/LTA >9%); de definities wijken af van die van de Standaard; ernstige dyspneu is bij een pols >100 (NHG-Standaard >110).

Ook wordt er veel aangestipt zonder hier concrete toepasbare informatie over te geven. Bijvoorbeeld over de effecten van bètablokkers, oogdruppels, acetylsalicylzuur en NSAID's op astma/COPD. ACE-remmers worden in het boek niet genoemd. De NHG-Standaard geeft in een noot wel een fraai getalsmatig overzicht van de effecten waar de huisarts wat aan heeft!

In het hoofdstuk over apparaten wordt maar zeer beperkt ingegaan op voor de huisarts bruikbare apparatuur. Niets wordt gezegd over het belang van de weergave van de flow-volumecurve, het belangrijkste discussiepunt bij spirometrie in de huisartspraktijk. Ook het advies over volledige spirometrie (met trage VC- en IVC-curve) wordt niet onderbouwd noch wordt de relatie met de klinische relevantie voor de huisarts uitgewerkt.

Het hoofdstuk over kalibratie en kwaliteitscontrole bevat onvoldoende heldere adviezen voor de huisarts; zo wordt biologische kalibratie aanbevolen wekelijks met een gezonde proefpersoon. Grote variaties komen we hiermee wel op het spoor, maar gezien de grote biologische variatie is dit niet erg nauwkeurig. Adviezen als 'de volume resolutie van toestellen moet 10 ml bedragen met een accuraatheid van + 3%, een volume bereik van 0.1-0.8 liter en een flowbereik van 30-900 ml liter/min...' zijn zelfs voor de zeer geïnteresseerde huisarts niet naar de dagelijkse praktijk te vertalen. De belangrijke adviezen over hygiëne gaan meer over spirometers in de kliniek (met leidingen) dan over desktop-apparatuur. Bacteriefilters worden niet geadviseerd; aangeraden wordt om infectieuze patiënten niet te meten, hetgeen een zinvol advies lijkt.

Het hoofdstuk over ventilatoire stoornissen is mogelijk het enige van belang met name de differentiële diagnose van restrictieve stoornissen – de witte raaf die er bij longfunctiemeting toch uitgepikt moet worden – is nuttig. Helaas wordt dit hoofdstuk niet meer verlevendigd door casuïstiek en plaatjes van flowvolume curves.

Concluderend: een goed initiatief, maar niet geschikt om interesse te wekken bij de gemiddelde huisarts. Ook voor de zeer geïnteresseerde huisarts of praktijkverpleegkundige astma/COPD is het niet aan te bevelen.

Ivo Smeele, coördinator COPD & Astma
Huisartsen Advies Groep

Drama en euthanasie

Chabot BE. *Sterfwerk. De dramaturgie van zelfdoding in eigen kring*. Nijmegen: SUN, 2001; 176 pagina's, € 13,50. ISBN 90-5875-028-0.

De psychiater Chabot is geen onbekende in de discussies over euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het proces over zijn hulp bij de zelfdoding van een ernstig depressieve patiënte eindigde in 1994 bij de Hoge Raad met een verklaring van strafbaarheid zonder dat evenwel een straf of maatregel werd opgelegd. Na dit proces 'trad hij zijn critici onbelemmerd tegemoet' in het boek *Sterven op Drift*, waarin het contrast tussen zelfdoding met of zonder doktershulp het belangrijkste thema vormt.

Sterfwerk kan gezien worden als een vervolg hierop. Het gaat in dit boek om de intrigerende vraag hoe het mensen vergaat bij wie een verzoek tot hulp bij zelfdoding of euthanasie is afgewezen. Brengen zij die zelfgewenste dood ten uitvoer en zo ja, op welke manier en hoe vaak? Chabot hoopt met zijn beschrijving een bijdrage te leveren aan het publieke debat over 'de pil van Drion' die door de zaak Brongersma weer hoog op de publieke agenda is gekomen.

Hij beschrijft op indringende wijze de feitelijke gang van zaken bij zelfdoding zonder doktershulp in een twintigtal casus. Chabot maakt daarbij gebruik van schrif-

telijke mededelingen van de overledenen en schriftelijke en mondelinge verslagen van nabestaanden, 'voorlichters' en artsen. Voorlichters zijn veelal vrijwilligers, verbonden aan de Nederlandse Stichting voor Vrijwillige Euthanasie of de Stichting De Einder, die informatie en advies geven, bemiddelen in de communicatie met professionele hulpverleners en begeleiden. Daarbij opereren zij binnen de wettelijke kaders en verlenen geen daadwerkelijke hulp bij de zelfdoding.

De casus rechtvaardigen op zich al publicatie in een of andere vorm. Zij laten op ontroerende, schrijnende en bewonderenswaardige wijze iets zien van de omstandigheden waarin een zelfgekozen 'humane' dood zonder hulp van een arts plaatsvindt: de falende communicatie met hulpverleners en naasten, de gevoelens van de naastbetrokkenen en de vaak heel invoelbare volharding en lijdensweg van de zelfdoders. De casus bieden hiermee zicht op processen en procedures die velen van ons toch ontgaan. Zij geven ook veel aanknopingspunten voor verbetering van de huidige gang van zaken rond euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Met de verpakking van de casus en het quasi-wetenschappelijke tintje heb ik echter grote moeite. Tabellen van diagnoses, hoe middelen verkregen werden en hoeveel artsen op de hoogte waren, meewerkten of geen van beide, dragen niets bij aan het betoog. Het goochelen met cijfers overtuigt niet om aannemelijk te kunnen maken dat door het publieke debat over de 'pil van Drion' het aantal zelfdodingen met medicijnen de laatste jaren niet is toegenomen.

Mijn grootste zorg betreft echter de tendentieuze uitspraken en impliciete veronderstellingen. Ik kan het niet nalaten er enkele te noemen. 'Wie euthanasie wenst mag nooit een dwingende indruk op de arts maken'. 'In de praktijk neemt geen enkele arts de uitvoering van hulp bij zelfdoding over wanneer er een conflict speelt'. Een bewering dat er meer vraag zal komen naar de expertise die organisaties als NVVE en De Einder te bieden hebben, wordt nergens onderbouwd. En wat te denken van de uitspraak dat de

zogenaamde morfeuskoeriers (zij die dodelijke middelen voor een zelfdoder uit het buitenland halen) voor de huisarts een verlichting zouden betekenen? Gevaarlijk vind ik het dat Chabot impliciet suggereert dat middelen, mits met list en bedrog, makkelijk te krijgen zijn. Eveneens dat hij min of meer expliciet een aantal criteria van zorgvuldigheid noemt waaraan een 'humane' zelfdoding zou moeten voldoen om goed en humaan te verlopen. Daarbij wandelt hij ook heel makkelijk heen over de emoties van de betrokkenen, de angst van de omstanders en over de problemen wanneer een zelfdoding niet zou lukken. Hij formuleert naar aanleiding van de casuïstiek eigen maatstaven en dringt die aan anderen op. Ronduit griezelig vind ik het wanneer hij stelt dat het langzaam dalende zorgpeil in de ouderenzorg een factor is die invloed zal hebben op het zelfgekozen levenseinde van ouderen. Wat wil hij nu: de zorg verbeteren of 'humane' zelfdood volgens de door hemzelf benoemde criteria als alternatief bieden? Had hij zich maar bij de casuïstiek alleen gehouden en de becommentariëring (met het volstrekt overbodige sociologische tintje) aan anderen overgelaten. Het zou de discussie ten goede zijn gekomen.

Joke Schulkes-van de Pol

In liefde en oorlog...

Wiersma Tj, Boukes FS, redactie. *Listen voor de huisarts*. Utrecht: Van der Wees, 2001; 158 pagina's, € 15,75. ISBN 90-5805-046-7.

Af en toe ontcom je er niet aan als je weer eens in een lastig parket zit. De patiënt heeft je klem gezet, dus verzin je – al dan niet wanhopig – een list. De patiënt die je al voorspeld had dat een dagboek echt geen nieuwe aanknopingspunten zou opleveren voor het aanpakken van zijn door jou als functioneel geduide klachten, kijkt je triomfantelijk aan als het dagboek ter sprake komt. Inderdaad, het doorworstelen heeft weinig houvast opgeleverd. Wat nu? Opeens bedenk je dat je er toch wel wat mee kunt: het

maakt niet uit wat hij doet, uitspatten of niet: de klachten trekken zich daar niets van aan. Het heeft dus geen zin om zich iets te ontzeggen voor de klachten en dat beleid leg je hem voor. Enigszins verbaasd moet hij je gelijk geven. Weloverwogen beleid of een list? Eerlijk gezegd het laatste, maar deze is zeker vaker te gebruiken.

Listen voor de huisarts: af en toe ontcom je er niet aan. Froukje Boukes en Tjerk Wiersma hebben een aantal collega's gevraagd listen te beschrijven: listen die ze vaker toepassen of juist unieke listen, alleen toegespitst op die ene patiënt met die ene unieke vraag in die ene unieke situatie. Ze hebben de listen in een aantal categorieën ondergebracht die uiteraard niet helemaal *mutually exclusive and all inclusive* zijn, maar wel bruikbaar. Sommige zijn vooral toepasbaar bij de klagers, andere weer meer bij de eisers. Diverse ingenieuze manieren om je uit crisissituaties te kunnen redden passeren de revue. Ook de bezorgden, en vooral de onwilligen zijn niet vergeten. Een deel van de beschreven listen is goed herkenbaar, zoals de paradoxale aanpak, en wordt ongetwijfeld vaak toegepast. Andere strategieën – zoals het 'aanklagen' van de patiënt – zijn misschien wel toepasbaar, maar gaan wel erg ver. Sommige zetten je even aan het denken zoals een andere invulling van de leus van het Socialistisch Patiënten Kollektief: 'Aus der Krankheit ein Waffen machen'. Was die leus in de jaren zestig en zeventig gericht tegen de maatschappij die niet deugde, nu zijn er ook patiënten die dat wapen erg doeltreffend inzetten in hun strijd tegen de dokter en voor het eigen (vermeende) welzijn. En wat te denken van de overweging uit een oude brief van een zenuwarts: 'Waarom accepteren artsen en leken wel dat kanker niet te genezen is, maar kunnen ze zich er niet bij neerleggen dat ernstig neurotisch gedrag ook ongeneeslijk is?'

De vraag of het toepassen van listen wel geoorloofd is, wordt in de inleiding even aangeoerd, maar op een luchtige wijze. En waarom ook niet? Het boek is aangenaam leesvoer, maar geen handboek voor

de huisarts. In liefde en oorlog is tenslotte alles geoorloofd. En waar we in de geneeskunde regelmatig met passie de strijd aanbinden tegen de ziekte en voor de patiënt, is een list of leugentje om bestwil wel te billijken.

Henriëtte van der Horst

Psychologische patiëntenzorg in de oncologie

De Haes JCJM, Gualthérie van Weezel LM, Sanderman R, Van der Wiel HBM. *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie*. Handboek voor de professional. Assen: Van Gorcum, 2001; 374 pagina's, € 42. ISBN 90-232-3531-2.

Kanker is een veel voorkomende ziekte en lange tijd ging de aandacht voornamelijk uit naar de medische aspecten ervan. De psychosociale oncologie heeft de afgelopen 25 jaar – en met name sinds 1993 – steeds meer terrein gewonnen. Geleidelijk aan is de zorg voor deze groep patiënten uitgebreid tot onderwerpen die evenzeer van belang zijn voor een goede begeleiding waardoor er meer mogelijkheden zijn gekomen voor een verbetering van de kwaliteit van leven. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de manier waarop de patiënt omgaat met het gegeven dat hij kanker heeft. Welke mogelijkheden heeft hij om zich in dit proces staande te houden, of sterker nog, om betekenis te geven aan de ziekte? Welk netwerk heeft hij om zich heen, en op welke wijze is men samen in staat de ziekte het hoofd te bieden? Het boek beschrijft de vele aspecten die voor de psychosociale zorg van deze groep patiënten van belang zijn. De publicatie is ingedeeld in vier delen. Het eerste deel geeft een overzicht van de epidemiologie van kanker, zowel vanuit medisch als psychosociaal perspectief. In aparte hoofdstukken wordt ingegaan op de lichamelijke gevolgen van de ziekte, op coping en controle, op de sociale context en de betekenisgeving van het ziekzijn. Dit deel vormt de opstap naar deel 2 over de psychosociale hulpverlening. Hierin worden de mogelijkheden beschreven om patiënten te begeleiden