

Wilsverklaring

In H&W van mei 2002 schreef Marijke Boorsma een prachtig artikel over de wilsverklaring in de huisartsenpraktijk. Zij beschrijft de gevoelens van onbehagen die haar bekruipt als een patiënt zijn wensen rond de dood in de verre toekomst kenbaar maakt: een verzoek zonder ziekte geeft haar een ongemakkelijk gevoel. Ook wijdt zij beschouwingen aan de thema's autonomie en de moderne dood, nog niet ziek, en het conflict van plichten. Dat zijn alledrie problematische thema's waaraan niet genoeg aandacht besteed kan worden. Dit geldt des te meer als dat gebeurt door een arts die zelf geen tegenstander is van euthanasie; dan levert dat stof tot reflectie.

Er was echter één facet dat onderbelicht bleef in het betoog.

De wilsverklaring wordt niet alleen opgesteld met het oog op toekomstig ondraaglijk lijden, maar ook om de dokter een handvat te geven voor situaties waarin de patiënt plotseling wilsonbekwaam is geworden. Een afschrikwekkend voorbeeld voor veel mensen is het verkeersongeluk waardoor iemand in coma raakt of in een permanente vegetatieve toestand komt te verkeren die geen uitzicht biedt op terugkeer tot een voor deze persoon redelijke en waardige levensstaat.

Levensbeëindiging zonder verzoek van een comapatiënt is nauwelijks te rechtvaardigen. In dat licht is het dus niet zo gek dat 'Een jonge man, goed in het pak en met een goed verzorgd uiterlijk' die zich komt voorstellen aan de arts, bij het weggaan nog even meldt dat er een euthanasieverklaring in zijn dossier zit. Hij heeft nagedacht over een mogelijk toekomstscenario. Voor een mogelijke situatie waarin hij zijn wil niet meer kenbaar zal kunnen maken heeft hij een en ander op papier gezet. Dat is een van de belangrijkste functies van de wilsverklaring!

Martine Cornelisse, stafmedewerkster NVVE

Geloofwaardig schrijven

Frans Meulenberg slaat met het journaalbericht 'Geloofwaardig schrijven' (H&W 2002;45:342) de plank helemaal mis. Door mij is om een aantal redenen een klacht ingediend tegen het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, maar in ieder geval niet vanwege de tendentieuze kop 'Hebt u HPU? De ontdekking van een vrouwenziekte'. Afgezien van het feit dat er in het gewraakte stuk zo'n twintig fouten staan, maakt men bij het refereren aan wetenschappelijk onderzoek gebruik van de oorspronkelijke wetenschappelijke rapporten/publicaties, en niet uitsluitend van *De Telegraaf* of *HP/De Tijd*.

Ik heb pas besloten een klacht in te dienen toen het NTVG meedeelde dat de kolom 'Binnenlands Nieuws' buiten de verantwoordelijkheid van de redactie viel en daarom weigerde een rectificatie op te nemen. Men volstond met een excuusbrief van de auteur van het stukje.

De Raad voor de Journalistiek heeft zich overigens niet gebogen over de medisch-inhoudelijke kant, maar heeft geoordeeld over juist of onjuist, iets wat de Raad mijns inziens ook als niet-medici kan beoordelen. Het is triest dat men in Nederland over goed opgezet onderzoek waarbij 5500 patiënten zijn betrokken, op deze wijze meent te moeten oordelen omdat één iemand de toon heeft gezet.

J. Kamsteeg

Antwoord

In mijn bijdrage heb ik mijn verbazing geuit over twee dingen. Ten eerste over het feit dat artikelen in wetenschappelijke bladen (met uitzondering van onderzoeksverslagen) door de Raad voor de Journalistiek blijkbaar worden beschouwd als 'journalistieke gedraging'. Ik meen dat arts-auteurs van bijvoorbeeld commentaren en recensies zich hiervan niet bewust zijn. En dat was mijns inziens nieuwswaardig. Ten tweede verbaasde het mij dat de Raad voor de Journalistiek daarbij hogere *journalistieke* eisen stelt aan wetenschappelijke bladen dan aan kranten. Het is toch uiterst merkwaardig dat een foute

quote in het NTVG ('alle patiënten hebben een laag histaminegehalte' in plaats van 'de meeste patiënten...') leidt tot een uitspraak van de Raad, terwijl de soms mega-onzin in andere bladen ('aardbeien voorkomen kanker') ongemoeid blijft.

Overigens maakt Kamsteeg in deze reactie een inschattingsfout. Naar mijn mening had de auteur van het NTVG-stuk zich helemaal niet hoeven te baseren op 'oorspronkelijke rapporten/publicaties'. Ik breng in herinnering dat de auteur een boek besprak, geschreven door journalisten, met daarin verwerkt uitspraken van de heer Kamsteeg (deze uitspraken zijn per definitie *interpretaties* van het onderzoek). Dat is zijn/haar volste recht. Journalistiek schrijven behelst selecteren, het plaatsen van accenten, interpreteren en meningsvorming (overigens doet wetenschap dat ook, maar – vaak in schijn – ietsje minder). In deze discussie ontstaat nu een fraai Droste-effect: uitspraken (geen onderzoek!) van Kamsteeg worden door journalisten verwerkt in een boek; een journalist bespreekt dit boek in het NTVG; de Raad voor de Journalistiek doet hierover een uitspraak; een journalist (ikzelf) schrijft hierover een stukje in de journaalrubriek, waarna Kamsteeg op dit journalistieke stuk reageert. Interpretatie stapelt zich op interpretatie. Prachtig. 'Juist of onjuist' – zoals Kamsteeg schrijft – is daarbij echter niet de gouden standaard, maar hooguit van even zo groot belang als zorgvuldigheidseisen. Daarom is het naar mijn mening dan ook terecht (maar ik ken natuurlijk niet het hele dossier) dat de redactie van het NTVG niet wilde rectificeren, maar wel corrigeren (dat is iets heel anders).

Ik sla geen planken mis, noch heb ik last van plankenkoorts...

Frans Meulenberg

Consultvoering als klinische dans

Pieters en Carlier introduceren in hun artikel over consultvoering (H&W 2002;45:475-7) een mij onbekende dansleraar. Deze werd door mij *niet* genoemd (H&W 2001;44:258-9). De auteurs zijn

sterk op onderwijs gericht, terwijl door mij de *methode* ter discussie werd gesteld. De bezwaren tegen de gebruikte consultvoeringsmethode(n) zijn eerder door Pieters zelf geformuleerd, zoals de ideologische achtergrond, het ontbreken van een wetenschappelijke basis en dan met name het ontbreken van effectiviteitsonderzoek bij patiënten. De methode is niet aan de medische situatie, maar aan het *case-work* ontleend. Dat wreekt zich en draagt bij aan het beeld dat de huisarts een medisch-maatschappelijk werker is. Niemand twijfelt aan de grote betekenis van communicatie en het ontwikkelen van een goede arts-patiëntrelatie. Dit zijn echter middelen en geen doelen, aldus de psychologe Jozien Bensing. Bij haar onderzoek bleek dat er nauwelijks een correlatie tussen 'tevredenheid' en kwaliteit van zorg bestond. Consultvoering behoort de specifieke huisarts*geneeskundige* benadering te omvatten. Deze wordt naast vraagverheldering gekenmerkt door het inschatten van de ernst van de situatie/probleem. De meeste patiënten vragen naar een prognose: 'Kan het kwaad, dokter?' Daarnaast is bekend dat huisartsen – zeker aanvankelijk – geen diagnose kunnen/moeten stellen, maar wel de ernst en de prognose moeten inschatten. Onderzoek van Luc van Berkestijn toonde aan dat huisartsen niet genoeg naar alarmsignalen vragen, risicofactoren nagaan en dóórvragen. Dat leidt tot fouten, zoals eerder vermeld. Patiënten willen informatie en dat vereist een klinische dans, omdat soms de patiënt en soms de dokter de leiding moet nemen. Hoe integreer je de gedragswetenschappelijke met de medische benadering en hoe pas je de moeizaam verworven huisarts*geneeskundige* kennis toe? Ik neem aan dat de auteurs het met mij eens zijn dat alleen huisartsen over huisarts*geneeskundige* kennis en vaardigheden beschikken. In mijn artikel staat dan ook *niet* dat huisartsen betere docenten zijn, wel dat deze dagelijks de klinische dans uitvoeren. Het moderne contextleren sluit daarbij aan en dat pleit voor een grotere rol van de praktijk en de huisarts-opleider.

R.A. de Melker

Antwoord

Met De Melker zijn wij het eens dat huisartsen dagelijks met hun patiënt een klinische dans uitvoeren. Hoe het uitvoeren van deze dans het beste uitgevoerd kan worden staat ter discussie. In ons artikel adviseren wij geen rigide model te hantieren zoals indertijd werd gepropageerd bij de introductie van Methodisch Werken in 1976 (H&W 1976;19:366-7). Wij zijn het met De Melker eens dat het klakkeloos toepassen van deze methode, ook al is deze door de jaren heen aangepast, op elk willekeurig consult geen goede zaak is. Wij stelden ons de vraag wanneer en in welke situaties verschillende consultvoeringsvaardigheden moeten worden toegepast. Natuurlijk is de huisarts zelf de aangewezen persoon om daar een goed antwoord op te geven en niet een gedragswetenschapper. Wij gaven de suggestie dat je een minimum vereiste aan vaardigheden zou kunnen opstellen, zoals regie houden, hulpvraag verhelderen, empathie, en handelen volgens de NHG-Standaarden, inclusief het alert zijn op alarmsignalen en goed oog hebben voor risicofactoren. Dit is volgens ons een juiste integratie van gedragswetenschappelijke en huisarts*geneeskundige* kennis. In daarvoor aangewezen situaties, bijvoorbeeld bij klachten waarbij het niet aan het begin van het consult al duidelijk is welke het kant het opgaat, adviseren wij om de stappen uit het systematisch werken op een goede manier te doorlopen om geen fouten te maken. De methode blijft een hulpmiddel en dient inderdaad geen doel op zich te worden.

Met het antwoord van De Melker op de vraag wie de dansleraar zou moeten zijn, zijn wij het eens; wij hebben in ons artikel ook aangegeven dat de huisarts-opleider hier een belangrijke rol zou moeten spelen. Dat betekent niet dat gedragswetenschappers geen bijdrage kunnen leveren aan het trainen van bepaalde consultvoeringsvaardigheden.

Ron Pieters

De beperkte winst van losartan

In de augustusuitgave van *Huisarts en Wetenschap* (H&W 2002;45(9):445) schrijft Zaat over 'weinig echte winst' met losartan en verwijt de onderzoekers van het LIFE-onderzoek¹ selectiviteit in hun conclusies. De conclusie over de winst voor arts en patiënt wordt geïllustreerd aan de hand van 13% relatieve risicoreductie van het primaire eindpunt CV-dood, myocardinfarct en CVA's. Deze risicoreductie komt bovenop de 40% reductie door bètablokkers.² In dit opzicht is het LIFE-onderzoek uniek. In geen enkel vergelijkend onderzoek tussen twee actieve hypertensiebehandelingen (STOP-2, CAPPP, NORDIL) is tot op heden een significant verschil aangetoond.

De winst voor de patiënt wordt het beste geïllustreerd aan de hand van de additionele reductie van 25% voor CVA's ten opzichte van atenolol.¹ De belangrijkste uitkomst van het LIFE-onderzoek blijft in het redactionele artikel onbesproken. Een huisarts moet 50 patiënten gedurende de duur van de studie (4,8 jaar) met losartan behandelen in plaats van atenolol om één CVA te voorkomen. Dit gegeven is aangetoond bij hypertensiepatiënten met LVH, dat bij een belangrijk deel (20-40%) van de hypertensiepatiënten voorkomt. In Nederland worden 680.000 patiënten behandeld voor hoge bloeddruk, waarvan verhoudingsgewijs de grootste groep wordt behandeld met een bètablokker (eventueel in combinatie met andere middelen). Behandeling met losartan kan een substantiële bijdrage leveren aan het groeiende probleem van de sterk invaliderende en kostbare CVA's. De kosten van de zorg rondom deze aandoening bedragen momenteel circa 1 miljard euro per jaar.

Ook stelt Zaat dat losartan 'weinig echte vermindering geeft van bijwerkingen'. Van monotherapie losartan versus de bètablokker is uit meerdere onderzoeken bekend dat losartan een significant gunstiger bijwerkingenprofiel heeft. Het LIFE-onderzoek bevestigt dat. Een groot deel van de patiënten in beide behandel-