

taalkrachtige industrie mee gemoeid is, en er dus minder financiële bronnen beschikbaar zijn. Immers, van minder en gezonder eten wordt, behalve de patiënt, niemand beter. Ten tweede werden alleen onderzoeken met een duur van tenminste zes maanden ingesloten. Hiermee worden onderzoeken met een wat strenger gecontroleerd en experimenteel karakter, die vaak korter dan zes maanden duren, buitengesloten. Zulk onderzoek laat zich vaak slecht rechtstreeks vertalen naar de dagelijkse praktijk, maar kan wel verklaren wat

een voedingsaanpassing zou kunnen betekenen. Tot slot, goed uitgevoerd observationeel onderzoek werd niet geïncordeerd in deze review. Juist observationele onderzoeken kunnen vaak de lange adem bieden die onderzoek naar de effecten van dieet op eindpunten als mortaliteit en morbiditeit nodig heeft. En dat hoeft zeker niet per se een verlies aan kwaliteit te zijn.²

Wat moeten we nu als praktiserend huisarts met de resultaten van deze review? Uiteraard zullen we moeten beseffen dat

‘geen bewijs voor een effect’ niet gelijk is aan ‘bewijs voor geen effect’. Maar voor de rest: niets.

Floris van de Laar

- 1 Thomas D, Elliott E. Exercise for type 2 diabetes mellitus (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester: Wiley.
- 2 Concato J, Shah N, Horwitz RJ. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *N Engl J Med* 2000;342:1887-92.

Boeken

Ethiek in de gezondheid

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. *Signalering ethiek en gezondheid* 2004. Den Haag/Zoetermeer: CEG, 2004. 179 pagina's. ISBN 90-5549-527-1, 90-5732-137-8. Te downloaden via www.ceg.nl of te bestellen via telefoon: 079-3687355.

‘Aanpassing aan nieuwe omstandigheden vraagt om een andere beroepsethiek, die zich niet vanzelf zal ontwikkelen, maar die actief naar vorm en inhoud bevorderd moet worden.’ Dit is een van de conclusies uit het jaarrapport van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Dit CEG is ontstaan uit de samenwerking tussen de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het rapport bevat zeven ‘signalementen’ over actuele ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid die ethische vragen oproepen. Het eerste stuk gaat over een ‘vruchtbaarheidsverzekering’ bij vruchtbaarheidsbedreiging door een medische behandeling, zoals cryopreservatie en autotransplantatie voor meisjes, vrouwen en ook prepuberale jongens. De auteur doet aanbevelingen vooruitlopend op de concretisering van die verzekering.

In het signalement ‘Terminale sedatie’ bakent de auteur dat begrip af. Toetsing aan een medisch professionele standaard zal moeten bepalen op welk moment terminale sedatie normaal medisch handelen is. Dan zal de intentie waarmee de

arts handelt niet meer bepalend zijn en dat is een uitnodigend perspectief.

‘Bescherming van proefpersonen in blootstellingsonderzoek’ beschrijft door de WMO niet-gedekte onderzoeken (bijvoorbeeld de werking van voedingsgereguleerde stoffen, bestrijdingsmiddelen en cosmetica). De conclusie is dat er een nieuwe, uitgebreidere wet nodig is.

Dan volgen twee signalementen over ‘Thuiszorgtechnologie’. Het eerste artikel stelt morele vragen bij een ethisch ideaal: geavanceerde, medische techniek voor de thuissituatie strookt met waarden als autonomie, onafhankelijkheid, mobiliteit én met het normatieve ideaal ‘thuis verzorgd te worden’. Keerzijden zijn: burn-out van de verzorger, te kleine behuizing, ongeschiktheid van de verzorger, belasting van andere gezinsleden, mogelijk isolement, et cetera. Het roept ook nieuwe ethische vragen op: leidt het verzorgen van een gezinslid voor de verzorger zelf tot een goed leven? Is hij aansprakelijk voor fouten? Is er voldoende ruimte voor de natuurlijke zorg? Techniek verandert immers de verhouding tussen gezinsleden, ‘misschien wel even ingrijpend als de ziekte zelf...’ Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor de garantie van kwaliteit? In contrast hiermee is het signalement over thuiszorgtechnologie als ‘nieuwe zorgpraktijk’ geschreven vanuit het standpunt van de aanleverende bedrijven.

Het stuk over mantelzorg is gedegen en roept vragen op: hoe rechtvaardig is het systeem waarin sommige mantelzorgers een vergoeding ontvangen, anderen die zorg overlaten aan professionals en zelf betaalde arbeid verrichten en weer anderen langdurig onbetaald zorg verlenen? Ook pleit het voor wederkerigheid in de relatie, conform de zorgethiek. ‘Het wordt tijd dat er tegenover de economische benadering een meer inhoudelijke wordt geplaatst.’

Tot slot een zeer actueel artikel over de ‘Economisering van zorg en beroepsethiek’. Drie prominente onderzoekers werpen prangende vragen op als: biedt de beroepsethiek bescherming tegen excessen van economisering van zorg? Hoe gaat het met centrale waarden als solidariteit, gelijkheid, toegankelijkheid en met professionele waarden als medische urgentie en professionele autonomie? Vraagt dit om herziening van onze beroepsethiek? Dient de gangbare beroepsethiek als een buffer? In *Trouw* (27-07-04) zegt M.T. Hilhorst (een van de onderzoekers): ‘Ethiek is naar haar aard dynamisch en geschikt om zich aan nieuwe omstandigheden aan te passen. Deze nieuwe ethiek ontstaat echter niet vanzelf.’

Dit rapport biedt de lezer inhoudelijke overwegingen en is een aanrader voor hen die deel willen uitmaken van deze dynamiek.

Wilbert Cools

Gezondheidsraad adviseert over Europese primary care

European Primary Care. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004. (Rapport nr. 744-96) Te downloaden via www.gr.nl.

Het advies van de Gezondheidsraad over Europese *primary care* bevat weinig nieuws, maar is wel een gedegen onderbouwing van een pleidooi voor het versterken van de eerstelijns gezondheidszorg, niet alleen in Nederland, maar in heel Europa.

Op verzoek van de minister van VWS heeft de Gezondheidsraad een adviesrapport uitgebracht over Europese *primary care*. Alle Europese landen hebben te

maken met kostenstijgingen in de gezondheidszorg en een ouder wordende bevolking. Alle regeringen in Europa voelen daardoor de noodzaak om de gezondheidszorg te herstructureren, en die – conform de Europese eenheidsgedachte – op andere landen af te stemmen. Europese landen verschillen sterk in de wijze waarop de eerstelijnsgezondheidszorg is georganiseerd en *primary care* is daarom een van de sectoren waarnaar speciale belangstelling uitgaat.

De omschrijving van *primary care* in het rapport sluit goed aan bij de Toekomstvisie Huisartsenzorg: laagdrempelige, multidisciplinaire zorg verleend aan patiënten dicht bij huis voor alle mogelijke gezondheidsproblemen. *Primary care* omvat zorg voor acute en chronische pro-

blemen en preventieve zorg. Europese landen verschillen vooral wat betreft de inschrijving van patiënten op naam en de vrije toegang tot de medisch-specialistische zorg. Internationaal vergelijkend onderzoek laat zien dat gezondheidszorgsystemen met een sterker ontwikkelde *primary care* effectiever en efficiënter zijn dan systemen die minder georiënteerd zijn op *primary care*. De Gezondheidsraad concludeert dat er bij de toenemende complexiteit van de gezondheidszorg behoefte is en blijft aan een generalist die de patiënt door het zorgsysteem kan gidsen. De mogelijkheid van inschrijving-op-naam zou in alle EU-landen overwogen moeten worden.

François Schellevis

Franse LINH-website

De huisartsgeneeskunde stopt niet aan de grens. Goed inzicht in wat huisartsen de hele tijd doen is van belang voor een sterke positie van de huisarts. In Frankrijk hebben ze dat nu ook begrepen. De Société Française de Médecine Générale heeft sinds kort een website met morbiditeitsgegevens uit een 125 geautomatiseerde huisartsenpraktijken.¹ De gegevens worden al vanaf 1996 verzameld, maar zijn nu openbaar toegankelijk. Het systeem lijkt wel wat op LINH, maar er wordt niet ICPC gecodeerd. Fransen zijn eigenzinnig en gebruiken een eigen, nergens anders gebruikt systeem, hoewel er nu wel een koppeling met de ICD-10 is. De toptien is in Frankrijk toch wel iets anders dan bij ons.

Résultat de consultation	%
examens systematiques et prevention	18
état febrile	18
hta	11
état morbide afebrile	11
vaccination	11
rhinopharyngite	8
hyperlipidémie	8
lombalgie	7
arthropathie periarthropathie	5
rhume	5

Voor hen die het Frans wat minder goed machtig zijn: preventieve activiteiten, een koortsig gevoel, hypertensie, algemene malaise zonder koorts, vaccinatie, verkoudheid, vetstofwisselingsstoornissen, rugpijn, gewrichtspijnen en een verstopte of loopneus. In Nederland bestaat de top-

tien (prevalentie) volgens de NS2 uit hypertensie, bovenste-luchtweginfecties, dermatomycose, hoesten, contacteczeem, lage-rugpijn, cystitis, cerumen, hooikoorts en sinusitis. De verschillen hebben waarschijnlijk meer te maken met verschillen in de positie van de huisarts dan met het niet-voorkomen van blaasontstekingen en verstopte oren bij Franse patiënten.

De website wordt verder ontwikkeld. Voor huisartsen die iets verder willen kijken dan naar onze Engelse collega's is het de moeite waard.

Joost Zaat

¹ <http://omg.sfm.org>