

Horton gaat in op uiteenlopende bedreigingen voor de wereldgezondheidszorg als infectieziekten, bioterrorisme, gezondheidszorg in Afrika en globalisering. In het tweede deel staat een kritisch essay over zijn eigen rol als hoofdredacteur van een belangrijk tijdschrift bij het ontstaan van mythes. Hij begint dat essay met de observatie van Jenner over het effect van vaccinatie. Jenner had dat idee trouwens min of meer gestolen van Jesty, die het idee 22 jaar eerder al toepaste. Jenner was alleen slimmer en gerespecteerder en slaagde erin om zijn observaties gepubliceerd te krijgen. Horton koppelt deze verhalen van observatie en publicatie fraai aan zijn eigen rol bij de hype rond het idee van Wakefield dat MMR-vaccin autisme veroorzaakt. In dit deel beschrijft Horton ook de behoefte van gewone dokters om zich te spiegelen aan leermeesters. Dat zou een van de redenen zijn waarom in de Verenigde Staten William Osler – een hoogleraar interne geneeskunde aan de John Hopkins Universiteit eind negentiende eeuw – tot een mythe is uitgegroeid, terwijl hij in zijn hele leven nooit iets bijzonders heeft ontdekt. Door het gebruik van richtlijnen deprofessionaliseert de geneeskunde volgens Horton in een dramatisch tempo. Tegelijkertijd voegt hij eraan toe dat het vroeger zeker niet altijd beter was.

In bijna alle essays buitelt Horton van de geschiedenis naar recente gebeurtenissen en weer terug. Dat wekt in ieder

geval de indruk van grote belezenheid. Soms vind ik het wel vermoeiend, maar de meeste essays zijn leuk om te lezen en geven stof tot nadenken.

Joost Zaat

Geloof in palliatieve zorg

Julia Neuberger. *Caring for Dying People of Different Faiths. Third Edition. Abbingdon: Radcliffe Medical Press, 2004. 104 pagina's, € 19,95. ISBN 1-85775-945-1.*

Dit boekje is in de eerste plaats geschreven voor verpleegkundigen die werken in de terminale zorg. De algemene opvattingen over de waardigheid van het leven, het sterven en een leven na de dood komen aan de orde. Maar Neuberger beschrijft ook de rituelen rondom het levenseinde, lijfverzorging, rouwperiodes en begraven en cremieren van verschillende religies. Ze benadrukt daarbij steeds dat deze algemene zaken niet voor de individuele patiënt hoeven te gelden en dat het erg belangrijk is om de patiënt zelf, of de familie, te vragen wat de wensen en verlangens op spiritueel en religieus gebied zijn. Het is een pleidooi voor interculturele sensitiviteit en respect voor verschillen, en voor de waardigheid van mensen bij hun levenseinde. De informatie is een handreiking om zicht te krijgen op welke kwesties hier kunnen spelen.

Achtereenvolgens komen de joodse gods-

dienst, het christendom, de islam, Afrikaanse en Afro-Caraïbische geloven en gewoonten, het hindoeïsme, het geloof van de sikhs, het boeddhisme, Chinese en Japanse geloven en gewoontes aan de orde. Voorwaar geen geringe opgave voor een boekje van amper honderd bladzijden. Het is dus allemaal uiterst beknopt en kernachtig beschreven.

In deze derde editie – de eerste verscheen twintig jaar geleden – is zelfs een hoofdstuk gewijd aan het humanisme. Mensen die op die levensbeschouwing zijn georiënteerd hebben ook een specifieke – al dan niet spiritueel geïnspireerde – rouwverwerking en omgang met het sterven. Al in de inleiding wijst Neuberger erop dat mensen zonder religie of cultureel bepaalde traditie in het omgaan met sterven en rouwverwerking, moeilijk vorm kunnen geven aan hun verdriet.

Het woord compassie komt in het boek niet voor, maar het boekje is een sterk pleidooi voor het ontwikkelen van empathie en betrokkenheid in de terminale gezondheidszorg en zorg voor nabestaanden. Ik vind het boekje heel lezenswaardig en kan het aanbevelen als verplichte kost voor dokters in een multiculturele samenleving. Opmerkelijk dat er geen Nederlandse vertaling van dit boekje, of een equivalent, bestaat, terwijl er zo veel geschreven wordt over palliatieve en terminale zorg.

Douwe de Vries

Proefschriften

Verslavingszorg en allochtonen

Tjaden BR. *De invloed van etniciteit, waarden en normen en behandelvisie op de klinische behandeling van verslaafden [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2004. ISBN 90-9018555-0.*

Breken verslaafde allochtonen vaker hun klinische opname af dan autochtonen? Dat lijkt het geval te zijn, maar is het ook zo? Bram Tjaden is huisarts in Zeist en

werkt als arts-onderzoeker bij de Arta-Lievegoedgroep, een landelijke instelling voor antroposofische psychiatrie en verslavingszorg in Bilthoven.

Hij schreef een interessant proefschrift over de vraag hoe de hoge drop-outrate bij allochtonen kan worden verklaard. Hij onderzocht 182 verslaafden in 3 klinieken: Jellinek in Amsterdam, Detox Maliebaan in Utrecht en Arta. Als de verslaafden eenmaal zijn opgenomen blijkt er eigenlijk niet zo'n groot verschil te

bestaan tussen allochtonen en autochtonen. Allochtonen vallen wel vaker uit vlak voor de opname, maar gecorrigeerd voor hun soort verslaving (vaker drugs) blijkt er geen verschil meer te zijn.

Met een gevalideerde vragenlijst mat hij normen en waarden op twaalf verschillende domeinen. Die domeinen waren op basis van een theorie op twee assen te verdelen: een as loopt van 'openheid voor verandering' naar 'behoudendheid' en haaks daarop staat de as van egocen-

trisme naar egotranscendentie. Er bleek geen duidelijk verband te zijn tussen drop-out en waardenoriëntatie van de cliënt. Dit verband was er wel een beetje als er verschil was in waardenpatronen van cliënt en behandelteam. Maar groot zijn die verbanden niet; zo voorspellen de incongruenties ook niet een vroege drop-out (je kunt je voorstellen dat een verslaafde gelijk aftaait als hij merkt dat er grote verschillen zijn). Drop-out wordt vooral bepaald door ernstige lichamelijke problemen. De verslaafde is in dat geval snel weg, zo ook als er problemen met de familie zijn.

De belangrijkste conclusie is dat allochtonen en autochtonen als ze eenmaal binnen zijn niet zo heel veel van elkaar verschillen. Allochtonen hechten meer aan familiebanden en traditionele waarden als respect. Methodologisch is het een aardig proefschrift. Tjaden neemt ook stelling tegen de opvatting dat er speciale allochtone verslavingszorg zou moeten komen. Voor de gemiddelde huisarts levert het geen toepasbaar nieuws op. Huisartsen met interesse in verslavingsproblemen en huisartsen met veel (verslaafde) allochtonen in hun praktijk kunnen er echter wel nuttige informatie in vinden.

Joost Zaat

Kou goed voor reuma

Wiebe Patberg. *Weather and rheumatoid arthritis. The role of the microclimate near the skin* [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2005. ISBN 90-6464-3660.

Secundaire ziekte winst kan allerlei vormen aannemen. Promoveren op je eigen

ziekteproces is wel een heel bijzondere vorm van secundaire ziekte winst. Wiebe Patberg, een bioloog die zijn werkzame leven begon met proefdieronderzoek, kreeg in 1979 reumatoïde artritis. Zijn ziekte heeft niet bepaald een gunstig beloop. Hij meldt diverse malen tussen neus en lippen door dat hij meerdere operaties heeft ondergaan om de misvormingen te corrigeren die in kleine en grote gewrichten zijn ontstaan. Dat leidde ertoe dat hij zijn werk moest opgeven. Hij heeft nu een aanstelling van 40% bij de afdeling Medische Fysiologie in Groningen. Hij heeft vanaf 1982 dagelijks zijn klachten bijgehouden op gestandaardiseerde wijze. Hij ontwierp een eigen scoringssysteem dat gebaseerd is op klachten in diverse gewrichten. De scores zette hij af tegen de buitentemperatuur en de luchtvochtigheid. Hij constateerde dat warm weer niet leidt tot minder klachten, in tegenstelling tot wat men in het algemeen veronderstelt. Tussen klachten en luchtvochtigheid was er wel een 'positieve' relatie: hoe vochtiger, hoe meer klachten.

Op basis van zijn bevindingen besloot hij zich wat meer aan het weer bloot te stellen, met name bij koud weer. Hij ontdekte dat hij minder klachten had als hij gemiddeld zo'n drie uur buiten was, ook in de winter, bij voorkeur zonder jas. De verbetering trad met enige vertraging op. Als hij 's nachts met het raam open sliep, verminderde zijn klachten ook. Gedurende een paar jaar liet hij tweewekelijks zijn BSE bepalen: ook die volgde met enige vertraging de weersomstandigheden. Bij veel blootstelling aan kou daalde zijn BSE, en zelfs zijn reumafactor daalde.

Hij geeft in zijn proefschrift een mogelijke verklaring voor het fenomeen dat kou

minder ziekteactiviteit en klachten oplevert. Waarschijnlijk speelt verdamping via de huid een rol: als de vochtigheid in het microklimaat – dat wil zeggen vlak bij de huid – afneemt, kan de verdamping toenemen. Dat veroorzaakt afkoeling, die net als kou een zekere fysiologische stress oplevert. Die stress zorgt voor een verhoogde cortisolproductie, hetgeen de ziekteactiviteit remt. Alcohol remt de cortisolproductie en leidt weer tot meer klachten, zoals hij ervoer in het jaar dat hij ook zijn alcoholinname bijhield.

Zijn boek staat vol prachtige grafiekjes en etsen van eigen hand. In totaal heeft hij negen artikelen gepubliceerd: op twee na gaan ze allemaal over zijn eigen reumatoïde artritis. Zes daarvan zijn uitgebreide brieven aan de editor. Ook heeft hij een systematische review gepubliceerd waarin hij de gegevens uit onderzoeken naar de relatie tussen weer en de ziekteactiviteit/klachten bij reumatoïde artritis nauwgezet analyseert. De op het eerste oog tegenstrijdige bevindingen blijken minder tegenstrijdig als je kijkt naar het effect van weersomstandigheden op het microklimaat.

Soms blijken oude wijsheden werkelijk wijs te zijn. Soms valt dat tegen. Patberg heeft een oude 'wijsheid' aan een kritisch onderzoek onderworpen door zichzelf heel nauwgezet als proefpersoon te beschrijven. Daarnaast heeft hij geprobeerd de relatie tussen weer en ziekteactiviteit bij reumatoïde artritis op te helderen door ook tegenstrijdige onderzoeksresultaten te analyseren. Zijn onderzoek levert een boeiend proefschrift op, met een interessante conclusie.

Henriëtte van der Horst