



daarbij niet alleen op de huisarts, maar op het gehele eerstelijnssteam.

Ze hanteren een systematische benadering, waarbij ze vier ingangen kiezen: de *roots*, voor de achtergronden van het probleem, de *shoots* (de zijtakken) voor gerelateerde items, de *fruits* voor de uitkomsten van de voorgestelde leerprocessen en de *seeds* voor aanzetten tot verandering in de praktijk. Expliciete aandacht voor een van deze vier facetten duiden ze steeds aan met een begeleidend icoontje in een kadertekst. Verder bestaat een belangrijk deel van de tekst uit korte case histories of conversaties tussen hulpverlener en patiënt.

In een van de eerste hoofdstukken plaatsen ze de gekozen systematiek in de historie van de huisartsgeneeskunde, maar vooral ook in die van de psychiatrie.

Er zijn hoofdstukken over echtpaarbenadering, genogrammen, probleemgezinnen en crisisinterventie. Ze geven vaak suggesties voor expliciete aandacht voor gezinsgeneeskundige aspecten, maar dat leidt dan tot lange opsommingen van zinnen die de hulpverlener zou kunnen gebruiken om bijvoorbeeld informatie over het gezin te krijgen, of om de gezinsleden te laten reflecteren over hun rol binnen het gezin. De casuïstiek is steeds goed herkenbaar voor de huisarts. Maar de tekst wordt telkenmale onderbroken door de stukjes casuïstiek of door de kaders van wortels en zaden. Deze structuur bemoeilijkt dus het lezen. Toch zal de in de gezinsgeneeskunde geïnteresseerde huisarts geïnspireerd kun-

nen raken door het lezen van (gedeelten) van dit boek. Ik vraag me wel af of het in de Nederlandse situatie ook interessant is voor andere eerstelijnsbuitenhulpverleners.

Wil van den Bosch

- 1 Cardol M, Groenewegen PP, De Bakker DH, Spreu-
wenberg P, Van Dijk L, Van den Bosch WJHM.
*Shared help-seeking behaviour within families: a
retrospective cohort study* BMJ 2005;330:882-4.

Zieke industrie

Joop Bouma. *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* Amsterdam: LJ Veen, 2006. 512 pagina's, € 18,90. ISBN 90-204-03656.

Joop Bouma, onderzoeksjournalist bij *Trouw*, schreef een dikke, goed gedocumenteerde pil over de marketingstrategieën van de farmaceutische industrie in Nederland. Vergelijkbare boeken waren er al in de VS (H&W 2004;47:671) en België (H&W 2005;48:36-7). Maar sinds half maart hebben we nu ook onze eigen Nederlandse onthullingen. Veel informatie verscheen overigens eerder al in *Trouw*.

Bouma beschrijft in zes hoofdstukken allerlei aspecten van de ontwikkeling en marketing van geneesmiddelen. In het eerste hoofdstuk komt het onderzoek en marketing van de industrie aan de orde met voorbeelden als Lamisil®, Efexor® en Vioxx®. Bouma tracht te verklaren waarom Vioxx® zo vaak off label werd voorgeschreven. Hij stipt aan hoe de belangenverstrengeling tussen richtlijnmakers en depressiepillenmakers werkt.

In het tweede hoofdstuk kijkt hij naar de rol van dokter. Ook dokters hebben boter op het hoofd; ze denken dat zij niet beïnvloed worden. Uitvoerig toont Bouma aan dat dat puur zelfbedrog is. Niet alleen de cadeautjes en seedings passeren in latere hoofdstukken de revue, maar ook de invloed van de industrie op de nascholing. Bekende voorbeelden als het karten van MSD en de 'vakantietrip naar Italië' bespreekt hij tot in details, vaak aan de hand van interne stukken. Bouma laat voor- en tegenstanders van de marketing-

technieken uitgebreid aan het woord.

Verontrustend is dat tegenwoordig een flink aantal patiëntenverenigingen gesponsord worden. Lang niet altijd blijkt die samenwerking geheel belangeloos. Patiëntenverenigingen kunnen de druk op de politiek om een geneesmiddel te vergoeden danig opvoeren, en de farmaceutische industrie maakt daar in een aantal gevallen gebruik van.

Tot slot beschrijft Bouma de teloorgang van de sector Reclametoezicht van de Inspectie voor de Volksgezondheid. De flink bijtende waakhond werd in enkele jaren afgebouwd tot een onbeduidend schoothondje. Bouma suggereert dat de druk van de industrie op de toenmalige inspecteur-generaal daar mede toe geleid heeft.

Is het een goed boek? Ja en nee, veel zaken wist ik al, andere zijn wel geheel of gedeeltelijk nieuw. De tendens is duidelijk: er zijn en komen zeer weinig echt vernieuwende geneesmiddelen, en de farmaceutische industrie is te veel ten prooi gevallen aan gewone geldmakers. Probleem van Bouma is dat hij onvoldoende afstand lijkt te nemen. Ik mis een breder perspectief: waarom is het nu zo? Is hebzucht de enige verklaring? Nu blijven het vijfhonderd pagina's verontrustende feiten, zonder al te veel theoretische verduidelijking.

Maar lees het allemaal toch maar, vooral de dokters die denken dat zij niet beïnvloed worden...

Joost Zaat

Handboek palliatieve zorg

Handboek palliatieve zorg. Spreu-
wenberg C, Bakker DJ, Dillmann RJM, redactie. Maarssen: Elsevier
Gezondheidszorg, 2005. 468 pagina's, € 65. ISBN
90-352-2801-4.

Het belangrijkste verschil met de eerste druk uit 2002 is dat deze tweede druk een hoofdstuk over palliatieve sedatie heeft. Veel boeken over palliatieve zorg beperken zich tot interventies die erop gericht zijn om lichamelijke problemen te verzachten of op te heffen. Dit handboek gaat uit van de WHO-definitie van palliatieve

zorg, die zich richt op lichamelijke, psychische, sociale en spirituele problemen. De auteurs gaan met name uitvoerig in op de laatste drie aspecten. Doordat er ook juridische en organisatorische elementen aan de orde komen, geeft dit handboek een compleet beeld van de palliatieve praktijk.

Verschillende stervensscenario's komen aan de orde, waaronder een beschrijving van de *common terminal pathway*; het verloop van de laatste 24 uur voor de dood. In het hoofdstuk over de psychosociale begeleiding beschrijven de auteurs verschillende technieken en vaardigheden om patiënten te begeleiden bij het maken van een aantal fundamentele keuzes. Ze pleiten om te waken voor medicalisering en psychiatisering in de palliatieve zorg.

Het hoofdstuk over existentiële vragen is zeer lezenswaardig door de gelaagdheid van zingevingsvraagstukken, angst, schuld, zinloosheid en twijfel. Met name de verhandeling over de betekenis van rituelen is aardig.

In het hoofdstuk over beslissingen rond het levenseinde mis ik een discussie over verzoeken om levensbeëindiging bij progressieve chronische ziekten, bij psychiatrische aandoeningen en van ouderen die 'klaar zijn met leven'.

De auteurs beschrijven palliatieve sedatie uitvoerig en helder, waarbij ze een bredere definitie hanteren dan die van de KNMG. Ze gaan in op de intentie van de hulpverlener, het doel van de sedatie en op de verschillende vormen, onder andere acute, subacute en intermitterende sedatie.

Ze voorzien palliatieve sedatie niet alleen van ethische en morele noties, maar ze benaderen het ook praktisch. Hoe om te gaan met het al dan niet toedienen van vocht en voeding, wat is de relatie met euthanasie, welke complicaties kunnen optreden en welke aanvullende maatregelen kunnen worden genomen, welke middelen, toedieningswijzen en doseringen; kortom ze presenteren het hele spectrum helder en praktisch.

De organisatie van de zorg in verschil-

lende settings (thuis, woonzorgcentra, hospices, verpleeghuizen, ziekenhuizen) beschrijven ze herkenbaar en kan helpen bij het (laten) maken van keuzen.

Wilsbeschikkingen – zoals veel palliatieve hulpverleners maar al te goed weten – blijken vaak meer onduidelijkheid op te leveren dan duidelijkheid te verschaffen.

In het hoofdstuk dat zaken als lijkschouwing, euthanasie, orgaan/weefseldonatie, lijkbezorging en dergelijke behandelt, mis ik praktische aanwijzingen over bijvoorbeeld lijkschouwing. Zo'n toevoeging zou dit boek nog completer maken dan het al is.

Het handboek sluit goed aan bij de huisartsgeneeskundige praktijk en is een waardevolle aanvulling op de boeken die vooral somatische klachten en symptomen in de palliatieve fase als onderwerp hebben. Toch had dit laatste onderwerp wat mij betreft wel uitgebreider mogen zijn.

Marijke van Daelen

Proefschriften

Behoeften rond het levenseinde

Osse BHP. *Needs-assessment in palliative care. Development of instruments for clinical practice* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2005. 204 pagina's. ISBN 90-76316-60-0.

Huisarts Bart Osse heeft bij het Centre for Quality of Care Research (WOK) een instrument ontwikkeld om de problemen en behoeften in kaart te brengen van terminale patiënten en hun begeleiders. De onderzoekers deden eerst een literatuuronderzoek en de instrumenten die ze vonden, bleken zich vooral te richten op de problemen van de doelgroep en niet zozeer op de behoeften. Een andere tekortkoming was dat de meeste instrumenten voor wetenschappelijk onderzoek ontwikkeld waren, en mogelijk niet bruikbaar waren in de dagelijkse praktijk.

Om een instrument te ontwikkelen dat

wel bruikbaar is, voerden ze een kwalitatief onderzoek uit bij terminale kankerpatiënten en hun naasten. Als eerste stap hielden ze diepte-interviews met een kleine groep (9) om daarna de gevonden resultaten bij een wat grotere groep (31) te verifiëren. Met deze gegevens stelden ze een lijst van 140 items samen die bijna alle domeinen van het leven beslaat: fysieke problemen, sociale problematiek, relationele zaken, psychisch welbevinden, spirituele zaken, financiële problematiek en autonomie. Ze namen de lijst af bij 64 terminale kankerpatiënten, en keken of de problemen en behoeften relevant waren en of er problemen en behoeften ontbraken. De lijst bleek compleet en ook werden alle items voldoende vaak aangekruist. Ook was er voldoende overeenkomst tussen de scores van de verschillende domeinen met de resultaten van gevalideerde kwaliteit-van-leven-lijsten die ook bij deze patiënten

afgenomen waren. Vervolgens hebben ze de lijst gebruikt bij 94 terminale kankerpatiënten om te kijken welke problemen en behoeften zij hadden. Hier bleek ook, zoals verondersteld, dat problemen niet overeenkomen met behoeften. De patiënten hadden natuurlijk een groot aantal problemen, maar bij slechts een paar problemen verlangden zij extra hulp. De onderzoekers onderstrepen het belang om ook behoeften in kaart te brengen. Ze hebben eenzelfde procedure gebruikt om een instrument te ontwikkelen voor de problemen en behoeften van verzorgers. De lange lijsten waren niet altijd geschikt om door zieke mensen ingevuld te worden en daarom hebben ze een korte versie met 33 items gemaakt. Deze bleek ook aardig te voldoen, maar was natuurlijk niet zo nauwkeurig als de lange versie.

Osse heeft op systematische wijze een instrument ontwikkeld, maar of gebruik ervan de kwaliteit van de zorg en ver-