

het begrip 'rationele suïcide': kan een suïcidale patiënt zijn situatie wel redelijk beoordelen?

In deel 3 komt de preventie van suïcidaal gedrag aan de orde. Is een suïcide voorspelbaar? Exacte voorspelling is niet mogelijk, maar door de risicofactoren zorgvuldig in kaart te brengen is een risico-inschatting wel mogelijk.

Dit boek helpt hulpverleners die risicofactoren in kaart te brengen, waarbij het van groot belang is niet te aarzelen de betreffende persoon indringend naar zijn suïcidaal gedrag te vragen. Het effect van preventie op bevolkingsniveau van suïcide is moeilijk aantoonbaar, maar weer wél als die zich richt op hoogrisicogroepen zoals adolescenten. Ten slotte wordt een apart hoofdstuk gewijd aan de nabestaanden waarbij centraal staat hoe je als hulpverlener bij hen een gecompliceerde verliesverwerking kunt herkennen.

De redactie is erin geslaagd een heel gedegen en praktisch handboek samen te stellen over dit onderwerp. De hoofdstukken kennen eenzelfde stramen van een overzichtelijke indeling en duidelijke conclusie met verwijzing naar literatuur. Dit boek zou eigenlijk elke huisarts moeten lezen en hoort zeker thuis in de bibliotheek van de huisartsenpraktijk.

*Klaas Reenders*

## Family medicine

Huygen FJA. *Family Medicine*. Assen: Van Gorcum, 2006. ISBN 90-2324-2831, 196 pagina's, € 27,90.

Een van de nestors van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), medeoprichter en eerste voorzitter Frans Huygen heeft dit boek in 1978 geschreven ter gelegenheid van zijn benoeming als lector in de sociale geneeskunde van het gezin. Ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van het NHG is het opnieuw uitgegeven.

Het bestaat uit twee delen: het eerste met dertien gevalsbeschrijvingen, het tweede met vijf meer epidemiologische getinte hoofdstukken, en tot besluit een hoofdstuk over gezinstherapie en een beschou-

wing over de huisartsgeneeskunde.

Het boek is indertijd door Huygen in het Engels geschreven om de herkenbaarheid van de patiënten te voorkomen. Het is ook in het Duits vertaald en daardoor wellicht bekender in het buitenland dan in Nederland.

Het begrip 'family' betekent gezin. Huygen merkt daarbij op: De betekenis van het woord 'family' moet breder opgevat worden dan een getrouwd paar met kinderen. Het wordt door mij gebruikt voor elke kleine groep waarin mensen samenleven, eten en slapen, wat de samenstelling, de vorm of naam van de groep ook zijn moge. Een samenlevingsverband dus, waarvan de leden niet per definitie familie hoeven te zijn.

Hij heeft het boek gebaseerd op geregistreerde gegevens uit zijn eigen praktijk. In het eerste deel beschrijft hij gezinnen met een bepaald kenmerk: een jong en een ouder gezin, een gezin waarvan de vader respectievelijk de moeder overlijdt, een probleemgezin, een kinderloos gezin en gezinnen met chronische patiënten, culminerend in een gezin dat een chronische patiënt nodig heeft om te blijven bestaan. In dit geval gaat het om een geestelijk gehandicapt meisje dat uit de inrichting naar huis gehaald wordt. Curieus is ook het casuïstische hoofdstuk over een tweelinggezin: twee broers trouwen met twee zusters.

Het zijn voor een huisarts van nu, die per definitie geïnteresseerd is in het individuele geval, interessante beschrijvingen uit een verleden tijd in een tamelijk geïsoleerd dorp met grote gezinnen (6-8-12 kinderen) en geestelijk gehandicapte kinderen die thuis werden verzorgd zonder mobiele telefoon, internet, en andere moderne geneugten dan wel bedreigingen. Het boek bevat tal van bijzondere observaties, zoals het feit dat moeders van grote gezinnen aan het eind van hun vruchtbare periode de meeste medische zorg nodig bleken te hebben. Hij schrijft verwonderd over de neiging van neurotische personen om een partner met dezelfde neurotische persoonlijkheid te kiezen en over neurotische moeders die

onmogelijk hun kinderen vrij konden laten en daarom niet in staat waren hun kinderen tot zelfstandige personen op te voeden. Hij beschrijft symbiotische families, waar kinderen het huis niet uitgingen, maar zelfs als ze trouwden op het erf of naast moeder bleven wonen.

In zijn lange leven zag hij de huisartsgeneeskunde veranderen: de kinderen werden meer en meer gepland en in aantal beperkt en het aantal huisbezoeken nam drastisch af doordat meer patiënten een auto kregen. Dat brengt hem tot een hartstochtelijk pleidooi voor het huisbezoek waarbij de huisarts de patiënt in haar of zijn context kan ontmoeten.

De steeds weer door hem herhaalde conclusie luidt: 'Kijk verder dan het individu'. Hij illustreert in het laatste hoofdstuk zijn betoog met een lijstje vragen die een huisarts zich naar zijn mening bij elke patiënt zou moeten stellen:

- Wat weet ik van zijn of haar gezin?
- In welke fase verkeert het gezin?
- Hoe zit het met de interne en externe relaties en met de medische en sociale geschiedenis?
- Wat betekent dit individu in de familie?
- Wat is de impact van mijn huisartsgeneeskundige interventies op het individu en het gezin?

In het tweede deel beschrijft hij niet 1 gezin maar 100 jongere gezinnen en 100 oudere en hij vergelijkt zijn eigen morbiditeitsgegevens met die uit andere bronnen, en ten slotte een driegeratiegezin gevolgd door een eerste beschrijving van een onderzoek met 200 gezinnen.

Het motto dat Huygen aan dit boek gaf, luidt: 'dedicated to the families I had the privilege to serve so long as their personal doctor and whom I came to love'. Hieruit spreken woorden die een moderne dokter bijna niet meer – althans niet en public – in de mond neemt: liefde voor patiënten en dienstbaarheid. Termen die bijna taboe zijn in onze tijd van evidence-based medicine, efficiëntie en marktwerking.

Het zou de moeite waard zijn de hypothe-

sen die Huygen kwistig en soms enigszins bedekt in dit boek oppert te inventariseren en te onderzoeken.

Het boek is een aanrader voor iedere huisarts die het boek nog niet gelezen heeft, maar ook interessant om te herle-

zen voor huisartsen die het al kenden van 30 jaar geleden.

Betty Meyboom-de Jong

## Proefschriften

### Voorschrijfgedrag onder de loep

Jacoba Greving. *Trends in cardiovascular drug prescribing in Dutch general practice: role of patient and physician related characteristics* [Proefschrift]. Groningen, 2007. ISBN 90-77113-53-3. 140 pagina's. Te downloaden via <http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/medicine/2007/j.greving>.

In dit proefschrift onderzocht Greving waarom All-receptorantagonisten tussen 1995, het jaar van hun introductie, en 2000 zo'n snel de markt hebben veroverd. Is het de invloed van advertenties en andere marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie? Waarom zijn gezaghebbende landelijke richtlijnen en andere professionele informatiebronnen dan kennelijk niet in staat om tegenwicht te bieden? De door Greving gekozen All-receptorantagonisten staan model voor veel nieuwe geneesmiddelen die 'in de markt gezet worden' en daarom is dit een zeer relevant proefschrift.

Zij gebruikte voor haar onderzoek verschillende wetenschappelijke methodes, zoals analyses van databases: the Integrated Primary Care Information (IPCI) database en the Zwolle Outpatient Diabetes project Integrated Available Care (ZODIAC)-study. Daarnaast beoordeelde zij alle advertenties over All-receptorantagonisten in de NTVG-jaargangen 1996-2004 en vergeleek zij de inhoud ervan met de SPC (*summary of product characteristics*) uit het registratiedossier. Gunstige eigenschappen die in advertenties werden geclaimd op basis van clinical trials controleerde zij op juistheid. Tot slot stuurde zij aan internisten en cardiologen in de provincie Groningen een lijst met vragen op over landelijke evidence-based richtlijnen van hun eigen beroepsgroep. Hiermee probeerde zij te verklaren waarom

veel artsen van deze richtlijnen afwijken. In het eerste deel van het onderzoek constateert Greving dat All-receptorantagonisten in korte tijd voor een aantal artsen de antihypertensiva van eerste keus werden en dat dit niet plaatsvond op grond van in richtlijnen geadviseerde indicaties. Jammer is dat niet duidelijk wordt om hoeveel artsen het eigenlijk gaat. In de tweede helft van dit proefschrift toont zij aan dat artsen die commerciële informatiebronnen gebruiken, vaker ongefundeerd en tegen professionele richtlijnen in, kiezen voor nieuwe middelen zoals All-receptorantagonisten. In opleidingsklinieken is het probleem minder groot dan in perifere klinieken. De waardering voor professionele evidence-based richtlijnen is in opleidingsklinieken aanzienlijk groter. Niet geheel onverwacht gaat een meer academische attitude samen met een grotere instemming met evidence-based richtlijnen en een rationeler voorschrijfgedrag. Als Greving de reclame in het NTVG over All-receptorantagonisten nader beschouwt, blijkt dat er vaak suggestief gunstige effecten worden geclaimd die onvoldoende worden ondersteund door de wetenschappelijke gegevens. Greving stelt vast dat de Nederlandse reclamebewakende autoriteiten hier nauwelijks tegen optreden. In haar slotdiscussie stelt de auteur dat voortdurende bewaking van de kwaliteit van zorg en verstrekking van evidence-based informatie en *decision support tools* aan artsen, de belangrijkste mogelijkheden zijn om de huidige situatie met betrekking tot rationele farmacotherapie te verbeteren. Een officiële waarschuwing op geneesmiddelen die net op de markt zijn en een strenger gesanctioneerd reclamecodebeleid worden ook door haar genoemd. Interessant is in mijn ogen de vraag of er wel een causaal verband is tussen het

appreciëren en consumeren van commerciële informatie door artsen en hun voorschrijfgedrag. Het zou net zo goed kunnen zijn dat er een gemeenschappelijke factor is die zowel een hang naar nieuwe middelen als een commerciegerichtheid geeft, bijvoorbeeld een 'een non-wetenschappelijke attitude'. Een ondernemende, meer commercieel gerichte dokter zal sneller zijn met het toepassen van nieuwe middelen dan een conservatieve, sceptische academicus die het allemaal eerst nog maar eens moet zien voordat hij het gelooft.

Sterker nog: een niet onaanzienlijk deel van de universitair gevormde artsen schrijft alternatieve geneesmiddelen voor waarvoor geen enkele wetenschappelijke basis is. Voorop lopen met het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen, die weliswaar in richtlijnen (nog) niet worden aanbevolen maar die al wel het waarmerk van effectiviteit en veiligheid hebben gekregen van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, is hierbij vergeleken minder afwijkend van de academische wetenschappelijke cultuur.

Als er een direct causaal verband zou zijn tussen reclames lezen of artsenbezoekers ontvangen enerzijds en het ongefundeerd voorschrijven van de nieuwste geneesmiddelen anderzijds, zou het ontraden van het ontvangen van artsenbezoekers, zoals het NHG onlangs heeft gedaan in een officieel beleidsadvies, mogelijk zinvol zijn. Ik geloof daar niet in. In mijn ogen zal alleen een positief-wetenschappelijke attitude beschermen tegen irrationeel voorschrijven. Hier ligt een cruciale verantwoordelijkheid voor academische docenten om studenten al vroeg deze attitude bij te brengen.

Greving heeft met haar proefschrift een