

de brochure *Check it*. Die gaat over het actief testen van iv-drugsgebruikers en de communicatie met hen. De brochure is geschreven voor huisartsen en andere eerstelijners die in hun werk met iv-drugsgebruikers te maken kunnen krijgen.

Ik dacht dat het typisch een brochure zou zijn voor huisartsen in de grote stad. Maar als u er de *Nationale Drugmonitor* op naslaat, zijn er in de rest van Nederland beslist veel huisartsen voor wie de brochure de moeite waard is. Ook voor huisartsenlaboratoria is het werkje nuttig.

Voorin staat een HIV-testprotocol. Dan volgt het hoofdstuk over het pretestgesprek. Aan de orde komen: voor- en nadelen van de test, omgaan met de uitslag, angst voor sociaal isolement, het opzien tegen de combinatietherapie met soms tientallen pillen per dag, verzekering, angst voor ziekenhuizen en het wantrouwen tussen arts en gebruiker. Er wordt een appèl gedaan op het niet-pluisgevoel van de huisarts; drugs kunnen namelijk veel klachten en kwalen camoufleren. Verder komen risicogedrag, betekenis van uitslagen, herhalen van onderzoek, emotioneel vangnet en huisvesting aan de orde.

Het volgende hoofdstuk gaat over het post-testconsult. Geadviseerd wordt daar een dubbelconsult voor te plannen. Bij een negatieve test is met name het vervolgonderzoek (test na 3 maanden) aan de orde. In het geval van een positieve test voert de huisarts een slechtnieuws-gesprek. Het geven van verdere voorlichting heeft tijdens dit gesprek weinig zin. Het echte post-testgesprek wordt later gepland en dan komen behandelingsmogelijkheden en verwijzing aan de orde. Vermeld wordt dat combinatietherapie ook mogelijk is zonder af te kicken. De auteurs stellen dat behandelaars er ten onrechte van uitgaan dat verslaafde HIV-patiënten niet trouw zijn aan hun therapie en afspraken vergeten. Afkicken geeft zoveel emotie dat juist dan de therapietrouw wel eens kan verminderen. Het hoofdstuk sluit met een praktische post-test-checklist.

Er volgt een hoofdstuk met alle relevante

adressen, telefoonnummers en websites en een begrippenlijst. Dat laatste zou elke huisarts moeten lezen omdat er veel interessante begrippen de revue passeren. Als u niet wist wat er aan de hand is wanneer een patiënt u vertelt dat hij niet spuit, maar chineest en dat hij daarvoor heeft moeten hosselen, dan kunt u vanaf nu meepraten. Ook de relatie tussen HIV, iv-drugsgebruik en ziektes als hepatitis-C en tbc wordt aangestipt, net als de interactie tussen drugs en medicijnen. Hoewel de indeling van de folder niet altijd even logisch is, is de informatie boeiend, beslist leerzaam en in mijn geval ook motiverend.

De inhoud van de brochure is verpakt in een zeer fraaie vormgeving. Sommige pagina's kunt u zo inlijsten. Alleen om die reden al een collectors item.

Roy Beijaert

## Spoedboek

Bierens JLLM, De Lange JJ, Zuurmond WWA, redactie. *Pijnbestrijding onder spoedeisende omstandigheden*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003. 96 pagina's, € 16,50. ISBN 90-352-2651-8.

Deze verzameling korte opstellen over pijnbestrijding in acute situaties richt zich hoofdzakelijk op de prehospital fase van de traumatologie. De opstellen zijn wellicht relevant voor ambulancepersoneel en artsen van mobiele traumateams, maar nauwelijks voor huisartsen.

Drie pijnstillers domineren voor 99% het indicatiegebied. Dit zijn fentanyl, de combinatie lachgas/zuurstof 50/50% en ketamine gecombineerd met benzodiazepine. Hiervan is fentanyl de onbetwiste nummer één.

Voor de huisarts is het relevant dat bij de acute-buikpijnstilling fentanyl toch weer zou mogen. De diagnostiek door de chirurg zou door de korte werking van fentanyl – 0,5 à 1 uur – niet worden belemmerd maar mogelijk zelfs worden gefaciliteerd. Jammer genoeg is deze uitspraak niet voorzien van een literatuurreferentie en ik vraag me af hoeveel chirurgen het ermee eens zijn.

Het boekje is helaas slordig geschreven en ook eindredactioneel onvoldoende bewerkt.

E. Walma

## Wat is wijsheid?

Ten Have H, Ter Meulen R, Van Leeuwen E. *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003. 367 pagina's, € 44,50. ISBN 90-313-4029-4.

Boltt L, Verweij M, Van Delden J. *Ethiek in praktijk*. Assen: Van Gorcum, 2003. 189 pagina's, € 23,50. ISBN 90-232-3835-4.

Als huisarts krijgen we dagelijks te maken met complexe, morele problemen en nemen we bewust of onbewust, beslissingen vanuit morele overwegingen. Om daar goed mee om te gaan, is ethische reflectie nodig. Wat houdt dat precies in? Onlangs verschenen bovenstaande boeken.

*Medische ethiek* (Ten Have et al.) is een – voor deze tweede druk deels herschreven – zeer gedegen leerboek met een prettig leesbaar taalgebruik. Het is systematisch opgebouwd vanuit een historisch perspectief. De in de ethiek gehanteerde principes (weldoen, niet schaden en respect voor autonomie) worden in een brede context geplaatst. De auteurs definiëren zeer volledig en duidelijk de begrippen die in de ethiek worden gehanteerd. De toepassing ervan in de medische beroepsuitoefening beschrijven ze in items: verantwoord medisch handelen, doelen van zorg, keuzen in zorg, technologie, wetenschap, diagnostiek en preventie. De gebruikte voorbeelden zijn veelal bekend. Naarmate de problematiek actueler wordt, wordt de tekst terughoudender. Zo melden zij over ethiek en zingeving, dat er 'weliswaar momenteel meer aandacht is voor de rol van ervaring en levensverhaal in de ethiek, maar dat een nadere uitwerking in de medische ethiek ontbreekt'. Ook de ethiek van (chronische) zorg, een voor huisartsen zeer belangrijk onderwerp, behandelen ze wat oppervlakkig. En palliatie krijgt slechts tweeënhalve bladzijde. De hoofdstukken beginnen steeds met een kort

overzicht, gevolgd door leerdoelen: een hbo-achtige manier van presenteren.

Als lezer krijg je veel, goedonderbouwde informatie over ethische beschouwingen en maak je kennis met de complexiteit hiervan, maar het blijft wat afstandelijk over ethiek gaan. Een uitstekend naslagwerk dat iedere medicus behoort te hebben.

Bolt et al. hebben hun boek *Ethiek in de praktijk* voor deze vierde druk bijna geheel herschreven. Het bestaat uit een soort essays met een bijzondere opeenvolging en samenhang. De verschillende auteurs beschrijven vanuit meerdere perspectieven de basisprincipes, gerelateerd aan de actualiteit. Direct al bij het eerste hoofdstuk zit je er als lezer helemaal in. Vervolgens beschrijven zij een stappenplan, inclusief de valkuilen, ter structurering van ethische reflectie en discussie. De daarop volgende hoofdstukken – de titels ervan zijn al uitdagend – zijn uitnodigend en oproepend, maar ook ontdekkend en structurerend. Zonder uitzondering bieden zij stof tot nadenken. Er zitten ‘juweeltjes’ bij! Meta-ethiek wordt niet geschuwd. Ook de zware stof, waarvoor de ellebogen op tafel moeten – de behandelingen van de plichtstheorieën door Van Delden – komt aan bod. Eenmaal gelezen, wéét je het ook.

Op de vraag aan welk boek de huisarts de voorkeur zou moeten geven, antwoord ik: *Medische ethiek* moet je (eigenlijk tijdens je studie) gelezen hebben, maar *Ethiek in de praktijk* is een must voor iedere huisarts.

Wilbert Cools

## Oefentherapie werkt

Gezondheidsraad. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatie nr 2003/22. 108 pagina's. ISBN 90-554-506-9. Te downloaden via [www.gr.nl](http://www.gr.nl)

Oefentherapie wordt voor veel aandoeningen ingezet en over de effectiviteit ervan is veel gepubliceerd. Wanneer en bij welke aandoening oefentherapie moet worden ingezet blijft door wisselende uitkomsten van RCT's en systematische reviews onduidelijk. Een door de Gezond-

heidsraad ingestelde wetenschappelijke commissie heeft de inzet van oefentherapie geëvalueerd en een advies uitgebracht. Door de grote hoeveelheid literatuur is dit advies gebaseerd op een review van systematische reviews per aandoening waarvoor oefentherapie vaak wordt ingezet.

Uit het rapport blijkt ten eerste dat oefentherapie bewezen effectief is voor patiënten met cystische fibrose, COPD, claudicatio intermittens, gonartrose en subacute en chronische rugklachten. Ten tweede zijn er aanwijzingen dat oefentherapie effectief is bij patiënten met de ziekte van Parkinson, de ziekte van Bechterew, coxartrose en na een CVA. Over de effectiviteit van oefentherapie bij reumatoïde artritis, schouderklachten, nekkklachten, RSI, astma en bronchiëctasieën viel geen uitspraak te doen wegens het ontbreken van goed uitgevoerd onderzoek. Daarnaast bleek dat oefentherapie niet effectief is bij acute lage-rugklachten. En tot slot: oefentherapie is niet schadelijk.

Dit zijn de conclusies uit de samenvatting. In de tekst wordt na beschrijving van de methodologie, per aandoening aangegeven welke reviews zijn gevonden en welke voor deze review zijn geïnccludeerd. Hier worden de conclusies verder genuanceerd. Zo blijkt dat de effectiviteit van oefentherapie bij COPD alleen is vastgesteld ten opzichte van geen behandeling. Over de vergelijking met andere conservatieve behandelingen kan geen uitspraak worden gedaan. Bij het CVA gaat het om de vergelijking tussen oefentherapie en intensieve oefentherapie. Bij de mogelijke werkzaamheid bij coxartrose betreft het slechts de conclusie van één RCT. Zo is voor iedere aandoening een verdere nuancering nodig. Alleen het lezen en interpreteren van de samenvatting volstaat dus niet. Hoe en wanneer oefentherapie bij de diverse aandoeningen moet worden ingezet, is nog niet helder. Een gemiste kans is dat het rapport slechts bij enkele aandoeningen ingaat op de langetermijneffecten van oefentherapie, alleen bij gon- en coxartrose wordt aangegeven dat dit nog onduidelijk is. Ook strategieën voor gedragsverandering

naar meer en gezonder bewegingsgedrag komen helaas niet aan bod. De uiteindelijke aanbeveling om oefentherapie centraal te stellen in de fysiotherapeutische behandeling is – gezien het praktisch ontbreken van langetermijneffecten – ‘kort door de bocht’.

J.C. Winters

## De rug, maar dan anders

Koning HM. Een andere aanpak van chronische lage rugklachten. Leeuwarden: Koning, 2003. 148 pagina's (gebonden), € 25,90. ISBN 90-9017630-6.

Dokter Koning geeft in dit boek zijn bewogen visie op de diagnostische en therapeutische mogelijkheden bij patiënten met chronische rugpijn. Hij doet dit vanuit de positie en de ervaring met chronische patiënten die de pijnpoli bezoeken. Hij onderbouwt zijn visie zo veel mogelijk met verwijzingen naar de literatuur (316 in getal). Het ‘andere’ in zijn aanpak is dat hij op basis van dezelfde literatuur voor een aanpak kiest die haaks staat op wat gangbaar is in Nederlandse (NHG, KNGF, CBO) en internationale richtlijnen. Deze richtlijnen pleiten voor een terughoudend beleid vanwege de meestal gunstige prognose en het gebrek aan bewijs voor therapeutisch ingrijpen. Koning betwist deze interpretatie van de literatuur en pleit vanwege het grote persoonlijke en maatschappelijke leed bij chronische pijn juist voor maximale diagnostiek en therapie, met in zijn geval de nadruk op injectietechnieken. Ondanks het ontbreken van bewijs pleit hij voor het toepassen van diagnostische en therapeutische injectietechnieken bij patiënten die langer dan 4 weken rugpijn hebben (46-76% van alle patiënten met rugpijn, volgens de cijfers die hij geeft). Koning gebruikt en interpreteert bewijs uit de literatuur op een wijze die de toets der kritiek niet kan doorstaan. Wat overeind blijft, is het vurige pleidooi om ook bij chronische lage-rugpijn niet bij de pakken neer te gaan zitten. Daarnaast biedt het boek een – voor zover ik weet uniek – Nederlandstalig, leesbaar en uit-