

hoop en vertrouwen zijn hier kernwoorden, die aan de hand van uitspraken van ouders en behandelaars concreet worden gemaakt. Het hoofdstuk *Een goede dood* laat het perspectief van de terminale patiënt zien en zet de lezer aan het denken over normatieve ideeën omtrent goed sterven.

Het derde deel gaat over de zorgverlener. In het hoofdstuk *Emoties en verlangens van patiënten in de palliatieve zorg* worden vijf soorten zorgverlenersmodellen (bijvoorbeeld het paternalistische en het informatieve) gepresenteerd. Op een boeiende manier wordt zichtbaar gemaakt wat de patiënt hier nu wel of niet aan heeft. Dit geeft de lezer de gelegenheid te reflecteren over de voordelen en beperkingen van het eigen gehanteerde model. Het laatste deel, *Morele overwegingen in de palliatieve zorg*, opent met een onderzoek naar morele problemen in de dagelijkse praktijk. Bij complexe problematiek is er de mogelijkheid van een 'moreel beraad'. Deze methode, die ontwikkeld is in Nijmegen, wordt stapsgewijs uitgelegd. Kortom, alle hoofdstukken zijn informatief en dragen bij aan de leesbaarheid van deze bundel. Voor iedereen die in zijn/haar werk met palliatieve zorg te maken heeft!

Marijse Koelewijn

CBO-richtlijn Aspecifieke lage-rugklachten

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten*. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications, 2003. 152 pagina's, € 16. ISBN 90-76906-58-0.
(te downloaden via <http://www.cbo.nl>)

Als huisarts vraag ik me af welke onderzoeken in de spreekkamer bijdragen aan de 'diagnose' bij lage-rugpijn en welke factoren de prognose en therapiekeuze bepalen. Antwoord op die vragen hoop ik straks te vinden in de vernieuwde NHG-Standaard. Tot die tijd is er de CBO-richtlijn, die totstandgekomen is in samenwerking met 22 beroepsverenigingen en werkgroepen op initiatief van de

Nederlandse Orthopedische Vereniging en het CBO.

De kracht van zo'n richtlijn is natuurlijk dat alle literatuur op wetenschappelijke waarde is beoordeeld. Maar vervolgens blijkt het moeilijk om uit de grote hoeveelheid informatie voor de praktijk toepasbare en eenduidige aanbevelingen te destilleren. We – alle betrokken behandelers en de NPCF – moeten tegen patiënten en tegen elkaar hetzelfde zeggen over onderzoek, prognose, voorkomen van chroniciteit, en dergelijke. Het is de vraag hoe je de aanbevelingen uit de richtlijn overbrengt aan de patiënt die gewend is dat echt alles met fysiotherapie kan worden opgelost.

Sterk in deze consensus is het gebruik van rode en gele vlaggen als het gaat om de factoren van de diagnostische fase, namelijk de lichamelijke afwijkingen, aard van de klachten, de emotionele reactie, cognitie en attributie en ten slotte het gedrag van de patiënt.

Deze richtlijn beschouwt – in tegenstelling tot de NHG-Standaard uit 1996 – klachten die langer dan 6 weken bestaan als chronisch. De afstemming met de Arbodiensten zou hier beter op moeten aansluiten.

Het natuurlijke beloop van de klachten wordt op pagina 24 iets te optimistisch beschreven als 'gunstig': van de patiënten die de huisarts bezoeken, heeft twee derde na vier weken nog last en na zes weken nog de helft. In ongeveer 50 tot 80% van de gevallen recidiveren de klachten in minder ernstige vorm binnen een jaar.

Op pagina 33 staan overwegingen om patiënten een röntgenonderzoek te onthouden. Natuurlijk heb je altijd de vrijheid om wél een röntgenfoto te maken. Daarbij mis ik verzekeringstechnische bezwaren en problemen mocht er iets 'gevonden' worden dat later eventueel tegen een patiënt gebruikt kan worden bij aanvraag van een verzekering.

Dit boekje, en zeker de bijgevoegde handige samenvatting op NHG-Standaard-formaat, kan een grote bijdrage leveren aan nieuw beleid, niet alleen voor de patiënt maar zeker ook voor de huisarts.

Peter Wessels

Beter diabetes

Rutten GEHM, Elte JWF. *Diabetes mellitus in de huisartspraktijk. Practicum huisartsgeneeskunde. Een serie voor opleiding en nascholing*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2003. 92 pagina's, € 21. ISBN 90-352-2523-6.

Het lezen van dit boekje is een prima manier om aan de hand van casuïstiek met de NHG-Standaard vertrouwd te raken. Het leest erg prettig, is mooi gestructureerd en zeer informatief. Terwijl aan alle belangrijke aspecten van diabetes aandacht wordt geschonken onttaart dit nergens in onterecht agressieve diagnostiek-, therapie-, of follow-upadviezen. Het lukt de schrijvers goed om steeds een afgewogen middenkoers te varen.

De twaalf hoofdstukjes behandelen diagnostiek, voorlichting, therapietrouw, microalbuminurie, overzetten op insuline, hyperglykemische ontregeling, hypoglykisch coma, complicaties, diabetische voet, seksuologische problematiek, beleid bij zwangerschap en tot slot zwangerschapsdiabetes.

Behandeling van diabetes wordt in dit boek tamelijk impliciet gesplitst in twee categorieën. De eerste is de behandeling van de klachten en complicaties die samenhangen met sterk verhoogde glucosespiegels en metabole ontregeling. En de tweede is het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten dat bij diabetes altijd sterk verhoogd is. Deze splitsing had nog wel wat explicieter mogen zijn.

De diabetische voet krijgt veel aandacht. Terecht, want dit is een weliswaar vrij zeldzame, maar relatief vaak tot amputatie leidende aandoening die met tijdig in gang gezet, zorgvuldig beleid beter zou kunnen aflopen.

Onbesproken blijft dat tegenwoordig de verspreiding van de zorg voor diabetespatiënten over huisarts, praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige, doktersassistente, diabetesdienst van het regionale laboratorium, diëtist, oogarts, geconsulteerde internist en eventueel de polikliniek vasculaire geneeskunde nog wel