

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

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-

gebreed overzicht van de mogelijke anatomische en fysiologische achtergronden van lage-rugpijn.

Onwillekeurig doet het boek denken aan een situatie die ik van de hockeyvelden ken. Als mijn zoon door een bal op zijn knie wordt geveld, ken ik twee reacties. De een zegt, vanuit het besef dat het vrijwel altijd meevalt en slechts een kneuzing is die even zeer doet: 'Kom op. Opstaan, even wrijven, even stampen en weer doorgaan.' De ander zegt vanuit de zorg die ik voor mijn zoon heb en de wens om zijn lijden zo veel mogelijk te beperken: 'Blijf liggen, ik kom eraan. Haal ijs. Voorzichtig, laat mij even kijken. Gaat het? Je moet het niet forceren hoor!'

Hans van den Hoogen

Knelpunten in de euthanasiediscussie

Adams M, Griffiths J, Den Hartogh G. *Euthanasie; nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie*. Kampen: Kok, 2003. 348 pagina's, € 34,90. ISBN 90-435-0817-9.

Deze verzameling bijdragen over de euthanasieproblematiek (in ruime zin) in België en Nederland anno 2003 heeft me om verschillende redenen geboeid van begin tot eind. De titel verwijst naar de in 1987 verschenen bundel *Euthanasie, knelpunten in een discussie* onder redactie van G.A. van der Wal. Dit nieuwe boek bevat bijdragen van hoge kwaliteit van Belgische en Nederlandse auteurs die dit onderwerp vanuit verschillende perspectieven beschrijven.

Ik vond verrassende feiten en inzichten, bijvoorbeeld over de rol van de arts. In Nederland en België is het voor niet-artsen verboden om levensbeëindigend te handelen of actieve hulp bij zelfdoding te geven. In Zwitserland mogen juist artsen geen euthanasie verrichten, maar wel euthanatica voorschrijven. Trappenburg laat zien dat in Nederland medische hulp vragen bij een humane dood meer voor de hand lag dan de 'doe het zelf'-aanpak. Hier was immers niet alleen euthanasie, maar ook hulp bij zelfdoding expliciet verboden in het Wetboek van Strafrecht. In Schotland en Zwitserland bijvoorbeeld is hulp bij zelfdoding geen strafrechtelijk vergrijp. Door te kiezen voor de medische weg, kies je voor medische indicatiestelling en onderwerping aan een medisch oordeel. Daar impliceer je mee dat lijden een pathologische oorzaak moet hebben. Zo concludeert Trappenburg dat wij meestal lijken te kiezen voor 'voorwaardelijke onderschikking aan een medisch regime'. Volgens haar hebben we voorlopig nog geen pil van Drion.

Mortier problematiseert in zijn bijdrage het begrip autonomie, met name ten opzichte van minderjarigen. Hij laat prachtig zien dat het niet gaat om leeftijdsgrenzen, die arbitrair kunnen zijn, maar om 'competent' zijn. Het motief van weldoen of barmhartigheid naast het respect voor autonomie wordt ook door Van Delden uitvoerig beschreven. Hij laat zien hoe problematisch het respect voor autonomie kan zijn bij demente bejaarden en niet-aanspreekbare patiënten. Wat te doen wanneer de patiënt voor de uitvoering van de euthanasie in coma

raakt? Hartogh meent dat er binnen het morele beoordelingskader van de wet geen ruimte is voor het alsnog respecteren van de wens van de patiënt omdat het beginsel van respect voor autonomie even belangrijk is als een beginsel van barmhartigheid.

Het beschrijvende onderzoek naar 'zelfdoding in eigen kring' van Chabot leverde enkele onthutsende feiten op. Zo bleek dat humane zelfdoding zonder doktershulp opvallend vaak voorkomt bij hoogopgeleide vrouwen van 60 jaar en ouder. De belangrijkste reden van artsen om niet aan de euthanasiehulpvraag te voldoen, was dat het om niet-terminale patiënten ging. Artsen oordelen extra kritisch over de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden als er geen sprake is van de terminale fase. Artsen blijken jaarlijks 2500 uitdrukkelijke en herhaalde verzoeken om euthanasie af te wijzen! Ik ben het met Chabot eens dat het hard nodig is om te onderzoeken waarom er zo veel verzoeken afgewezen worden. Dit is, zo zegt Chabot, van belang om bescherming en rechtszekerheid te bieden aan patiënten op een uiterst kwetsbaar moment van hun laatste levensfase. Een fase waarin zij vrijwel weerloos staan tegenover een afwijzing die op een willekeurige of onjuiste interpretatie van de zorgvuldigheidseisen is gebaseerd.

Ik kan dit boek van harte aanbevelen aan dokters die verder willen kijken dan hun medische neus lang is en die bereid zijn te blijven reflecteren op hun menselijk handelen.

Marijke Boorsma