



Het brandwonden-formularium

Breederveld R, Middelkoop E, Vos G. Het brandwondenformularium. Een praktische leidraad. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014: 92 blz. ISBN 978-90-368-0437-0

Dit zakboekje is voornamelijk gericht op de primaire opvang van het brandwonde ongeval en de verwijzingscriteria (gericht op de gezondheidszorgorganisatie in Nederland). Het onderzoek van de brandwond en wondbehandeling zelf komen maar beperkt aan bod, waardoor het minder praktisch is voor de huisarts dan de titel laat uitschijnen. Het vijfpunts klinisch onderzoek voor de classificatie van de diepte van de verbranding wordt toegelicht, bestaande uit inspectie van de blaasvorming en het

wondaspect, palpatie van de soepelheid, een test van de capillaire refill en beoordeling van de pijnbeleving. Enkele aanvullende illustraties ontbreken.

Een meerwaarde van dit zakboekje is het hoofdstuk over littekenbehandeling. Dit is gebaseerd op richtlijnen opgesteld door een internationale groep deskundigen, bij gebrek aan wetenschappelijk bewijs. Qua niet-invasie strategie voor de behandeling en preventie van hypertrofe littekens is de plaats van silicongel en -pleister als gouden standaard opvallend. Tot slot worden jeuk na brandwonden en psychosociale gevolgen, zoals leven met littekens en problemen met intimiteit besproken. Het preventieve aspect wordt niet toegelicht. Dit boekje kan niet overtuigen om het effectief mee op zak te nemen.

Anouk Dieleman

Als eten een zorg wordt...

Boerjan S. Als eten een zorg wordt... het maaltijdgebeuren bij personen met dementie. Leuven: Acco Uitgeverij; 2013: 136 blz. ISBN 978-90-3349-253-2

Dit boek wil het maaltijdgebeuren bij personen met dementie centraal stellen in al zijn facetten. De auteur belicht terecht niet enkel het maaltijdgebeuren vanuit haar logopedische achtergrond, maar benoemt ook omgevingsfactoren, houdingsfactoren, mondhygiëne, rol van medicatie,... De lijst professionals en omstanders die in ideale omstandigheden allemaal betrokken zouden moeten zijn bij het voedingsmoment van de persoon met dementie, is indrukwekkend lang. Door die complexiteit van de problematiek komt de vraag ook bij de huisarts terecht. Dit boekje geeft een goede achtergrond om als huisarts een mooie basis te hebben voor een overwogen advies. Voor CRA's en medewerkers (en niet te vergeten de directeur) in het rusthuis is het werkelijk een must.

Het boek is opgedeeld in vier hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk, 'kennen', met aandacht voor basiskennis dementie en het normale slikproces, bevat voor huisartsen niet veel nieuws. Het tweede hoofdstuk, 'herkennen', over het herkennen van slik- en eetproblemen, bevat een groter aandeel aanvullende informatie op wat de gemiddelde huisarts meekrijgt vanuit de basisopleiding, bv. dat het reukvermogen reeds in de beginfase bij de ziekte van Alzheimer sterk aangetast is met duidelijke weerslag op smaak en eetlust. Het deel over slikstoornissen zeker niet overslaan. In het derde deel, 'kunnen', verslikt de lezer zich in het aantal praktische tips. Hoeveel huisartsen zijn op de hoogte van de studie van Jones en van der Eerden (2008) die aantoonde dat door gebruik van rood bestek, rode borden en rode glazen er tot 84% meer vochtinname en 25% meer voedselinname is? Welke huisarts kan acht bezwaren opsommen tegen het gebruik van de alomtegenwoordige tuitbeker en een alternatief aanbieden? De voor- en nadelen van gemalen en gemixte voeding? Als kers op de taart sluit het vierde deel, 'ethische aspecten', af met de wetenschappelijke kennis omtrent (of beter gesteld: 'tegen') kunstmatige toediening van voeding en vocht bij gevorderde dementie, een vraag die vaak gesteld wordt door familie aan de arts. Opnieuw slaagt de auteur erin om zo'n moeilijk onderwerp in amper tien pagina's uit te werken.

Als huisarts houden we van efficiëntie in educatieve literatuur: beknopt, overzichtelijk, duidelijk en pragmatisch. Dit boekje bevat alle ingrediënten om te beantwoorden aan bovengenoemde criteria en is heerlijk gekruid met diverse tips ook toepasbaar voor de niet-chef-kok.

Lieve Vinck



Burn-out en naastbetrokkenen

Leijten C, Theunisse A. *Burn-out en naastbetrokkenen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2013: 238 blz. ISBN 978-94-6105-502-6

Burn-out is het nieuwe fibromyalgie' hoor je wel eens fluisteren in de wandelgangen. Wat beide patronen in elk geval gemeen hebben, is de machteloosheid die ze oproepen bij patiënten, hun naastbetrokkenen en hun hulpverleners. Dit boek biedt minstens een interessant en verrassend uitgangspunt. Een burn-out ontstaat volgens de auteurs omdat er een unipolaire levenshouding is ontstaan, met een overmaat aan actief zijn, denken, willen, moeten. De kunst is terug te komen naar een bipolaire levenshouding met een evenwicht tussen actief zijn enerzijds en ontspanning anderzijds, tussen denken en voelen. Een noodzakelijke stap

hierbij is volgens de auteurs een periode met een uitsluitend passieve levenshouding, waarbij voor de patiënt wordt gezorgd als ware het een kind, en waarbij er zo min mogelijk verantwoordelijkheden bij de patiënt worden gelegd. Dit betekent voor de omgeving vaak een radicale, zij het tijdelijke, verandering in de relatie met de patiënt.

De auteurs willen aantonen dat ook naastbetrokkenen voordeel kunnen halen uit een burn-outperiode, omdat het hun een nieuwe visie kan geven op leven en werk. De stappen die hierbij te doorlopen zijn, worden heel concreet beschreven. De auteurs beklemtonen dat burn-out te genezen is. Het is net deze laatste boodschap, die we als naastbetrokkenen, maar ook als hulpverlener nodig hebben. De vraag blijft of de paradigma-verschuiving die de auteurs voorstel-

len, realistisch is binnen onze context van actief en productief te zijn. En wat met die andere stemmen, die waarschuwen om patiënten net niet te lang uit hun dagelijks ritme te halen?

Toch blijft het een interessant boek voor de huisarts op vele manieren. Het geeft concrete handvaten voor naastbetrokken én hulpverlener, en het heeft een zeer interessante literatuurlijst, waaronder de Richtlijn Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out (2011) in samenwerking met Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB) en Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).

Lieve Callewaert



Gids voor de huisartsenpraktijk: DSM-5

Hengeveld MW. *Gids voor de huisartsenpraktijk: DSM-5®*. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2014: 150 blz. ISBN 978-90-8953-410-1

In eerste instantie riep dit kleine boekje wat weerstand op. Zelfs met behulp van het dikke DSM-5-handboek is het moeilijk om mensen met een psychische stoornis in een classificatiesysteem te wurmen. Hoe kan je dit dat doen met behulp van een minigids?

De auteur van het boekje, die tevens de Nederlandse vertaling van de DSM-5 superviseerde, waarschuwt terecht in de inleiding dat je deze gids, net als het complete handboek, niet kan gebruiken voor psychiatrische diagnostiek maar enkel voor classificatie. Zijn bedoeling is om Nederlandse huisartsen, die verplicht zijn bij elke verwijzing de psychische aandoening in de verwijfsbrief te vermelden, snel te leiden naar de meest waarschijnlijke DSM-5-stoornis. Is er dan een meerwaarde voor Belgische huisartsen? Eerst moet de huisarts zichzelf vier vragen stellen: is er wel sprake van een psychische stoornis? Is alcohol, een drug of een geneesmiddel misschien de oorzaak? Is er een uitlokkende lichamelijke aandoening? En: kan het zijn dat de patiënt de stoornis simuleert? Daarna helpt een beslisboom de arts naar de passende DSM-5-classificatie. Handige tabellen helpen hierbij.

Via de beslisboom kom je bij het juiste hoofdstuk terecht

en via weer een tabel naar de meest waarschijnlijke stoornis. Deze wordt in één zin beschreven, de ICD- en ICPC-codes staan erbij en ook een lijstje voor differentiële diagnostiek. Het lijstje met mogelijke andere diagnoses doet de twijfel toeslaan over welke classificatie nu het meest geschikt is voor de betreffende patiënt. Er is ook geen alfabetisch register om snel de andere aandoeningen op te zoeken.

Toch maar de volledige DSM-5-manual en -website erbij houden dus om de werkelijkheid die nooit samenvalt met welke indeling dan ook, zo goed mogelijk terug te vinden in het classificatiesysteem. De grenzen tussen de verschillende psychische aandoeningen zijn zo poreus dat zelfs de lange beschrijvingen in het dikke boek slechts tot een benadering van de perfecte indeling leiden en dan nog enkel voor getrainde klinici.

Ik zie dit boekje dan ook eerder als een handige wegwijzer in de gigantische DSM-5-ladenkast dan als een snelle vervanger ervan. Enkel dit boekje aankopen zonder ook het volledige handboek in de kast te hebben staan, doet oneer aan de intellectuele capaciteiten en klinische ervaring van de huisarts en aan de mensen die we proberen te helpen.

Ilse Ramboer

