

Standaarden

vervolgens ter plekke mag demonstreren hoe het wél had gemoeten. Het is net Alice in Wonderland: we kijken in de spiegel en stappen er vervolgens dóór in een opbouwende sfeer, die mede te danken is aan de scherpe procesbewaking van de leider van de groep.

Leerpunten

Prof. dr. Theo Voorn organiseerde aan het eind van de Congresdag een sessie, waarin eerst een aantal leerpunten werd geformuleerd, zoals ze de Congrescommissie voor ogen stonden bij de uitwerking van het programma. Deze leerpunten kregen we op originele wijze bij de afsluiting mee naar huis. Ze kwamen voor het grootste gedeelte al aan de orde.

Maar wat vonden de bezoekers ervan? Op briefjes werden razendsnel de nodige opmerkingen genoteerd en verzameld. Een paar opvallende uitspraken:

- huisarts wees duidelijk en toch hoffelijk;
 - mijn moeder had toch gelijk: trek een hemd aan;
 - naarmate ik ouder word, wordt veel in het leven smaller;
 - directief zijn mag weer, hoera!
- Het is toch waarlijk te hopen, dat men nog wat meer heeft opgestoken!

Tot slot konden wij allen constateren, dat het met de Alzheimer van Sinterklaas wel is meegevallen, hoewel het optredende decorumverlies voor de toekomst het ergste doet vermoeden. Een heerlijk diner-dansant in het met een prachtig uitzicht over het verlichte Maastricht begiftigde Fort Sint Pieter besloot dit plezierige evenement.

Het Congres is geworden tot een fenomeen. En dit Congres in het bijzonder was een uitstekende opmaat tot de grootse manifestatie in de zomer van 1993: het WONCA/SIMG/NHG-congres in Den Haag. Wij rekenen erop dat u ook komt.

Jaap Haije,
huisarts te Emmen

Standaarden

De inhoud van de NHG-standaarden is in de regel onderbouwd met medisch-wetenschappelijke literatuur, waarbij bewezen werkzaamheid leidraad voor het advies is. De rechtvaardigheid in de leer gaat zelfs zo ver, dat in de NHG-Standaard Hypertensie bètablokkers en diuretica als eerste keuze worden genoemd en ACE-remmers niet, omdat weliswaar verlagings van de bloeddruk door deze middelen is aangetoond, maar niet het verlagen van morbiditeit en mortaliteit op termijn; verlagen van de bloeddruk kan immers een parallel lopende lijn zijn, zonder dat sprake is van een oorzakelijke factor.¹ Een puriteinse gedachte, maar ik kan de redenering volgen.

Maar hoe kan het, volgens dezelfde lijn gedacht, dat in de NHG-Standaard Cholesterol² voedingsadvies en advies voor cholesterolverlagende middelen worden gegeven? Dit lijkt geen standaard van het NHG. Ten eerste is nooit bewezen dat een hoog cholesterolgehalte oorzaak van een hogere sterfte is. Ten tweede is nooit bewezen dat verlagings van het cholesterolgehalte de kans op morbiditeit en mortaliteit verkleint; sterker nog, de interventiestudies wijzen erop dat de mortaliteit wordt verhoogd.

In de lijn van de NHG-standaarden, gebaseerd op bewezen werkzaamheid als leidraad voor medisch handelen, kan niet anders dan worden geconcludeerd dat behandeling van een hoog cholesterolgehalte door middel van voedingsadvies of medicament niet zinvol is. Daarmee kunnen we de hele standaard met zijn indelingen op basis van cholesterolgehalten, waaraan ook geen enkel wetenschappelijk bewijs ten grondslag ligt, van tafel vegen.

Wat mij steekt is niet zozeer de inhoud van de cholesterolconsensus, want die heeft mogelijk toch zijn waarde, maar het meten met twee maten. Enerzijds het wetenschappelijk bewijs als leidraad tot handelen, anderzijds het spontaan aanvoelen dat iets wel goed zal zijn. Deze tweespalt lijkt me ook voor de geloofwaardigheid van de NHG-standaarden niet goed en dient op zijn minst geëxpliciteerd te worden.

J.G.J.M. te Dorsthorst,
huisarts te Loosbroek

1 Van Binsbergen JJ, Grundmeyer HGLM, Van den Hoogen JPH, et al. NHG-Standaard Hypertensie. Huisarts Wet 1991; 34: 389-95.

2 Van Binsbergen JJ, Brouwer A, Van Drenth BB, et al. NHG-Standaard Cholesterol. Huisarts Wet 1992; 34: 551-7.

Naschrift

Deze reactie biedt ons de gelegenheid een aantal afwegingen die bij het maken van standaarden aan de orde komen, nog eens te expliciteren. NHG-standaarden zijn richtlijnen voor het handelen van huisartsen. Richtlijnontwikkeling in het kader van kwaliteitsbeleid voor medici vindt momenteel overal in de westerse wereld plaats. In Nederland zijn NHG-standaarden en consensusrichtlijnen van het Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) de bekendste voorbeelden. Een gemeenschappelijk kenmerk van medische richtlijnen is, dat ze gebaseerd zijn op een combinatie van argumenten, wetenschappelijke en 'niet-wetenschappelijke'. De 'niet-wetenschappelijke' zijn ingegeven door:

- conventies (het op een gegeven moment gangbare beleid);
- consensusuitspraken over zaken waarover geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden is;
- gezondheidspolitieke opvattingen;
- ethische overwegingen.

Voorbeelden van de laatste twee categorieën zijn:

- 'in dubio abstine';
- voorkeur voor behandelen in de eerstelijns gezondheidszorg bij gelijkwaardigheid van kwaliteit;
- verweer tegen overmatige benadrukking van onderdelen van de zorg door belangengroepen.

De menging van wetenschappelijke en 'niet-wetenschappelijke' argumenten valt bij verschillende typen richtlijnen nogal eens verschillend uit, afhankelijk van de instantie die ze heeft gemaakt en de doelgroep waarvoor ze zijn ontworpen. Voorbeelden daarvan zijn de NHG-Standaarden en CBO-consensusrichtlijnen over de onderwerpen hypertensie en cholesterol.¹ Het is dit verschil in menging dat Te Dorsthorst in het verkeerde keelgat is geschoten en waarvoor hij – terecht – opheldering vraagt.

Bij 'hypertensie' kon de keuze van de medicatie wetenschappelijk worden gefundeerd, doordat er bewijsmateriaal voorhanden was. Een dergelijke fundering heeft bij het standaardbeleid altijd de voorkeur boven argumenten van niet-wetenschappelijke aard. Bij 'cholesterol' ligt die bewijsvoering op dit moment anders. Aan de eerder gemelde positieve effecten van cholesterolverlagings bij mensen die niet lijden aan de familiale vorm van hypercholesterolemie, wordt getwijfeld op grond van nieuw onderzoek² en nadere beschouwingen over ouder onderzoek.^{3,4} Bij het uitkomen van de standaard was dat niet bekend. Toen werd

het beleid gebaseerd op de op dat moment beschikbare literatuur, die wel degelijk liet zien dat verlaging van het serumcholesterolgehalte in randomized controlled trials gepaard ging met een (relatief geringe) daling van morbiditeit en mortaliteit aan coronaire hartziekten.⁵ Ook toen al was er twijfel,⁶ hetgeen er mede toe heeft geleid dat in de NHG-standaard een afhoudender beleid wordt geadviseerd dan in de herziene cholesterolconsensus van het CBO. Het belangrijkste motief voor het maken van de standaard over cholesterol was niet wetenschappelijk. Alom werd de noodzaak gevoeld tot het opwerpen van een dam tegen de sterk wassende stroom van pressiegroepen die zaken bepleitten als 'know your number', cholesterolscreening in de huisartspraktijk met behulp van nieuwe, gemakkelijk te bedienen meetapparatuur, en een 'probleemloze' behandeling met zojuist op de markt verschenen cholesterol-syntheseremmers. De behoefte aan richtlijnen was groot en daarin heeft de standaard naar onze mening op zo goed mogelijke wijze voorzien.⁷ De huidige twijfel over het effect van interventie op cholesterol zijn nog niet duidelijk genoeg om het beleid in de NHG-standaard nu al te wijzigen. Daarvoor is meer uitgebreide bevestiging van de gerezen vermoedens noodzakelijk: een normale wetenschappelijke eis.

S. Thomas,
Hoofd afdeling standaardenontwikkeling,
mede namens T. van der Weijden en dr. A. Prins, leden van de Standaardenwerkgroep Cholesterol.

- 1 Thomas S. Afstemming consensusrichtlijnen en standaarden. *Med Contact* 1991; 46: 1357-60.
- 2 Strandberg TE, Salomaa VV, Naukkarinen VA, et al. Longterm mortality after 5 year multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged men. *JAMA* 1991; 266: 1225-9.
- 3 Davey Smith G, Pekkanen J. Should there be a moratorium on the use of cholesterol lowering drugs? *Br Med J* 1992; 304: 431-4.
- 4 Ravnskov U. Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome. *Br Med J* 1992; 305: 15-9.
- 5 Van der Weijden T. Wetenschappelijke achtergronden bij de NHG-Standaard Cholesterol. Een literatuuroverzicht. *Huisarts Wet* 1992; 35: 90-6.
- 6 Muldoon MF, Manuck SB, Matthews KA. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. *Br Med J* 1990; 301: 309-14.
- 7 Wiersma T. Overwegingen bij de NHG-Standaard Cholesterol. *Huisarts Wet* 1992; 34: 92-100.

Preventie van osteoporose

Na lezing van de overwegingen op grond waarvan het NHG de tijd nog niet rijp acht voor een standaard over preventie van osteoporose,¹ en het interessante, goed onderbouwde commentaar van Van Veen,² blijf ik met een enigszins onbevredigd (preventief) gevoel achter. Ik deel de twijfel aan de gefundeerdheid van screening met botdensitometrie bij alle vrouwen rond de menopauze en het aanbevelen van oestrogeengebruik op geleide van die screeningsuitslag. Ook kan ik me voorstellen, dat de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) in meerderheid de tijd nog niet rijp acht voor complete richtlijnen in de vorm van een standaard. Er bestaat echter bij veel huisartsen behoefte aan steun bij het omgaan met dit probleem, dat bovendien toeneemt door een toename van het aantal met osteoporose samenhangende fractures. Ook patiënten zullen om een standpunt van de huisarts over preventie van osteoporose vragen.³

Ik kan mij dan ook niet vinden in de slotzin van de toelichting van Wiersma & Lagro-Janssen, waarin zij stellen dat er, gezien de huidige stand van zaken, op dit gebied geen reden voor onzekerheid is voor huisartsen en patiënten. Ik vind dat patiënten en huisartsen zich best wat onzeker mogen voelen en zich zorgen mogen maken over osteoporose en de consequenties daarvan. Als uitvloeisel daarvan denk ik dat de huisarts een belangrijke, aanvullende rol kan spelen bij de primaire preventie van osteoporose, in de zin van persoonlijke voorlichting over leefwijze en risicofactoren. Dat hoort zeker niet alleen tot het domein van GVO en politiek.

Bovendien zie ik zeker ook een taak voor de huisarts bij secundaire preventie bij duidelijke risicogroepen, zoals vrouwen met een vroege menopauze en/of met een positieve familie-anamnese ten opzichte van osteoporotische complicaties. In dergelijke gevallen mag een aanbod tot preventief handelen en overleg daarover mijns inziens niet ontbreken. Daarvoor is, net zoals bij de begeleiding van andere risicofactoren als hypercholesterolemie en hypertensie, een sluitende registratie van relevante risicofactoren op de patiëntenkaart van iedere volwassene een basisvoorwaarde.

Nog geen standaard over een grootschalige benadering van osteoporose? Momenteel akkoord, maar dat betekent niet, dat het NHG nu geen taak zou hebben bij het adviseren van zijn leden op dit moeilijk begaanbare preventieve terrein.

J.A.E. van der Feen
's Heer Arendskerke

- 1 Wiersma T, Lagro-Janssen ALM. Preventie van osteoporose. Voorlopig te broos voor een NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1992; 35: 428-9.
- 2 Van Veen WA. Hormonale substitutietherapie en screening op osteoporose [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1992; 35: 410-3.
- 3 Moors JPC, Sips AJBI. Voorkomen van fractures door osteoporose. Een uitdaging voor huisarts en patiënte? *Huisarts Wet* 1986; 29(suppl 10): 30-2.

Naschrift

Omdat preventief ingrijpen aan strikte voorwaarden ten aanzien van effectiviteit en veiligheid moet voldoen, is het nog te vroeg voor een standaard over de preventie van osteoporose. Zowel de effectiviteit van oestrogeentherapie op lange termijn als de veiligheid van langdurig gebruik zijn voor preventieve doeleinden onvoldoende bewezen. Voorts is de voorspellende waarde van de risicofactoren gering; er zijn dus geen 'duidelijke risicogroepen'. Formeel adviseert de NHG-Adviesraad Standaarden alleen over het maken van standaarden. Ons inziens wordt het probleem echter niet anders door de op te stellen adviezen van een andere naam te voorzien en ze incompleet te noemen.

Resteert de vraag hoever de preventieve activiteiten van de huisarts zich dienen uit te strekken. Of het bedrijven van primaire preventie bij hele bevolkingsgroepen tot de taak van de huisarts behoort, is omstreden en kan alleen worden uitgemaakt door een algemene discussie over preventie door de huisarts. De Adviesraad Standaarden is vooralsnog van mening dat deze activiteit niet tot de taak van de huisarts behoort.

Het zij toegegeven: onder preventieve gevoelens gaan we niet gebukt. De geschiedenis van de geneeskunde leert echter dat het verstandig is deze gevoelens te bezweren door in elk geval iets te gaan doen. Dat bevestigt slechts de overwaardering van actief ingrijpen in de geneeskunde. Een en ander neemt niet weg dat de huisarts desgevraagd kan wijzen op de zin van voldoende calciuminname en beweging.

Van der Feens slotzin kan geheel op onze instemming rekenen: we dachten beide artikelen deze taak toe.

Tj. Wiersma
A.L.M. Lagro-Janssen