

Visie (1)

Ik kan mij volledig vinden in de teleurstelling van Zaat omtrent de uitkomst van de nieuwe conceptvisie op de huisartsenzorg (H&W 2002;45(5):230-1) De kracht van de huisartsenzorg ligt vooral in de opbouw van een totaal overzicht in de continuïteit van de ziektegeschiedenis, de bewaking van een steeds zuiverder bijgesteld risicoprofiel, waardoor een steeds trefzekerder inschatting van de aard, de ernst en de omvang van ziekteprocessen en hun prognose kan worden bereikt. Wij zijn goed in snelle triage en de inschatting van morbiditeit en uiteindelijk nog in gezinsprocessen/gezinsgeneeskunde, de sociale context en functionele beperkingen. Als we ons laten verwanselen tot een gratis eerstelijns preventievoorziening, gerund door via de DHV en zorgverzekeraars aangestuurde hbo-praktijkverpleegkundigen, dan is het hek van de dam en worden wij gereduceerd tot een uitstervende, ooit zeer breed georiënteerde, maar te idealistische soort projectambtenaren.

André Smit

Visie (2)

Met de inhoud van het commentaar op de *Visie op de Huisarts* (H&W 2002;44(5):230-1) ben ik het geheel eens. Toen ik de eerste bijeenkomst van het NHG hierover in het KNMG-gebouw bijwoonde, kreeg ik uit de discussie al de indruk die in het rapport *Huisartsenzorg 2012* wordt bevestigd: een rapport over organisatie, niet zozeer over de wezenlijke taak van de huisarts en zijn relatie tot de patiënt en beider plaats in de samenleving. Als NHG-lid met bijna 56 'dienstjaren' waarvan 13 jaar als adviserend bestuurslid herinner ik mij maar al te goed de jaren zeventig waarin een bevlogen voorhoede – de 'gideonsbende' – in zijn idealistische ijver als kopgroep vaak de richting van het grote peloton van huisartsen uit het oog verloor. Gaat dit nu weer gebeuren? Gelukkig zie ik ook in de huidige generatie

huisartsen mensen die ondanks de bureaucratische regelgeving nog plezier in het vak hebben in dezelfde kritische geest waarin Frans Huijgen ons Genootschap leidde. Ook in het recente artikel van Ruut de Melker in *Medisch Contact* van 5 april 2002 pleit hij ervoor dat de huisarts zich richt op de wezenlijke kerntaken (immers het meesterschap komt tot uiting in de beperking) en dat LHV en NHG een wetenschappelijk gefundeerd tegenwicht bieden tegen de hoge verwachtingen die media en topgeneeskunde wekken. Met De Melker zeg ik: beroepstrots kan niet worden opgelegd, maar moet wel worden bevorderd door haalbare, duidelijke en goed gemotiveerde keuzen.

H. Roelink

Leren met verouderde kennistoetsen en standaarden?

In het meinummer van H&W¹ staat een storende fout in de kennistoets. Op de vraag welke diagnostiek een huisarts naar een chlamydia-trachomatis(CT)-infectie bij een 32-jarige man met urethritisklachten laat verrichten, wordt een ELISA-test als 'juist' antwoord gegeven. Dit is volstrekt verouderde informatie. Amplificatietests zoals PCR en LCR zijn al jaren standaard bij CT-diagnostiek omdat deze veel sensitiever en specifiek zijn dan ELISA of kweek. Twee jaar geleden werd in het *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde* de huisartsen al onwetendheid over CT-diagnostiek verweten omdat 80% abusievelijk de 'kweek' als diagnostische test rapporteerde.² Bij het (vermeend) 'juiste' antwoord van de kennistoets over deze urethritiscasus bij een man wordt vreemd genoeg verwezen naar de NHG-Standaard voor vrouwen met fluor vaginalis (1996). Veel verder zou men overigens niet gekomen zijn als men gezocht had in de NHG-Standaard Urethritis (1996). Ook deze bevat sterk verouderde informatie, raadt diagnostiek af en wijkt af van de actuele multidisciplinaire soa-richtlijn zoals onlangs gepubliceerd door het CBO-kwaliteitsinstituut van de zorg.³

Het is niet wenselijk om huisartsen met verouderde kennistoetsen en standaarden de illusie te geven up-to-date te zijn. Indien standaarden meer dan vijf jaar oud zijn, of ongefundeerd afwijken van recente professionele en evidence-based multidisciplinaire richtlijnen, is kritische herziening nodig. Ook dat is kwaliteitsmanagement van de beroepsgroep.⁴

Jan van Bergen

- 1 Kennistoets. *Huisarts Wet* 2002;45(5):266,272.
- 2 Henquet CJM, Jansen MWJ, Buwalda PJS, et al. *Seksueel overdraagbare aandoeningen in Limburg in 1997*. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144(13):606-612.
- 3 Wittenberg J, Van Bergen JEAM, Bleker OP, et al. *Nieuwe CBO-richtlijn SOA en herpes neonatorum*. *SOA-bulletin* 2002;23(1):4-6.
- 4 Van Bergen JEAM. *Nieuwe CBO-soa-richtlijn voor de praktijk (redactioneel)*. *SOA-bulletin* 2002;23(1):3.

Antwoord 1

Wij danken collega Van Bergen voor zijn reactie op de kennistoets. Wij hadden vragen over soa in de kennistoets opgenomen, omdat wij menen dat soa een belangrijk onderwerp voor huisartsen zijn. U heeft gelijk dat het uit educatief oogpunt juist was geweest om de ELISA te vervangen door de moderne(re), valide en betrouwbare PCR- of LCR-testen. Naar de letter genomen is het antwoord op de vraag correct: een van de voordelen van zowel de ELISA als de recent gangbaar geworden PCR en LCR ten opzichte van de kweek zijn de minder strenge eisen die gesteld hoeven te worden aan het transport. De vraag was niet of het afnemen van de ELISA-test in dit verband het enig juiste beleid was. Als makers van de kennistoets hanteren wij het uitgangspunt dat de (Nederlandse) referenties bij voorkeur niet ouder mogen zijn dan vijf jaar. Wij vragen niet naar kennis die korter dan een half jaar geleden is gepubliceerd omdat kennis eerst geconsolideerd moet zijn voordat deze getoetst kan worden. Als toevoeging bij de NHG-Standaard was de nieuwe CBO-richtlijn SOA en herpes neonatorum welkom geweest; de tijd tussen publicatie van deze richtlijn in het

soabulletin en de voorbereidingstijd van publicatie van deze kennistoets H&W stond afstemming echter in de weg.

Margriet Bouma,
huisarts, NHG
Wilma Spinnewijn,
huisarts, SVUH

Antwoord 2

Het is belangrijk om uit het veld signalen te krijgen over aspecten van standaarden die verbeterd kunnen worden. Er is altijd een spanningsveld tussen de mate van actualiteit en de grondigheid waarmee NHG-Standaarden worden gemaakt. Wij hadden ons al gerealiseerd dat een aantal soa-gerelateerde standaarden aan herziening toe zijn en hebben deze voor het volgende jaar al ingepland. Dit jaar is prioriteit gegeven aan de GGZ-gerelateerde standaarden en aan standaarden met een spoedeisende component, aansluitend bij NHG-thema's voor dit jaar. Wij hantieren momenteel de stelregel dat een standaard bij voorkeur niet ouder mag zijn dan vijf jaar. Daarnaast probeert het NHG een betere afstemming tussen actualisaties van NHG-Standaarden en (actualisaties van) multidisciplinaire (vaak CBO-)richtlijnen te bereiken. Ook werken we aan een verdere verbetering van de methodologie en transparantie van de standaarden. Hier zal de gebruiker helaas nog niet direct het resultaat van zien. De productietijd van een standaard is van begin tot eind vaak anderhalf tot twee jaar.

Wij nodigen collega Van Bergen van harte uit om zitting te nemen in een van de werkgroepen voor een standaard. Ook andere belangstellenden zijn vanzelfsprekend welkom: een veelheid aan, ook niet-soa, onderwerpen staat in de steigers. Een kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde zonder actuele standaarden is gelukkig nog steeds ondenkbaar. Het NHG kan de hulp van enthousiaste huisartsen voor werkgroepen daarbij best gebruiken.

Pim Assendelft, hoofd Richtlijnontwikkeling
en Wetenschapsbeleid NHG
Arno Timmermans,
medisch directeur NHG

Twijfel aan het nut van borstkankerscreening – een omgekeerde preventieparadox?

Raymond Giard schrijft zijn commentaar op de Cochrane-studie over borstkankerscreening rond de vraag 'Wat adviseert u als huisarts aan een vrouw die aarzelt of ze zich wel zal laten screenen?' (Huisarts Wet 2002;45(03):110-2).

Ik acht die vraagstelling belangrijk, maar vind deze in het commentaar onvoldoende besproken: de meeste informatie en argumentatie betreft het nut van borstkankerscreening *op populatieniveau*: het gaat bijvoorbeeld over opkomstpercentage, de 45% borstkankers buiten de screeningsleeftijd, de te lage sterftereductie, de vraag of screening verantwoord is bij wetenschappelijke twijfel over het effect en de nadelige effecten van behandeling. De *individuele patiënte* heeft aan deze informatie geen houvast in haar beslissingen over screening op, en diagnostiek en behandeling van borstkanker. Voor haar zijn er volgens mij twee overwegingen bij de vraag of zij zich zal laten screenen:

- 1 Wil ik nadere diagnostiek bij een positief screeningsresultaat?
- 2 Wil ik een eventueel kanker laten behandelen?

Deze vragen worden zowel door dokter als door patiënte bijna altijd positief beantwoord en de relativiserende argumenten hierover van Giard (te agressieve chirurgie, vergroot risico op HVZ na bestraling) zullen daar geen verandering in brengen. Logischerwijs betreffen de overblijvende argumenten voor de individuele patiënte dan nog de kans om nu bij deze screening borstkanker te vinden en de schade/belasting van dit onderzoek: met name de fout-positieve uitslagen en bijbehorende overdiagnostiek.

Juist over deze zaken is het commentaar weinig expliciet. Voor zover ik heb nagegaan is 1,3% van de screeningsuitslagen positief en wordt bij de helft daarvan ook een carcinoom vastgesteld.

Waar Giard terecht stelt dat er 1000 vrouwen gescreend moeten worden om één leven te sparen, is voor de individuele

patiënte de afweging veel minder somber (zij het nog steeds niet rooskleurig), namelijk een globale kans van 1 op 140 dat een borstkanker vroegtijdig opgespoord wordt. Deze discrepantie – tussen het epidemiologisch zeer geringe effect en de gunstiger te waarderen kansen voor het individu – lijkt mij het spiegelbeeld van de zogenaamde preventieparadox, waarbij duidelijk positieve effecten op populatieniveau voor de individuele patiënt verwaarloosbaar klein blijken.

F. Schreuder

Antwoord

De reactie van collega Schreuder is grotendeels al beantwoord in mijn stuk van H&W 2002(6). De vraag óf borstkankerscreening zinvol is, kan alleen afgemeten worden aan een serieuze eindmaat, de daling van de sterfte. Wat er allemaal boven water wordt gehaald met screening, hoe vaak iemand nader onderzocht en geopereerd moet worden en hoe vaak het daarbij om carcinomen gaat, zijn kwaliteitsmaten voor de screening, maar beantwoorden de vraag naar zinvolheid niet. De uiteindelijke winst van screening in een *low risk* bevolking is te laag om deze te rechtvaardigen en daarom zal het bevolkingsonderzoek uiteindelijk plaats gaan maken voor gericht onderzoek bij vrouwen met een verhoogd risico. Dan nog moet het effect goed worden onderzocht en zal hetzelfde gelden als bij populatiescreening: slechts een deel zal er baat bij hebben.

Raimond Giard

Pijn op de borst

In hun literatuuroverzicht *Pijn op de borst* (H&W 2002;45:259-64) melden Van Weert et al. dat risicofactoren minder belangrijk zijn voor (het anamnestiche deel van) de diagnose bij deze klacht. Zij noemen die factoren met name, maar in deze opsomming miste ik de met cardiale ischemie en/of myocardinfarct belaste familie-anamnese ('overall', dus niet alleen familiale hyperlipidemie). Is die ook 'minder belangrijk'? Kunnen zij hun uitdrukking