

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 opkomstpercentages, 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