

Zonder bewijs screenen op prostaatkanker

Veel mannen vragen en krijgen een PSA-bepaling om prostaatkanker op te sporen, terwijl de effectiviteit van screening niet aangetoond is. Amerikaanse onderzoekers keken naar de motieven die artsen en patiënten hiervoor kunnen hebben. Mannen zijn blij met een negatieve testuitslag, terwijl mannen met een positieve testuitslag het wel vervelend vinden om nader onderzoek te ondergaan, maar vervolgens dankbaar zijn wanneer zij geen prostaatkanker blijken te hebben of de diagnose in een vroeg stadium gesteld is. Daarom kunnen artsen ook zo gemakkelijk instemmen met het verzoek om screening: de patiënt is altijd tevreden. Niet op een verzoek ingaan kost bovendien tijd en kan leiden tot een klacht wanneer later toch prostaatkanker wordt gevonden, ongeacht of dit een klinisch relevante tumor is.

Bij de behandeling zal men ook snel kiezen voor een agressieve benadering: niets doen is moeilijk bij een diagnose (prostaat)kanker, hoewel deze afweging wel door recente literatuur wordt onder-

steund. Voor de dokter geldt dat er niets te verliezen is: 'geneest' de patiënt, ten koste van bijvoorbeeld impotentie en incontinentie, dan zal de patiënt dit de dokter niet kwalijk nemen; wanneer de tumor toch doorgroeit, is tenminste alles gedaan om dit te voorkomen.

Dokters en patiënten kunnen eenvoudig niet door hun ervaring merken dat vroege opsporing en agressieve behandeling niet effectief of overbodig zijn. Bij het maken van een keuze wordt vaak de noodzaak en effectiviteit van screening overschat. Daarnaast zal alleen een keuze om wel te screenen altijd een positief gevoel kunnen geven. De onderzoekers pleiten er terecht voor dit te overwegen bij het maken van een keuze om wel of geen PSA-bepaling te doen, zodat de keuze niet bij voorbaat (onterecht) gericht is op interventie. (MB)

Ransohoff DF, et al. *Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feedback.* *Am J Med* 2002;113:663-7.

Als ie maar echt luistert...

Aan de andere kant van de Noordzee bestaan centrale dienstenstructuren al wat langer dan hier. Er is zelfs al een begin gemaakt met vraaggericht werken, door wetenschappers tenminste. Er werd gezocht naar wat patiënten het belangrijkste vinden bij *out of hour services*. In dit geval ging het om ouders van een kind met luchtwegklachten die onlangs een huisarts of een huisartsenpost bezochten. Zij moesten steeds kiezen uit series van twee verschillende situaties. Daarin varieerden de volgende factoren steeds: een huisartsenpost ver van of dichtbij een EHBO, lange of korte wachttijd, een huisarts die wel of niet leek te luisteren en het al dan niet geholpen worden door een bekende dokter. Na flink wat statistiek resulteerde dit in... U raadt het waar-

schijnlijk al: een luisterende dokter wordt het belangrijkste gevonden. Ook hier wordt de discussie bij patiënten wellicht ook gevoed door het idee niet goed gehoord te worden in de huidige organisatiestructuren.

Laten we een ook door patiënten hogelijk gewaardeerde en belangrijke huisartsgeneeskundige kwaliteit niet ondersneeuwen in ons streven naar efficiënt werken? Wellicht ook belangrijk voor de dokters-assistentes die in de frontlinie van de doktersposten werken. (ER)

Scott A, et al. *Eliciting preferences of the community for out of hours care provided by general practitioners: a stated preference discrete choice experiment.* *Soc Sc & Med* 2003;56:803-14.

Ruiken en primaire preventie

Het meten van de bloeddruk bij 60-jarigen is geen handige manier om risico's op te sporen, zo concluderen Veerman et al. (pagina 187). Dat is een belangrijke bevinding. Even aan iemand sniffen om te weten of-ie-rookt, levert meer op dan het meten van de bloeddruk. Het controleren van de bloeddruk bij 60-plussers blijkt een zeer inefficiënte manier om hoogrisicodragers op te sporen. De LHV-ledenvergadering verwees destijds het hart- en vaatziektedeel van *Preventie Maatwerk* naar de prullenbak om weinig inhoudelijke redenen, hoewel die er toen ook wel degelijk waren.¹ Langzaam klinken er weer geluiden in de LHV en het NHG om de systematische preventie van hart- en vaatziekten in ere te herstellen. Het NHG beraadt zich binnen het bureau en bestuur over de noodzaak van preventie door de huisarts; de LHV weet nog niet zo goed wat ze er mee moet: huisartsen moeten preventie wel aanbieden, maar het wordt geen kerntaak. Het valt te hopen dat beleidsmakers kijken naar het beschikbare bewijs voor de te kiezen strategie. Misschien kunnen ze iets leren van praktisch onderzoek zoals dat van Veerman, maar de geschiedenis geeft ons weinig hoop. Die staat bol van weinig onderbouwde keuzen, of het nu om kankerscreening of screening op risicofactoren gaat. (JZ)

1 Boot K, Meijman FJ. *Systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk is niet zinvol.* *Huisarts Wet* 1999;42:341-6.

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg-nl.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Marco Blanker, Peter Lucassen, Frans Meulenberg, Eric van Rijswijk, Henk van Weert en Joost Zaat.