

de interventiegroep als de controlegroep gesuppleerd werden met vitamine D werden ingesloten, mits de dosis lager was dan 400 IU per dag.

Resultaten De auteurs vonden 15 onderzoeken met in totaal 1806 proefpersonen, waaronder 953 vrouwen die met calcium gesuppleerd werden. In 5 onderzoeken met in totaal 576 proefpersonen was naast de botdichtheid ook de incidentie van wervelfracturen onderzocht. In twee onderzoeken werd ook de incidentie van andere dan wervelfracturen gemeten. Uitgedrukt als gepoold relatief risico was er een statistisch niet-significante trend naar minder wervelfracturen in de behandelde groep (RR 0,79; 95%-BI:0,55-1,13). Het aantal overige fracturen in de twee betreffende onderzoeken was te laag om er een conclusie uit te kunnen trekken (gepoolde RR 0,86; 95%-BI 0,43-1,72). De botmineraaldichtheid (BMD) werd in meerdere delen van het skelet gemeten; de lumbale wervelkolom (9 onderzoeken), de heup (8 onderzoeken), de pols (6 onderzoeken) en het totale skelet (4 onderzoeken). Alle vier verschillende BMD-metingen lieten een klein, maar statistisch significant effect zien op de BMD. Bij 3 van de 4 metingen werd geen relatie gevonden tussen de grootte van het effect en de duur van de behandeling. Het effect van de calciumsuppletie op botverlies uit de wervelkolom was statistisch significant gerelateerd aan de duur van de suppletie met een kleiner en niet-significant effect in het derde en vierde behandeljaar. Uitgedrukt als percentage van de begin-

waarde bedroeg het gewogen gemiddeld effect van de calciumsuppletie 2,05% (95%-BI 0,24-3,86) voor het gehele skelet, 1,66% (95%-BI 0,92-2,39) voor de lumbale wervelkolom na 2 jaar suppletie, 1,13% (BI -0,11-2,38) voor de lumbale wervelkolom na 3-4 jaar suppletie, 1,6% (95%-BI 0,78-2,41) voor de heup en 1,91% (95%-BI 0,33-3,5) voor de pols. De onderzoeksresultaten van de onderzoeken waren statistisch significant verschillend. Dit werd niet verbeterd indien er gecorrigeerd werd voor de duur van de postmenopauze, de hoeveelheid calcium in het supplement, de tijd sinds de menopauze en het calciumgehalte van het dieet.

Conclusie De auteurs concluderen dat calciumsuppletie bij postmenopauzale vrouwen een gunstig effect heeft op botverlies. Het effect van calciumsuppletie op de incidentie van fracturen blijft onduidelijk.

Commentaar

Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat er een exponentiële relatie bestaat tussen de incidentie van heupfracturen en de botmineraaldichtheid. Dit betekent dat kleine veranderingen in de botdichtheid van de bevolking een groot effect zouden kunnen hebben op de incidentie van fracturen. De auteurs merken terecht op dat het door hun gevonden kleine effect maatschappelijk gezien zeer belangrijk zou kunnen zijn. Calciumsuppletie is een goedkope interventie met weinig bijwerkingen. Dit betekent dat het effect niet erg groot hoeft te zijn om kosteneffectief

te zijn. Over de effect van calciumsuppletie op fracturen is echter nog te weinig bekend, laat staan over het nut op individueel niveau. Met deze review zijn we dus niet veel opgeschoten.

Theoretisch dient de calciuminname het obligate calciumverlies te compenseren om het geen aanleiding te geven tot botverlies. De calciumabsorptie is zeer variabel. Zowel bij jeugdigen (vanaf 9 jaar) als bij volwassenen en ouderen lijkt een inname van 1000-1200 mg per dag voldoende om dit te bereiken. Dit wordt door ongeveer twee derde van de volwassenen en ouderen in Nederland gehaald. Er zijn aanwijzingen dat bij sterk verlaagde calciuminneming het risico op fracturen verhoogd is. Zowel de NHG-Standaard als de CBO-richtlijn adviseert een calciuminname met de voeding in deze orde van grootte en adviseert gezonden calciumsupplementen te gebruiken als een inname van meer dan 500 mg per dag niet gehaald wordt.^{1,2} Tijdens corticosteroïd-gebruik, bij osteoporotische fracturen en bij patiënten die medicamenteus behandeld worden voor osteoporose dient de calciuminname minimaal 1000-1200 mg te bedragen. Deze review geeft geen aanleiding om dit advies te veranderen.

Petra Elders

1 Elders P, Van Keimpema JC, Petri H, Matser A, Pigmans V, Bolhuis A, et al. NHG-Standaard Osteoporose. Huisarts Wet 1999;42:115-28.

2 CBO. Tweede Herziening Richtlijn Osteoporose. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2002.

Boeken

Palliatieve zorg

Verkerk M, Hartoung R, redactie. *Ethiek en palliatieve zorg*. Assen: Van Gorcum, 2003. 175 pagina's, € 25,50. ISBN 90-232-3958-X.

Wie denkt dat ethiek saai kost oplevert, ervaart in deze bundel het tegendeel: elf beschouwingen over ethiek en palliatieve zorg worden op smakelijke wijze opge-

diend. In het *Ten geleide* introduceren de auteurs de thema's van de komende hoofdstukken op een uitnodigende manier aan de hand van een casus uit de praktijk. Elk hoofdstuk eindigt met een concrete suggestie voor persoonlijke reflectie over het betreffende onderwerp. Het boek kwam tot stand naar aanleiding van een onderzoeksproject van de Centra voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg.

In het eerste deel *Onderzoek in de palliatieve zorg* komt onder andere het invasieve karakter van kwalitatief onderzoek bij patiënten in deze levensfase aan bod en de morele dilemma's die dat met zich meebrengt.

In het tweede deel *Patiënten en hun naasten* worden morele vragen geformuleerd die aan de orde komen bij palliatieve zorg voor kinderen. Respect voor autonomie,

hoop en vertrouwen zijn hier kernwoorden, die aan de hand van uitspraken van ouders en behandelaars concreet worden gemaakt. Het hoofdstuk *Een goede dood* laat het perspectief van de terminale patiënt zien en zet de lezer aan het denken over normatieve ideeën omtrent goed sterven.

Het derde deel gaat over de zorgverlener. In het hoofdstuk *Emoties en verlangens van patiënten in de palliatieve zorg* worden vijf soorten zorgverlenersmodellen (bijvoorbeeld het paternalistische en het informatieve) gepresenteerd. Op een boeiende manier wordt zichtbaar gemaakt wat de patiënt hier nu wel of niet aan heeft. Dit geeft de lezer de gelegenheid te reflecteren over de voordelen en beperkingen van het eigen gehanteerde model. Het laatste deel, *Morele overwegingen in de palliatieve zorg*, opent met een onderzoek naar morele problemen in de dagelijkse praktijk. Bij complexe problematiek is er de mogelijkheid van een 'moreel beraad'. Deze methode, die ontwikkeld is in Nijmegen, wordt stapsgewijs uitgelegd. Kortom, alle hoofdstukken zijn informatief en dragen bij aan de leesbaarheid van deze bundel. Voor iedereen die in zijn/haar werk met palliatieve zorg te maken heeft!

Marijse Koelewijn

CBO-richtlijn Aspecifieke lage-rugklachten

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten*. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications, 2003. 152 pagina's, € 16. ISBN 90-76906-58-0.
(te downloaden via <http://www.cbo.nl>)

Als huisarts vraag ik me af welke onderzoeken in de spreekkamer bijdragen aan de 'diagnose' bij lage-rugpijn en welke factoren de prognose en therapiekeuze bepalen. Antwoord op die vragen hoop ik straks te vinden in de vernieuwde NHG-Standaard. Tot die tijd is er de CBO-richtlijn, die totstandgekomen is in samenwerking met 22 beroepsverenigingen en werkgroepen op initiatief van de

Nederlandse Orthopedische Vereniging en het CBO.

De kracht van zo'n richtlijn is natuurlijk dat alle literatuur op wetenschappelijke waarde is beoordeeld. Maar vervolgens blijkt het moeilijk om uit de grote hoeveelheid informatie voor de praktijk toepasbare en eenduidige aanbevelingen te destilleren. We – alle betrokken behandelaren en de NPCF – moeten tegen patiënten en tegen elkaar hetzelfde zeggen over onderzoek, prognose, voorkomen van chroniciteit, en dergelijke. Het is de vraag hoe je de aanbevelingen uit de richtlijn overbrengt aan de patiënt die gewend is dat echt alles met fysiotherapie kan worden opgelost.

Sterk in deze consensus is het gebruik van rode en gele vlaggen als het gaat om de factoren van de diagnostische fase, namelijk de lichamelijke afwijkingen, aard van de klachten, de emotionele reactie, cognitie en attributie en ten slotte het gedrag van de patiënt.

Deze richtlijn beschouwt – in tegenstelling tot de NHG-Standaard uit 1996 – klachten die langer dan 6 weken bestaan als chronisch. De afstemming met de Arbodiensten zou hier beter op moeten aansluiten.

Het natuurlijke beloop van de klachten wordt op pagina 24 iets te optimistisch beschreven als 'gunstig': van de patiënten die de huisarts bezoeken, heeft twee derde na vier weken nog last en na zes weken nog de helft. In ongeveer 50 tot 80% van de gevallen recidiveren de klachten in minder ernstige vorm binnen een jaar.

Op pagina 33 staan overwegingen om patiënten een röntgenonderzoek te onthouden. Natuurlijk heb je altijd de vrijheid om wél een röntgenfoto te maken. Daarbij mis ik verzekeringstechnische bezwaren en problemen mocht er iets 'gevonden' worden dat later eventueel tegen een patiënt gebruikt kan worden bij aanvraag van een verzekering.

Dit boekje, en zeker de bijgevoegde handige samenvatting op NHG-Standaard-formaat, kan een grote bijdrage leveren aan nieuw beleid, niet alleen voor de patiënt maar zeker ook voor de huisarts.

Peter Wessels

Beter diabetes

Rutten GEHM, Elte JWF. *Diabetes mellitus in de huisartspraktijk. Practicum huisartsgeneeskunde. Een serie voor opleiding en nascholing*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2003. 92 pagina's, € 21. ISBN 90-352-2523-6.

Het lezen van dit boekje is een prima manier om aan de hand van casuïstiek met de NHG-Standaard vertrouwd te raken. Het leest erg prettig, is mooi gestructureerd en zeer informatief. Terwijl aan alle belangrijke aspecten van diabetes aandacht wordt geschonken onttaardt dit nergens in onterecht agressieve diagnostiek-, therapie-, of follow-upadviezen. Het lukt de schrijvers goed om steeds een afgewogen middenkoers te varen.

De twaalf hoofdstukjes behandelen diagnostiek, voorlichting, therapietrouw, microalbuminurie, overzetten op insuline, hyperglykemische ontregeling, hypoglykemisch coma, complicaties, diabetische voet, seksuologische problematiek, beleid bij zwangerschap en tot slot zwangerschapsdiabetes.

Behandeling van diabetes wordt in dit boek tamelijk impliciet gesplitst in twee categorieën. De eerste is de behandeling van de klachten en complicaties die samenhangen met sterk verhoogde glucosespiegels en metabole ontregeling. En de tweede is het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten dat bij diabetes altijd sterk verhoogd is. Deze splitsing had nog wel wat explicieter mogen zijn.

De diabetische voet krijgt veel aandacht. Terecht, want dit is een weliswaar vrij zeldzame, maar relatief vaak tot amputatie leidende aandoening die met tijdig in gang gezet, zorgvuldig beleid beter zou kunnen aflopen.

Onbesproken blijft dat tegenwoordig de verspreiding van de zorg voor diabetespatiënten over huisarts, praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige, doktersassistente, diabetesdienst van het regionale laboratorium, diëtist, oogarts, geconsulteerde internist en eventueel de polikliniek vasculaire geneeskunde nog wel