

Screenen op osteoporose?

Het is niet toegestaan om patiënten in de huisartsenpraktijk te screenen op een bepaalde kwaal als daar straling bij te pas komt. Volgens de Wet op het Bevolkingsonderzoek heeft dergelijk onderzoek goedkeuring van de minister. Die laat zich daartoe adviseren door een commissie van de Gezondheidsraad.

Nu doet de Stichting Osteoporose Case-finding Nederland al sinds 2002 onderzoek naar osteoporose in 372 huisartsenpraktijken. Met een botdichtheidsmeting (DEXA), en dus met straling. De Gezond-

heidsraad heeft gekeken of het onderzoek naar wetenschappelijke maatstaven deugdelijk is. En dat blijkt niet het geval te zijn.

De NHG-Standaard Osteoporose geeft aan dat een botdichtheidsmeting zinvol kan zijn bij een wervelfractuur, of bij een andere fractuur bij een vrouw boven de 50 jaar. De stichting adviseerde een DEXA-meting op grond van andere risicofactoren, zoals een laag lichaamsgewicht, malabsorptie of een vroege menopauze. De risicoscoretabel uit de standaard is

echter bedoeld als hulpmiddel voor de huisarts, niet als screeningsinstrument. En tot slot: het is nooit bewezen dat screening effectief is om latere fracturen te voorkomen.

Kortom, het mag niet van de Gezondheidsraad, en het is nergens goed voor. Behalve misschien voor die stichting? (TVE)

Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: screening op osteoporose. Den Haag: Gezondheidsraad 2007; publicatienr. 2007/04WBO.

De ethiek van XXLarge: lof der matigheid



Foto: Serge Ligtenberg/Hollandse Hoogte

Het alsmat uitdijende obesitasprobleem leidt tot allerlei ethische vragen over schuld, schande, schade, schaamte en schoonheid. Deze werden recentelijk door Inez de Beaufort belicht in de Erasmus MC-lezing.

Dikke mensen worden gemakkelijk gehouden voor lui en moreel slap. Een dik uiterlijk is lelijk en met het innerlijk zal het wel net zo zijn. Dikkerds zijn ook asociaal, want ze jagen anderen op kosten. Daarnaast staan ze omdat ze hun omvang niet kunnen verbergen, voortdurend bloot aan misprijzende blikken.

Met de schuldvraag moeten we voor-

zichtig omgaan. Is het de schuld van een samenleving waarin maaltijden de tussendoortjes van tussendoortjes zijn geworden? Zijn dikkerds slappelingen? Of is dik worden simpelweg een noodlot?

Een gemakkelijke oplossing is er niet, omdat we moeten manoeuvreren tussen de vrijheid om de eigen levensstijl te kiezen en de bescherming van degenen die dat niet kunnen. Uiteindelijk gaat het erom mensen te overtuigen dat een gezonde levensstijl in hun eigenbelang is. Ondertussen moet de samenleving de hindernissen voor een gezond leven te bestrijden. Het individu krijgt het advies

om te streven naar een evenwicht tussen bewegen en stilstaan bij wat je eet. De Beaufort noemt dit, hoe kan het ook anders in een Erasmuslezing, de Lof der matigheid. Hierbij hoort de kunst van het genieten. Want genieten is een kunst die controle, zelfbeheersing en aandacht veronderstelt, maar die gelukkig wel is gelardeerd met een vleugje zonde. Geen seksuele onthouding maar de kunst van het goed minnaarschap. Gewichtsproblemen komen deels door gedachteloos schrokken en schransen.

De achterbankgeneratie moet meer bewegingsvrijheid krijgen. Leer kinderen om te proeven, om smaken te waarderen, om eten te respecteren en vooral om ervan te genieten. Dat draagt bij aan de beheersing van overgewicht. (TW)

De Beaufort I. Ethiek en obesitas: lof der matigheid. <http://www.lofdergeneeskunst.nl> >lezingen.

Ezels die olifanten over het hoofd zien

Te midden van alle consternatie over de cardiovasculaire veiligheid van rosiglitazon en pioglitazon vergeet men gemakkelijk dat de effectiviteit van deze middelen op klinische eindpunten nog niet ordentelijk is aangetoond. Naar aanleiding van de meta-analyse van Lago et al. vragen enkele commentatoren zich af hoe men deze olifant in de kamer toch over het hoofd kan zien. Behandelingen moeten immers niet alleen veilig, maar bovenal effectief zijn.^{1,2}

Basisprobleem is dat de thiazolidinedionen op de markt zijn toegelaten vanwege hun effecten op glucosespiegels en HbA1c-percentages. In de diabeteswereld was men er de afgelopen jaren vrijwel unaniem van overtuigd dat HbA1c-waarden goed correleren met het optreden van diabetische complicaties en was het min of meer *not done* dat te betwijfelen. De belangrijkste grond voor die overtuiging berust evenwel op onderzoek bij patiënten met diabetes mellitus type I en behandeling met insulinesubstitutie therapie. Door de narigheid met rosiglitazon en de onduidelijkheid omtrent een eventueel groepseffect dringt de vraag zich op of het HbA1c-percentage een valide surrogaateindpunt kan zijn in onderzoek met middelen waarvan men slecht



Foto: Michel Pellander/Hollandse Hoogte

begrijpt hoe ze werken bij patiënten met complexe metabole afwijkingen, zoals bij DM2.

Als middelen op de markt worden toegelaten op basis van relatief snel en goedkoop onderzoek met surrogaateindpunten dient dit vooral industriële belangen die berusten op rap verlopende patenten. Dat garandeert niet dat de patiënt er echt beter van wordt. De recente geschiedenis van de cardiovasculaire geneeskunde kent – denk aan foliumzuur en oestrogenen – diverse voorbeelden van te hoogge-

spannen verwachtingen op basis van dit soort eindpunten die later geen werkelijkheid bleken te worden. Hoelang blijft de geneeskunde zich nog stoten aan dezelfde steen? Laten we zorgen dat we de zonden van onze voorvaders niet overgedragen op toekomstige generaties! (TW)

- 1 Cleland JG, et al. Thiazolidinediones, deadly sins, surrogates, and elephants. *Lancet* 2007;370:1103-4.
- 2 Montori VM, et al. Patient-important outcomes in diabetes – time for consensus. *Lancet* 2007;370:1104-5.

Minder antibioticaresistentie in eigen praktijk

Huisartsen zijn verantwoordelijk voor 80% van het totale aantal antibioticavoorschriften in Nederland. Bij de helft van deze prescripties twijfelt men of het middel daadwerkelijk nut heeft voor de patiënt. Hoe meer antibiotica er wordt voorgeschreven, hoe meer selectie er van resistente bacteriestammen plaatsvindt. Dit weet iedere huisarts. Gelukkig staat Nederland in Europa laag op de ranglijst van antibioticavoorschrijvers. Terughoudendheid in het voorschrijven van antibiotica blijft van belang. Een onderzoek uit Wales laat fraai zien dat de individuele huisarts op praktijkniveau in staat is om

antibioticaresistentie te verminderen. Gedurende 7 jaar werden van 240 huisartsen in Wales ruim 160.000 urinekweken beoordeeld. De huisartsen werden verdeeld in groepen. Huisartsen die gedurende de onderzoeksperiode minder antibiotica gingen voorschrijven en huisartsen die dat niet of minder deden. In de praktijkpopulatie van de groep huisartsen die minder gingen voorschrijven daalde de resistentie voor ampicilline met 5% en voor trimethoprim met 3,5%. Critici kunnen zeggen dat deze vermindering de moeite om minder antibiotica voor te schrijven niet waard is. De auteurs verwerpen deze kritiek met

het argument dat wanneer de huisarts het verminderde voorschrijfgedrag kan volhouden de resistentie van bacteriën uit de tractus urogenitalis steeds verder zal dalen. Dit onderzoek toont in ieder geval aan dat minder antibiotica voorschrijven in de huisartsenpraktijk daadwerkelijk een gunstig effect heeft op de resistentie van bacteriën binnen de eigen praktijkpopulatie. Dan weet u voor wie u het doet. (HU)

Butler CC, et al. Containing antibiotic resistance: decreased antibiotic-resistant coliform urinary tract infections with reduction in antibiotic prescribing by general practices. *Br J Gen Pract* 2007;57:785-92.

Laat het kind aan het woord

Engelse onderzoekers analyseerden video-opnames van spreekuurcontacten met kinderen van 6 tot 12 jaar en hun begeleidende ouder of verzorger. De kinderen zeiden meestal niet veel: slechts 5% van alle verbale uitingen tijdens het consult waren van het kind afkomstig.

De onderzoekers gingen op zoek naar factoren die samenhangen met het praten van het kind. In de eerste plaats bleek de opstelling van belang: wanneer kind, ouder en dokter een driehoek vormden,

kwam het kind meer aan het woord dan wanneer ouder en kind naast elkaar zaten.

Als de ouder of verzorger vroeg in het consult zijn zorgen op tafel kon leggen, kwam het kind meer aan het woord dan wanneer het kind als eerste gevraagd werd om te vertellen waarom ze bij de dokter waren. In het laatste geval kwam de ouder namelijk vaak alsnog tussenbeide om die zorgen aan te geven.

Andere houdingen en handelingen van

de huisarts die meespeelden waren: het kind bij de naam noemen en aankijken, gesloten vragen stellen en zich realiseren dat een kind meer tijd nodig heeft om te antwoorden dan een volwassene. Zou het aan deze kant van de Noordzee ook zo werken? (HvdW)

Cahill P, et al. Video analysis of communication in pediatric consultation in primary care. Br J Gen Pract 2007;57:866-71.

Huisarts verspreider van MRSA?

Het risico om besmetting met meticilline resistente *Staphylococcus Aureus* (MRSA) op te lopen wordt vooral geassocieerd met het ziekenhuis, en dan vooral buiten Nederland. De laatste tijd zijn er steeds meer berichten over de opkomst van 'community acquired' MRSA. Nu is uit een representatieve steekproef onder 78 huisartsen in West-Ierland, gebleken dat 6 (7,7%) van hen neusdrager waren van de MRSA. Hoewel de steekproef niet zo groot was, is dit percentage opmerkelijk hoog te noemen. Het is vergelijkbaar met

percentages die gevonden zijn bij diverse onderzoeken onder ziekenhuispersoneel. En ook huisartsen zijn uiteraard potentiële verspreiders naar hun patiënten. De auteurs zijn voorzichtig in hun conclusie met betrekking tot de praktijkvoering van huisartsen.

Er bestaan in ons land geen specifieke richtlijnen voor behandeling (of werkverbod) van huisarts-neusdragers, zoals die er zijn voor ziekenhuispersoneel. De kans op overdracht van MRSA door een gezonde huisarts-neusdrager naar diens

(gemiddeld) niet zo zieke patiënt is waarschijnlijk niet zo groot. Toch maakt dit artikel duidelijk dat wederzijdse MRSA-besmetting tussen huisarts en patiënt mogelijk is, en het onderstreept daarmee het belang van goede infectiepreventie, ook in de huisartsenpraktijk. (SK)

Mulqueen J, et al. Nasal carriage of meticillin-resistant Staphylococcus aureus in GPs in the West of Ireland. Br J Gen Pract 2007;57:811-3.

Casus aios

De term aios voor een huisarts-in-opleiding begint zoetjesaan redelijk ingeburgerd te raken. Maar wie veel in wandelingen vertoeft, stuit soms op begripsverwarring en uitspraakproblemen. Een gesprek met Lourens Kooij, algemeen secretaris van de Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRC) biedt uitkomst.

De term werd ingevoerd in januari 2005 in het kader van de wet BIG. Bij de totstandkoming van de wet was eenheid van terminologie een belangrijke drijfveer. De wet bepaalde dat alle beroepsgroepen met een erkende vervolgoopleiding na het artsexamen als 'medisch specia-

lisme' moeten worden beschouwd.

Voor artsen in een dergelijke vervolgoopleiding waren veel verschillende termen in omloop. Was je in opleiding tot huisarts dan was je HAIO, was je in opleiding tot sociaal-geneeskundige dan was je SGIO, voor klinische specialisaties was het meestal AGIO. De regelgevers maakten een einde aan deze verwarring door één term te kiezen, die bovendien zowel enkelvoud als meervoud is: aios. De afkorting staat voor assistent in opleiding tot specialist. Afhankelijk van de context kan men dit specificeren door het specialisme erachter te plaatsen (aios huisarts-geneeskunde, aios chirurgie). Maar in een

tijdschrift dat de huisarts als primaire doelgroep heeft is een dergelijke toevoeging zelden nodig.

Dus één aios, twee aios. En het rijmt op bos, niet op boos. 't Is maar dat u het weet. (HvdW)

De berichten, commentaren en reacties in het Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Ted van Essen, Sander Koning, Hans Uijen, Henk van Weert, Tjerk Wiersma en Hans van der Wouden.