

Gezondheidsrisico's van huisvogels. Praktijksurvey en patiënt-controle onderzoek [Dissertatie]. Holst PAJ. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1987; 148 pagina's, geen handelsuitgave.

Een van de belangrijkste aangrijpingspunten voor de praktizerende huisarts om bij te dragen aan de ontwikkeling van de medische wetenschap is ongetwijfeld zijn praktijkervaring. Indien hij deze bij voortdurend oplettend, nieuwsgierig en met een kritisch oog tegemoet treedt, kunnen nieuwe gezichtspunten worden geopend. Daarvoor is dan meestal ook een flinke dosis volharding nodig. Het is vooral dit laatste dat bij lezing van de dissertatie van Holst bewondering afdwingt.

Terwijl het wetenschappelijk debat over het verband tussen het houden van vogels en longkanker pas nu in alle hevigheid losbrandt, begon hij, getroffen door enkele praktijkobservaties, reeds in 1972 met het bijhouden van gegevens over het houden van vogels en andere huisdieren, en rookgedrag voor alle in zijn praktijk ingeschreven patiënten. Thans, vijftien jaar later, baseert hij mede op deze gegevens zijn proefschrift over een gewoonte die meer dan de helft van zijn praktijkbevolking er in de loop van tien jaar op nahield. De resultaten – die al veel stof hebben doen opwaaien – zijn dan ook niet uit de lucht gegrepen.

In een uitvoerige literatuurbespreking, die veel informatie bevat over het verband tussen enerzijds blootstelling aan stof, vogelprodukten en roken en anderzijds een scala van aandoeningen, maakt Holst de hypothese aannemelijk, dat er verband kan zijn tussen het langdurig houden van vogels en de kans op bronchuscarcinoom. Vervolgens beschrijft hij drie deelstudies.

- De eerste deelstudie – een (longitudinale) praktijksurvey van 1972 t/m 1982 – had het karakter van een cohortstudie en omvatte tevens een in dit cohort ingebed patiënt-controle-onderzoek. Twaalf patiënten met bronchuscarcinoom werden vergeleken met een selectie uit het kaartsysteem getrokken, op leeftijd gematchte controlegroep, ten aanzien van het al dan niet houden van vogels in het vijfde tot veertiende jaar vóór de diagnose. De resultaten wezen erop dat houders van kooivogels zes keer zoveel kans hebben op bronchuscarcinoom als niet-vogelhouders. Tevens werd een verhoogd risico op spontane abortus (Relatief Risico = 3.3) gevonden.

- In het kader van de tweede deelstudie vonden stofmetingen plaats bij twee vogelhoudende en twee niet-vogelhoudende huishoudens. Bij de kooivogelhouders werd een hogere concentratie van stofdeeltjes van 3–10 µ gevonden; dit zijn juist de deeltjes die vooral in de kleinere bronchiën neerslaan.

- De derde deelstudie was een patiënt-controle-onderzoek waarin 49 via enkele Haagse

ziekenhuizen geïdentificeerde longkankerpatiënten werden vergeleken met een tweemaal zo grote op leeftijd gematchte controlegroep van personen uit dezelfde huisartspraktijken. Nu werd een relatief risico van 4.3 gevonden, waarbij opgemerkt wordt dat correctie voor verstoringe variabelen via logistische regressie nog moet plaatsvinden.

Uiteraard zijn er bij deze studies de nodige kanttekeningen te maken. Zo is de verslaggeving van het eigen onderzoek niet altijd even helder en systematisch, en hadden de methodologische opties en beperkingen meer aandacht verdiend. Op grond van het verslag is bijvoorbeeld niet te beoordelen in hoeverre informatie-bias bij het (retrospectieve) patiënt-controle-onderzoek de resultaten kan hebben beïnvloed, en een bespreking hiervan ontbreekt. In zekere zin is het eerste deelonderzoek op dit punt sterker, omdat de gegevens al verzameld waren vóórdat longkanker optrad. In dit verband rijst de vraag naar de samenhang tussen de antwoorden op de mondelinge 'huisdieranamnese' tijdens het spreekuur in de periode 1972-1982 en de antwoorden op de schriftelijke anamnese in 1982. Tevens is niet duidelijk wat er gedaan is bij de patiënten die in 1982 niet meer schriftelijk konden antwoorden doordat zij reeds waren overleden. Verder is het jammer dat de resultaten van de logistische (multipel) regressie-analyse niet in het proefschrift zijn opgenomen; in die zin is het onderzoeksverslag onaf.

Een interessant project als dat van Holst is voorts een welkome aanleiding tot methodologische overpeinzing. Voor ingewijden: zou het eerste deelonderzoek, uitgaande van een welomschreven bronpopulatie, niet een fraaie toepassingsmogelijkheid hebben geboden voor het selecteren van referentiegroepen rechtstreeks uit de 'study-base' (Miettinen)?

Deze kanttekeningen raken echter naar mijn mening niet de hoofduitkomst van de studie: vogelhouders hebben meer kans op longkanker. Wel vraag ik mij af waarop de auteur zijn conclusie baseert dat er waarschijnlijk een interactie bestaat tussen het roken van sigaretten en blootstelling aan vogelprodukten met betrekking tot het ontstaan van bronchuscarcinoom. In de derde deelstudie waren er maar twee longkankerpatiënten die niet hadden gerookt (maar wel vogels hadden gehouden), en dat is te weinig om een interactie te onderzoeken. Dat rokende vogelhouders de verhoogde risico's van beide factoren met zich meedragen, is nog niet hetzelfde als een interactie.

Holst verliest, naast al zijn wetenschappelijke arbeid, de praktische consequenties niet uit het oog: het proefschrift wordt besloten met vijf pagina's nuttige adviezen ter verbetering van de kooihygiëne. De suggestie van de auteur om een antirookcampagne speciaal te richten op vogelhouders is, gegeven het

voor alle rokers sterk verhoogde risico, minder gelukkig en even weinig verdedigbaar als de gedachte om het houden van vogels speciaal aan rokers te ontraden.

Al met al heeft Holst een belangrijk stuk werk verricht met gebruikmaking van de speciale mogelijkheden van de huisarts-onderzoeker, en hieruit zal nog veel voortvloeien. Critici hebben hem verweten dat hij zijn conclusies wel al te snel en te stellig heeft geponeerd in de richting van een causaal verband. Inderdaad dient bevestiging in nader onderzoek nog te geschieden. Gezien de verzamelde gegevens was een krachtig geluid op dit moment echter niet misplaatst.

J.A. Knottnerus

Kanker in Nederland. Scenario's over kanker 1985 – 2000. Scenariocommissie Kanker. 1. Scenarioreport; 2. Bijlagen. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema 1987. 352 + 186 bladzijden. ISBN 90-313-0874-9.

In 1983 is de stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) geïnstalleerd door de toenmalige staatsecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De stuurgroep bestaat uit op persoonlijke titel benoemde leden, onder voorzitterschap van de directeur-generaal van de Volksgezondheid en de gezondheidszorg. Een scenarioproject omvat de volgende activiteiten:

- basisanalyse inclusief een verkenning van de problematiek die in het project aan de orde wordt gesteld (problemanalyse);
- een toekomstanalyse, met name een beschrijving van mogelijke omgevingsconstellaties (contexten) en eindsituaties (toekomstbeelden);
- de ontwikkeling van strategieën inclusief wenselijk geoordeelde eindsituaties (streefbeelden);
- een analyse van de te verwachten effecten en neveneffecten van de overwogen strategieën (consequenties-analyses).

Voor elk scenario wordt een commissie benoemd die wordt bijgestaan door een onderzoeksteam. Inmiddels zijn scenario's verschenen over de vergrijzing, 'Ouder worden in de toekomst', over hart- en vaatziekten, 'Het hart van toekomst, de toekomst van het hart' en over oncologie, 'Kanker in Nederland', en zijn de verslagen te verwachten van de projecten inzake leefwijzen, medische technologie en het ziekenhuis in de 21ste eeuw. Men streeft ernaar jaarlijks twee tot drie scenarioprojecten te ontwikkelen en in 1987 zullen naar verwachting voorstudies worden gemaakt op het terrein van de eerste lijns zorg, de basisgezondheid en de tandheelkunde.

De jongst verschenen loot aan de stam is de rapportage 'Kanker in Nederland'. Ten behoeve van dit scenario-project zijn als vraagstellingen geformuleerd:

- Wat zijn de te verwachte en denkbare veranderingen in het risico om kanker te krijgen?
- Wat zijn de te verwachte en denkbare ontwikkelingen met betrekking tot de overlevingskansen en (voor zover mogelijk) de kwaliteit van het leven?

Het beeld dat in het rapport wordt geschetst, is niet bepaald opgewekend. Tussen 1980 en 2000 zal het aantal kankerpatiënten sterk toenemen. De toename van het aantal nieuwe gevallen wordt berekend op 1,5 procent per jaar, terwijl dit voor het aantal in leven zijnde patiënten ruim 3 procent per jaar bedraagt. Dit is vooral een gevolg van het stijgend aantal oudere mensen en de langere overleving van patiënten. De vraag naar diagnostiek en behandeling zal daardoor sterk toenemen, terwijl wel verbetering is te verwachten van de bestaande methoden, maar geen echte doorbraak met grote consequenties voor de zorg. Ook maatregelen ten behoeve van de preventie van kanker zullen nog geen groot effect hebben. Alleen voor borst- en baarmoederhalskanker wordt bevolkingsonderzoek zinvol geacht, waarbij de effecten nog voor het jaar 2000 enigszins te bemerken zullen zijn.

Verbetering van de behandelingsresultaten bij kankerpatiënten op jeugdige en middelbare leeftijd zal leiden tot een toename van de genezing of overleving van deze patiënten. Ook verwacht men dat de verbetering van de behandelingsmethoden gepaard zal gaan met een achteruitgang van de schadelijke neveneffecten. Ongeveer de helft van alle kankerpatiënten zal niet genezen. Voor deze, meestal oudere, patiënten zal voldoende ondersteunde zorg moeten komen, die grotendeels thuis zal worden gegeven. De resultaten van het fundamentele onderzoek zullen vooralsnog weinig gevolgen hebben voor de dagelijkse zorg van de patiënt met kanker. Over de effecten daarvan op lange termijn kan men alleen maar speculeren. Voorspellen is altijd moeilijk en in dit onderzoek baseert men dit vooral op trendmatige ontwikkelingen in de periode 1950 – 1980 die men voortzet tot het jaar 2000.

Bij de zeer zorgvuldige opzet van het rapport manifesteert het gebrek aan een landelijke kankerregistratie zich gevoelig. Men heeft gebruik moeten maken van verschillende statistieken die niet altijd even goed met elkaar zijn te vergelijken. Belangrijk zijn hierbij de gegevens van de kankerregistratie in de IKZ-SOOZ (regio Zuidoost-Brabant en Noord-Limburg) van ongeveer 1 miljoen inwoners. Uit de enige jaren geleden gepubliceerde landelijke atlas inzake kankersterfte blijkt dat deze gegevens niet zonder meer mogen worden vertaald naar het hele land.

Ondanks deze beperkingen is het rapport een rijke informatiebron, die echter niet voor iedereen even gemakkelijk toegankelijk is.

Het is jammer dat in de commissie geen huisarts zitting had. De huisarts komt pas voor het eerst serieus in het rapport aan bod in het toekomstscenario over de thuiszorg. De daarbij gevoegde literatuurlijst is wat betreft het huisartsgeneeskundig aandeel gebrekkig. Het ontbreken van een huisarts doet zich vooral voelen bij de hoofdstukken over de vroege diagnostiek. De aandacht die preventie, bevolkingsonderzoek, beïnvloeding van levensgewoonten en de specialistische vroege diagnostiek krijgen, gaat ten koste van de patiëntgebonden diagnostische mogelijkheden die de huisarts heeft, zoals die onder andere uitstekend staan vermeld in het boek van Magne Nylenna uit Noorwegen. Wellicht dat dit in de toekomst kan worden bijgestuurd.

De scenario's zeggen weinig over de uitvoerbaarheid en zijn vooral gericht op beleidsdoelen. Voor hen die daarin zijn geïnteresseerd of er beroepsmatig bij zijn betrokken, is zorgvuldige bestudering van dit boek absoluut noodzakelijk. In het algemeen kan het worden aangeraden voor de oncologische fijnproevers.

Dr. E. Schadé

A basic formulary for general practice. Grant GB, Gregory DA, Van Zwanenberg TD. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1987; xvi + 71 pagina's, prijs £ 2.95. ISBN 0-19-261616-1.

Een formularium voor de huisartspraktijk moet beoordeeld worden op zijn bruikbaarheid voor de dagelijkse praktijk. Laat ik om te beginnen een paar voorbeelden geven van wat ik in dit boekje niet als het toppunt van rationaliteit beschouw: slapeloosheid wordt met vijf verschillende middelen wel erg uitgebreid behandeld; acne afdoen met drie verschillende antibiotica en slechts één zalfje, zou niet mijn keus zijn; afscheiding komt er zonder indeling naar oorzakelijk agens bekaaid af.

Boeiend is dat ampicilline wordt geadviseerd in plaats van amoxycilline, omdat het laatste in Engeland – anders dan in ons land – vijfmaal zo duur is. In grote lijnen zijn de verschillen tussen dit formularium en de Nederlandse formularia echter niet veel groter dan de verschillen tussen de Nederlandse formularia onderling. Naar de vorm kan dit boek zeker dienen als voorbeeld voor een formularium: het is beknopt en overzichtelijk. In alfabetische volgorde worden de verschillende aandoeningen behandeld; in de index worden, naast de aandoeningen, ook de gebruikte middelen vermeld.

'In der Beschränkung zeigt sich der Meister': het boekje telt slechts 150 geneesmidde-

len, volgens de schrijvers voldoende voor de behandeling van 90 procent van alle kwalen die zich in de huisartspraktijk voordoen en waarvoor medicamenteuze therapie geïndiceerd is. Criteria om een geneesmiddel in het boekje op te nemen, waren rationaliteit, veiligheid en prijs. Bij medicamenten die korter dan vijf jaar op de markt zijn en desondanks zijn opgenomen, wordt stelselmatig de kanttekening gemaakt dat bijwerkingen altijd gemeld moeten worden.

Wie geïnteresseerd is in formularia, moet dit boekje zeker aanschaffen.

Ger van der Werf

De ongelijke verdeling van gezondheid. *Verslag van een conferentie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, gehouden op 16 en 17 maart 1987. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987; 190 bladzijden. ISBN 90-12-05569-5.*

In dit verslag zijn tien inleidingen opgenomen van sociaal-geneeskundigen, economen, sociologen en een klinisch specialist (helaas ontbreekt de huisarts in dit rijtje) over het onderwerp sociaal-economische positie en verschillen in gezondheid.

Bij de presentatie van gegevens moesten de inleiders voor een belangrijk deel putten uit buitenlandse literatuur, met uitzondering van de enige buitenlandse gastspreker, Dahlgren, die de situatie in zijn land met een overvloed aan Zweeds onderzoeksmateriaal kon illustreren. Dit gegeven mag tekenend genoemd worden voor de stand van onderzoek in Nederland. Door diverse sprekers is dan ook geconstateerd dat Nederland op het terrein van onderzoek naar de gezondheidsverschillen tussen de diverse sociaal-economische bevolkingsgroepen 15 jaar achterligt op het buitenland.

Dit neemt niet weg dat het schaarse Nederlandse onderzoek resultaten oplevert die niet wezenlijk afwijken van de onderzoeksbevindingen in het buitenland. Uit al deze onderzoeken blijkt ondubbelzinnig dat mensen, behorend tot de lagere sociaal-economische klassen (de lagere inkomensgroepen) een hogere mortaliteit en een hoger ziektecijfer vertonen dan mensen uit hogere klassen.

Het rapport biedt een goed overzicht over de stand van onderzoek met betrekking tot het onderwerp, maar laat ook zien dat nog veel zaken omtrent de samenhang tussen sociaal-economische positie en gezondheid onopgehelderd zijn gebleven. Niettemin geven de geconstateerde gezondheidsverschillen ons te denken in een tijd waarin op alle mogelijke manieren wordt geknaagd aan het bouwsel van de verzorgingsstaat, waarvan het streven naar sociale gelijkheid toch een van de impliciete doelstellingen is.

P. C. Juffermans