

Abstract

Goudswaard AN. General practitioner and vasectomy: a fertile combination? Huisarts Wet 1999;42(8):350-3.

Objectives To show the results and the procedure of vasectomies performed by a general practitioner on 34 patients between October 1, 1994 and December 31, 1998.

Methods The design is descriptive and observational. Three procedural aspects come up for discussion: counselling, technical procedure and sperm control. All patient consultations regarding a vasectomy are registered and analysed with the purpose of answering the following questions: how often were requests for sterilisation received and what percentage of men chose treatment by the general practitioner; what were the frequencies and types of early (<6 weeks) and late (>6 weeks) complications and what was the policy for treatment; what were the rates of compliance in sperm control and what were the results; is the performance of vasectomies in general practice practicable?

Results The total number of sterilisation requests was 44 (incidence: 7.8/1000 men/year): 36 men chose treatment by the general practitioner. A total of 34 vasectomies were carried out (an average of 8 per year). Early complications: thirteen consultations took place with ten patients with the following problems: haematoma (2), infection (3), pain/swelling (2) and one wound that didn't close well because of the early dissolution of a suture (3). Patients with infections received antibiotics; with the others the policy was to wait and see. Late complications: nine consultations took place with five patients: (suspect) epididymitis (1), (suspect) spermagranuloma (1), absces (2) and recanalisation (1). With two patients the policy was to wait and see and three patients were referred to the urologist. One patient received antibiotics and one patient underwent a revasectomy. The compliance regarding sperm control was 90 per cent. From one patient, the first sperm control measurements showed no living sperm, but the second control did indeed contain living sperm cells.

Conclusion After sufficient training, the performance of vasectomies by a general practitioner in his own practice is very well possible. A protocolled organisation of the operation is essential. The chance of complications, inclusively 'failure', is not to be neglected. The nature and frequency of complications in a series of 34 vasectomies were comparable to the data in literature. The compliance with respect to sperm controls was better than those shown in the literature.

Correspondence A.N. Goudswaard, MD, Koperslagersgilde 5, 3994 CH Houten, The Netherlands; e-mail:lex@goudswaard.cx.

Abstract

Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Hoes AW, De Melker RA. Antibiotic treatment of acute otitis media in children under two years of age: evidence based? Huisarts Wet 1999;42(8):354-7.

Originally published in Br J Gen Pract 1998; 48:1861-4.

Aim To assess whether the current high prescription rates of antibiotics for acute otitis media in children under two years of age, being a risk group for poor outcome, are based on an established increased efficacy.

Method Systematic literature review and a quantitative analysis with an assessment of the methodological quality of published trials comparing antibiotic treatment with non antibiotic treatment in acute otitis media in children under two years.

Results Six trials were included. Trials from before 1981 had a poor methodological quality. Four could be used for the quantitative analysis. Only two of them were truly placebo controlled. Of these two one included only recurrent acute otitis media and the other included only non-severe episodes. With these restricted data no statistically significant difference was found between antibiotic treated children and controls under two years of age with acute otitis media judged on the basis of clinical improvement within seven days (common odds ratio 1.31 (95% CI: 0.83-2.08)).

Conclusion The current high prescription rates of antibiotics among children under two years of age with acute otitis media, are not sufficiently supported by evidence from published trials. New randomised placebo controlled trials using reliable methodology are needed in this young age group.

Correspondence R.A.M.J. Damoiseaux, MD, Department of General Practice, Universiteit Utrecht, PO Box 80045, 3508 TA Utrecht, The Netherlands; e-mail R.A.M.J.Damoiseaux@med.uu.nl.

NHG-Standaard Osteoporose

Uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek kunnen op verschillende manieren worden weergegeven. Zo wordt de relatieve afname van het risico (relatieve risicoreductie) nog steeds veel gebruikt. Deze maat is moeilijk te interpreteren. Een risicodaling van 40 procent mag heel indrukwekkend lijken, maar is sterk afhankelijk van het uitgangsriscico. Bij een laag uitgangsriscico – een situatie die kenmerkend is voor ernstige aandoeningen in de eerstelijnsgezondheidszorg – zegt een dergelijke daling niet veel. Daarom is een andere uitkomstmaat geïntroduceerd, die gebaseerd is op de *absolute* risicoreductie (ARR), het 'number needed to treat' (NNT): het aantal personen dat behandeld moet worden om één ziektegeval te voorkomen. Het NNT wordt berekend als 1/ARR. Deze manier van presenteren van uitkomstmaten kan ook worden gebruikt bij het weergeven van de kans op bijwerkingen: het 'number needed to harm' (NNH).

Volgens de NHG-Standaard Osteoporose is de kans op mammacarcinoom bij langdurig oestrogeengebruik met ongeveer 40 procent verhoogd.¹ Dit lijkt zeer indrukwekkend, maar behoort dat niet te zijn, al is natuurlijk elk mammacarcinoom er een te veel. Bij het nastreven van een objectieve wijze van presenteren van cijfers verdient het aanbeveling ook een NNH te presenteren.

De berekening van de NNT's in de tabel bij noot 31 lijkt overigens niet correct. Zo is bij placebobehandeling de kans op een klinische wervelfractuur 4,9 procent en bij alenodraatbehandeling 2,3 procent. Dat is een relatieve risicoreductie van 53 procent, een absolute risicoreductie van 2,6 procent en een NNT van 1/ARR = 38. In de tabel wordt een NNT van 115 vermeld. Een dergelijk verschil zou kunnen leiden tot een andere interpretatie.

Peter Lucassen

1 Elders P, Van Keimpema JC, Petri H, et al. NHG-Standaard Osteoporose. Huisarts Wet 1999;42(3):115-28.

Naschrift

De ARR en het NNT geven inderdaad veel meer informatie over het effect van een interventie dan de relatieve risicoreductie. Wil men met een patiënt de individuele kans op profijt van een behandeling bespreken, dan is de ARR onontbeerlijk. Bij de vermelding van resultaten van geneesmiddelen is het daarom zinvol zoveel mogelijk gebruik te maken van de ARR en het NNT. Bij goede trials is dit ook moge-

lijk; het gaat om een duidelijk omschreven groep patiënten, een goed gedefinieerd eindpunt en een beperkte looptijd. Zo zijn dan ook de resultaten van de trial met alendronaat in noot 31 weergegeven in een NNT. Wij hebben daarbij overigens geen vergissing gemaakt. Het gaat hier om een NNT per jaar, zoals in de tekst van de noot is vermeld. De berekening van Lucassen betreft een NNT voor de totale looptijd van de trial (drie jaar).

In de standaard is de verhoogde kans op mammapcarcinoom bij langdurig oestrogeengebruik weergegeven als toename van het relatieve risico (40%). Wij hebben daarbij bekend verondersteld dat het mammapcarcinoom een veel voorkomende aandoening is; het is verreweg de meest voorkomende maligniteit bij vrouwen. Ongeveer 10 procent van de vrouwen krijgt ooit een mammapcarcinoom, waarbij de incidentie toeneemt met de leeftijd. Omdat oestrogeengebruik ter preventie van osteoporotische fracturen in principe levenslang dient te zijn, hebben wij gemeend dat de toename van de kans op mammapcarcinoom zwaar moet wegen. Wil men een exacte berekening maken van de grootte van het risico of zelfs overgaan tot het vermelden van een NNH, dan stuit men op problemen. Men zou grofweg kunnen zeggen dat de kans om gedurende het leven een mammapcarcinoom te krijgen bij vrouwen die kiezen voor het gebruik van preventieve medicatie met oestrogenen, toeneemt van 10 naar 14 procent. Dat is zeer waarschijnlijk een onderschatting. Hoe groot de relatieve risicotename is bij levenslang gebruik, is niet bekend. Gegevens uit de Nurses Health Study (zie noot 38) wijzen erop dat het heel goed mogelijk is dat het relatieve risico verder toeneemt met de gebruiksduur en met de leeftijd van de vrouw. Wij denken dan ook een juiste keuze gemaakt te hebben bij de formulering in de standaard.

Froukje Boukes
Fons Sips
Tjerk Wiersma

Het nette sterven

De aandacht die Lam geeft aan sociale en culturele factoren rond euthanasie,¹ is erg welkom. Met de conclusie dat relationeel denken en handelen meer centraal moet staan, ben ik het van harte eens. Toch wil ik hier enige opmerkingen bij plaatsen.

Euthanasie kan mijns inziens niet los worden gezien van stervensbegeleiding. Ook dit laatste is een 'prestation totale'. Relationele aspecten zijn hierbij erg belangrijk.^{2,3} Lam con-

cludeert dat men bij euthanasie zal moeten bezien door wie, en hoe dit kan/moet plaatsvinden. Opmerkelijk is dat hij de relationele aspecten bij de eerste casus uitgebreid beschrijft, maar dit later niet bij de beschouwing van de grondhouding in deze casus betreft. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of de relationele aspecten een aangrijpingspunt hadden kunnen zijn waardoor het lijden mogelijk verlicht had kunnen worden. Hierdoor kan het stervensproces een andere betekenis krijgen.^{3,4} Het respect voor de normen en waarden (en autonomie) van de patiënt behoeft hierbij niet verloren te gaan. Naar mijn overtuiging zal euthanasie dan minder vaak nodig zijn. Mijn ervaringen in een hospice, in een andere cultuur en context (Engeland), lijken dit te bevestigen.

Ik denk dat in Nederland, waar euthanasie meer geaccepteerd is, de aandacht soms te weinig gericht is geweest op stervensbegeleiding, terwijl dit ook een, in meerdere opzichten, moeilijk onderdeel is van het takenpakket van de huisarts. Een (discussie over) flexibilisering van de wetgeving rond euthanasie kan mijns inziens de aandacht afleiden van het existentiële lijden van de patiënt.

J.J.H. Vollenberg,
huisarts in opleiding

- 1 Lam HM. Het nette sterven. Een cultuursociologische analyse van euthanasie en hulp bij zelfdoding. *Huisarts Wet* 1999;42(4):153-7.
- 2 Kalish RA, editor. Death, dying, transcending, perspectives on death and dying. Series 3. New York: Baywood, 1980.
- 3 Kübler-Ross E. *Lessen voor levenden*. Gesprekken met stervenden. Baarn: Ambo, 1969.
- 4 Keirse E, Schadé E, Meijerink G, et al. Terminale zorg. *Bijblijven*, 6;8. Houten: Bohn, Scheltema en Holkema, 1990

Naschrift

De opmerkingen van Vollenberg betreffen stervensbegeleiding in de praktijk – een ander en ruimer onderwerp dan in mijn artikel aan de orde was. Euthanasie en de hospicebeweging zijn daar onderdeel van. En op zijn beurt is stervensbegeleiding een deelonderwerp van het gehele stervensproces. Daarom is het juist om de term 'prestation totale' voor het gehele stervensproces te reserveren en niet voor stervensbegeleiding.

Sterven in een hospice en door euthanasie zijn geen opposities, maar complementaire sterfstrategieën, met gemeenschappelijke sociaal-culturele wortels. De belangrijkste zijn het toegenomen bewustzijn van de aanstaande dood, individualisme met respect voor autonomie, en lotsverbondenheid. Deze drie cultuurkenmerken maken dat mensen thans eerder ge-

neigd zijn om samen met anderen de regie van het sterven in eigen hand te nemen. Het Engelse model verschilt dan wel in praktische uitvoering en emotionele impact van het Nederlandse, maar weinig in grondhouding.

H.M. Lam

- 1 Seale C. *Constructing death*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

H&W

Literatuurinformatie

Publicaties in *Huisarts en Wetenschap* zijn op vier wijzen achterhaalbaar:

- Via de *jaarregisters*. Abonnees ontvangen jaarlijks in januari of februari het register over de afgelopen jaargang.
- Via de *cumulatieve registers* 1957-1971, 1972-1991 en 1992-1996. Deze registers bevatten overzichten naar auteur, thema en trefwoord. Te bestellen bij het bureau van het NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.
- Via het *elektronisch register* 1957-1998. Zoeken van artikelen is mogelijk op titel, auteur en trefwoorden. Voor dit register is een personal computer vereist, in combinatie met het *indexprogramma* van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De instapprijs voor abonnees bedraagt NLG 97,50. Voor andere particulieren is dat NLG 125,-, voor instellingen NLG 150,-. De jaarlijkse updates kosten respectievelijk NLG 45,-, NLG 65,- en NLG 90,-. Te bestellen bij Intermedia bv, klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum, Antwoordnummer 10154, 2400 VB Alphen a/d Rijn.
- Via de *documentatieservice* van H&W. De prijs van een zoekopdracht bedraagt NLG 5,- per trefwoord of A4, met een minimum van NLG 15,- (exclusief verzendkosten). Aan te vragen bij het redactiesecretariaat, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.

Pathogenese van diabetes mellitus

Ruige JB. An epidemiological approach to the pathogenesis of diabetes mellitus [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998; 143 bladzijden. ISBN 90-9011-962-0.

Promotie: 4 november 1998.

Promovendus: J.B. Ruige, epidemioloog.

Promotoren: prof.dr. R.J. Heine,

prof.dr. L.M. Bouter;

copromotor: dr.ir. J.M. Dekker.

Bespreking: Louwrens J. Boomsma, huisarts te Nijverdal.

In dit proefschrift wordt onderzocht of er mogelijkheden zijn om de vroege opsporing van diabetes mellitus type 2 (diabetes 2) te vergemakkelijken, en of het mogelijk is meer inzicht te krijgen in de pathogenetische processen die leiden tot diabetes 2. De daartoe ontwikkelde vragenlijst lijkt een zinvolle instrument, maar is in deze vorm nog niet bruikbaar in de huisartspraktijk. Verminderde gevoeligheid voor insuline is belangrijker voor de ontwikkeling van hart- en vaatziekten dan hyperinsulinemie. Bij de overgang van insulineresistentie naar diabetes 2 speelt de B-cel een cruciale rol. Het tekortschieten van de functie van de B-cellen is vast te stellen met een nuchtere glucosewaarde conform recente richtlijnen.¹ De rol van leptine bij hart- en vaatziekten krijgt meer reliëf, maar heeft nog geen praktische consequenties.

Vragenlijstonderzoek

Is het mogelijk personen met een verhoogd risico op diabetes 2 op te sporen aan de hand van een vragenlijst?

Een groep van 2.364 autochtone volwassenen (50-74 jaar), geen van allen bekend met diabetes 2, vulde een uitgebreide, in Engeland ontwikkelde vragenlijst in. Na bepaling van Quetelet-index en orale GTT (conform WHO-richtlijnen) werden 110 nieuwe gevallen van diabetes 2 gevonden. De oorspronkelijke vragenlijst werd vervolgens met behulp van multi-pele logistische regressie-analyse teruggebracht tot tien vragen; deze gereduceerde vragenlijst werd geëvalueerd in een andere populatie (n=786).

Bij de volgende onderdelen was er een significante relatie met de aanwezigheid van tevooren onbekende diabetes 2:

- pijn bij wandelen, zodat men langzamer moest gaan lopen;

- kortademigheid bij wandelen met leeftijdgenoten;
- veel dorst;
- leeftijd (toename van de odd's ratio in stappen van vijf jaar);
- geslacht (mannen hogere risico's dan vrouwen);
- mate van adipositas;
- eerstelijnsverwanten met diabetes 2;
- gebruik van antihypertensiva;
- een hekel aan fietsen.

Bij een score >5 bedroeg de sensitiviteit 72%, de specificiteit 56%, de positief voorspellende waarde 6,5% en de negatief voorspellende waarde 98%. Met deze waarden viel deze vragenlijst iets gunstiger uit dan eerder toegepaste vragenlijsten. Onderwerpen als moeheid, jeuk, pollakisurie en gewichtsverlies bleken minder sterk gerelateerd aan hyperglykemie.

De vragenlijst voldeed beter in de eerste populatie dan in de valideringspopulatie, hetgeen mogelijk samenhangt met het grotere aantal obese mannen in deze groep.

Meta-analyse

Is hyperinsulinemie, onafhankelijk van insulineresistentie, verantwoordelijk voor een verhoogd risico op hart- en vaatziekten?

Via Medline en Embase werden twaalf onderzoeken geselecteerd betreffende de relatie tussen enerzijds nuchtere en niet-nuchtere insulinespiegels en anderzijds hartinfarct, dood door coronaire hartziekten en/of ECG-afwijkingen. Er kon slechts een gering verband worden aangetoond: het relatieve risico bedroeg 1,18 (95%-BI 1,08-1,29). Om confounding te vermijden waren correcties nodig voor een groot aantal variabelen. Het verband tussen hyperinsulinemie en hart- en vaatziekten werd sterk beïnvloed door etnische achtergrond en het type insulinemeting.

Transversaal onderzoek

Hoofdstuk 2 is het verslag van een onderzoek naar de prevalentie van antistoffen tegen glutaminezuurdecarboxylase (GAD65-A). Deze antistoffen zouden een maat zijn voor de latere insulinebehoefte. Het onderzoek werd uitgevoerd bij 2350 Nederlanders van 50-74 jaar bij wie door een GTT ook de mate van glucosetolerantie dan wel diabetes bekend was. In deze groep bleek het meten van GAD65-A geen belangrijke rol te spelen bij het schatten van de insulinebehoefte bij patiënten met (latere) diabetes 2.

Hoofdstuk 3 doet verslag van een onderzoek naar de functie van de B-cellen bij 110 personen (45-74 jaar) met een gestoorde GTT; hiervoor werd een hyperglykemische clamp-

test gebruikt. Daarbij werden een verminderde functie van de B-cellen, een verminderde insulinegevoeligheid en een combinatie van beide gevonden. Bij de multi-pele lineaire regressie-analyse bleek een verband tussen B-cel-functie en nuchtere plasmaglucozewaarden. Er werd geen significant verband gevonden tussen insulinegevoeligheid en nuchtere plasmaglucozewaarden, dit in tegenstelling tot de uitkomsten van vergelijkbaar eerder onderzoek.

Hoofdstuk 4 gaat over pro-insulinemetingen in dezelfde populatie van 110 personen van 45-74 jaar. Hyperpro-insulinemie bleek gecorreleerd met een verminderde B-cel-functie bij degenen met een gestoorde glucosetolerantie, en was daarmee een voorspeller van diabetes 2. Een interessante uitkomst was dat de actieve B-cellen harder moesten werken bij een toenemende vraag naar insuline; er zijn geen 'rustende' B-cellen die dan kunnen worden ingeschakeld. Ook nu was er, in tegenstelling tot de uitkomsten van ander onderzoek, geen verband tussen hyperpro-insulinemie en insulinegevoeligheid.

Het laatste hoofdstuk heeft betrekking op een onderzoek bij 2.484 personen bij wie, behalve GTT en GAD65-A, ook het serumleptine werd gemeten. Leptine speelt een rol bij de controle van het lichaamsgewicht. Na een multi-pele lineaire regressie-analyse bleek het serumleptinegehalte bij vrouwen vier maal hoger dan bij mannen. Leptine bleek sterk gecorreleerd aan het serumtriglyceriden- en insulinegehalte, en verder bij vrouwen aan de Quetelet-index, en bij mannen aan de middelomtrek, serum-HDL-cholesterol en de aanwezigheid van hypertensie. Er was een omgekeerd verband tussen enerzijds het leptinegehalte en anderzijds voedselinname, roken en lichamelijke activiteit (bij mannen) en nuchtere plasmaglucoze (bij vrouwen).

Bij de bespreking gaat de auteur in op de beperkingen van het onderzoek. Hij bespreekt de interne en de externe validiteit en doet suggesties voor verder onderzoek, met name naar de pathogenese van diabetes 2. De verkorte vragenlijst zou al kunnen worden gebruikt voor de identificatie van personen met een hoog risico op diabetes 2.

Commentaar

Bij de regressie-analyse vielen diverse items uit, die bij het publiek juist bekendstaan als redenen tot bloedsuikeronderzoek: jeuk, moe, vaak plassen en gewichtsverlies. Een verklaring hiervoor geeft de auteur niet. Aangezien er meer mensen met een hoger risico op diabetes 2 in de valideringspopulatie zaten, zou men verwachten dat de vragenlijst daarin beter zou

In de rubriek *Forum* worden vooral proefschriften besproken. De auteurs van deze werken worden uitgenodigd een korte reactie te geven, maar zijn hiertoe uiteraard niet verplicht.

voldoen, maar het omgekeerde was het geval. De auteur stelt dat deze vragenlijst een nuttige screeningsmethode in de huisartspraktijk is, maar getoetst is dat niet. Bij aanwezigheid van de verschillende items dan wel een score is een absoluut risico voor een individuele patiënt nog moeilijk af te lezen.

Bij de meta-analyse geeft de auteur zelf al de beperkingen van dit soort onderzoek aan. De onderzoeken zijn onderling niet goed vergelijkbaar, zodat veel statistische correctie nodig is om de analyse te kunnen uitvoeren. Het verband tussen hyperinsulinemie en hart- en vaatziekten is zwak.

In het onderzoek naar antistoffen tegen glutaminezuurdecarboxylase, speelt de scheve verdeling een complicerende rol. Zo blijkt in tabel 2 (hoofdstuk 2) de gemiddelde diabetesduur korter dan de bijbehorende SD voor de verschillende groepen.

De nuchtere glucosewaarde geeft wel een indicatie voor de stoornis in de functie van de B-cel, maar niet voor de mate van insulinegevoeligheid. Dat is jammer, omdat de mate van insulineresistentie pas in te schatten is na een gecompliceerde insuline(clamp)meting, die in de huisartspraktijk niet toepasbaar is. De orale GTT en dan vooral de twee-uursglucosewaarde zou toch wel een maat zijn voor de mate van insulineresistentie.²

L.J. Boomsma

1 Rutten GEHM, Verhoeven S, Heine RJ, et al. NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2 (eerste herziening). Huisarts Wet 1999;42(20):67-84.

2 Stolk RP, Orchard TJ, Grobbee DE. De waarde van de orale glucosetolerantietest voor de diagnostiek van diabetes mellitus, gestoorde glucosetolerantie en insulineresistentie. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:2543-6.

Naschrift

Onderzoek betreffende de vragenlijst laat zien dat het onderscheidend vermogen van bekende anamnestiche items voor diabetes mellitus type 1 en type 2 verschillend is. De items jeuk, moeheid, vaak plassen en gewichtsverlies bleken niet bij te dragen aan selectie van mensen met niet-gediagnosticeerde type-2-diabetes, na een populatiestudie bij circa 2.500 mensen van 50-74 jaar. Hyperglycemische klachten worden pas manifest bij hoge glucosewaarden (>10 mmol/l), zoals voorkomt bij type-1-diabetes. Deze klachten zijn dus niet sensitief genoeg om type-2-diabetes op te sporen met gemiddelde nuchtere glucosewaarden van 8-9 mmol/l.

De bruikbaarheid van de ontwikkelde vragenlijst werd getest bij een andere populatie (786 mensen van 45-74 jaar). De waarde van de

vragenlijst wordt daardoor niet overschat, omdat deze niet beïnvloed wordt door 'toevallige populatiekarakteristieken' van de onderzoekspopulatie waarin de vragenlijst was ontwikkeld. Met andere woorden: de vragenlijst werd 'buiten het laboratorium' getest. De prevalentie per score in die nieuwe populatie is dan ook het risico op niet-gediagnosticeerde type-2-diabetes (blz. 27, tabel 3). De testgegevens laten verder zien dat de vragenlijst bruikbaar is in de huisartspraktijk (blz. 28, tabel 4). Aanvullend onderzoek betreffende de items van deze vragenlijst bevestigt dit.¹

Het doel van de meta-analyse was te onderzoeken welke factoren verantwoordelijk zijn voor de verschillende uitkomsten bij de follow-up-studies naar het verband tussen hyperinsulinemie en hart- en vaatziekten. Een van deze factoren zou de wijze van correctie voor confounding kunnen zijn. Uit de meta-analyse bleek echter dat het verband tussen hyperinsulinemie en hart- en vaatziekten werd beïnvloed door etnische achtergrond en type insulineneming.

J.B. Ruijs

1 Baan CA, Ruijs JB, Stolk RP, et al. Performance of a predictive model to identify undiagnosed diabetes in a health care setting. Diabetes Care 1999;22(2):213-9.

Thuiszorgtechnologie succesvol beproefd

Witteveen PO. Home care technology for patients with cancer or serious infections [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998; 103 pagina's. ISBN 90-393-1848-4.

Promotie: 5 november 1998.

Promovendus: Els Witteveen.

Promotoren: prof.dr. G.H. Blijham, prof.dr. A.J.P. Schrijvers.

Bespreking: G.W. Salemink, sociaal geneeskundige.

Dit is een zeer relevant en tegelijkertijd praktisch en handzaam proefschrift, waarin op overtuigende wijze wordt aangetoond dat een aantal medische technologieën die in het ziekenhuis gangbaar zijn bij de behandeling van patiënten met kanker en ernstige infectieziekten, ook in de eerste lijn kunnen worden uitgevoerd.

Dit proefschrift betreft de beschrijving en evaluatie van het project 'Verzorgingstechnologie thuis voor patiënten met kanker of ernstige infecties', dat in de jaren 1992, 1993 en 1994 in de regio Utrecht is uitgevoerd vanuit het Aca-

demisch Ziekenhuis Utrecht. Aanleiding voor het project vormde het rapport 'Thuiszorg voor patiënten met kanker', dat de Gezondheidsraad in 1991 uitbracht. Doel van het project was het verplaatsen naar de 'thuisituatie' van technologieën die in het ziekenhuis worden toegepast bij de behandeling van patiënten met kanker en ernstige infectieziekten. Gekozen is voor de volgende technologieën:

- intraveneuze toediening van pijnmedicatie, bloedproducten, vocht, antibiotica, antivirale middelen of cytostatica;
- spinale of epidurale toediening van pijnmedicatie;
- ascitesdrainage.

Uitgangspunt was dat niet alleen de technologie, maar ook de noodzakelijke deskundigheid en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering naar de eerste lijn worden gebracht. De verwachting was dat dit ziekenhuiszorg zou kunnen substitueren.

Als voorwaarden werden geformuleerd: de beschikbaarheid en 24-uurs bereikbaarheid van een steun- en coördinatieteam vanuit het ziekenhuis, logistieke en behandelprotocollen, training van de betrokken hulpverleners, betrouwbaar en goed leverbaar materiaal en medicatie.

Het project werd gefinancierd door het ministerie van VWS. Zorgverzekeraars waren bereid de benodigde materialen te vergoeden.

Het onderzoek

De wetenschappelijke evaluatie van het project was gericht op de beantwoording van drie vragen:

- Is thuiszorgtechnologie haalbaar?
- Worden patiënten er beter van?
- Is het kosteneffectief?

Er werden 297 patiënten ingesloten; 254 van hen hadden kanker, meestal in een terminaal stadium, 24 patiënten hadden aids en 19 patiënten hadden andere ernstige infectieziekten; 188 patiënten hadden een infuus pomp nodig.

In totaal werden 23.135 dagen thuiszorg geleverd. In 74 gevallen werd de thuisbehandeling beëindigd vanwege progressie van het ziektebeeld. In totaal 180 patiënten overleden, van wie 151 thuis. Om de thuiszorg mogelijk te maken, ontvingen 400 huisartsen en 160 wijkverpleegkundigen een bedside-training door leden van het ondersteunings- en coördinatieteam van het ziekenhuis.

De vraag naar de haalbaarheid werd getoetst op de volgende elementen: technische uitvoerbaarheid en betrouwbaarheid van de materialen, vaardigheid van de eerstelijns hulpverleners en hun bereidheid tot participatie, en mogelijke juridische consequenties. Er deden zich

geen onverwachte of onoplosbare problemen voor. Er werd geen toename van complicaties geregistreerd en er waren geen heropnamen nodig vanwege logistieke problemen. Wel bleek de aanwezigheid van het ondersteunings- en coördinatieteam essentieel.

Om de behoeften en beperkingen van de betrokken patiënten te meten werden twee instrumenten toegepast: de Rotterdam Symptoms Checklist (RSCL) en de Sickness Impact Profile (SIP). Beide schalen bleken een goede voorspeller van overleving en waren daardoor een bruikbaar hulpmiddel bij de indicatiestelling voor thuisbehandeling. Wanneer de levensverwachting daalde tot een à twee maanden, bleek de SIP echter een betere indicator voor de kwaliteit van leven. Blijkbaar kan de ernst van de ziekte door de betrokkenen dan niet meer in afzonderlijke symptomen worden uitgedrukt. Met behulp van de SIP kon vervolgens worden vastgesteld dat de terminale patiënten vooral psychosociaal beter functioneerden als ze thuis werden behandeld.

De kostenberekeningen werden afzonderlijk uitgevoerd voor de kankerpatiënten en de patiënten met ernstige infectieziekten. Voor de thuisbehandeling werden de werkelijke kosten geregistreerd. Om deze te kunnen vergelijken met de kosten van behandeling in het ziekenhuis werd een hypothetische controlegroep samengesteld, die werd behandeld op de manier die gangbaar was voordat het thuiszorgtechnologie-project begon. Ziekenhuisbehandeling kostte NLG 1500 per dag. Berekend werd dat bij kanker NLG 1000 en bij infectieziekten NLG 400 per dag was bespaard door de behandeling thuis uit te voeren.

Commentaar

In een land waar alle zorg volledig verzekerd is, schrijft Witteveen in haar inleiding, is de wens om thuis te sterven vrijwel nooit door financiële redenen ingegeven, maar de wens om zelf het eigen lot te kunnen bepalen is stevig verankerd in de Nederlandse cultuur.

Het sterkste onderdeel van het proefschrift is in mijn ogen dan ook het onderzoek naar de kwaliteit van leven van de betrokken patiënten. Registratie van kwaliteit van leven door betrokkenen zelf in een terminaal stadium is al bijzonder, maar Witteveen is er ook in geslaagd om zorgvuldig twee meetinstrumenten met elkaar te vergelijken om te concluderen dat de

meest bewerkelijke de voorkeur verdient naar mate de levensverwachting korter is.

Dat een positieve invloed van thuisbehandeling op de kwaliteit van leven kon worden aangetoond, is des te meer van belang, omdat de betrokkenen niet om thuisbehandeling hadden gevraagd. Thuisbehandeling werd voorgesteld aan patiënten die daarvoor naar de mening van hun behandelaars in het ziekenhuis in aanmerking kwamen. Hier past een kanttekening die Witteveen zelf ook al plaatst: met een gemiddelde leeftijd van 54 jaar was dit een relatief jonge groep patiënten, die mogelijk ontvankeijker was voor de voordelen van thuisbehandeling dan een oudere groep zou zijn geweest.

Met thuisbehandeling van deze ernstig zieke patiëntengroep is dus een hoger doel gediend dan kostenbeheersing, maar dat neemt niet weg dat op de kostenberekeningen in het proefschrift wel het een en ander valt af te dingen. Vergeleken zijn de werkelijke kosten van thuisbehandeling met hypothetische kosten van behandeling in het – relatief dure – academisch ziekenhuis. Witteveen plaatst zelf al de kanttekening dat de thuisbehandeling is uitgevoerd door huisartsen en wijkverpleegkundigen die er al waren, zodat daarvan eigenlijk alleen marginale meerkosten zijn berekend. Het was eerlijker geweest als dat ook voor de kostenberekening van behandeling in het ziekenhuis was gedaan. Door het systeem van ziekenhuisbudgettering is een grootste deel van de berekende besparing door thuisbehandeling virtueel.

Dat de kosten van thuisbehandeling toch nog voor de helft uit ziekenhuiskosten bestaan, komt vooral door de noodzaak een 24-uurs ondersteunings- en coördinatieteam beschikbaar te houden en de continue training van steeds weer nieuwe eerstelijns werkers. In haar inleiding becijfert Witteveen dat een huisarts in Nederland gemiddeld twee à drie keer per jaar wordt geconfronteerd met een terminale kankerpatiënt die soms van technologie afhankelijk is. Dit is te weinig om de vereiste vaardigheden echt goed onder de knie te krijgen. Geveesd moet daarom worden dat de kostenpost training zwaar op dit type thuiszorg zal blijven drukken. Eigenlijk is het jammer dat niet ook een variant is onderzocht waarin de technische handelingen door een mobiel team vanuit het ziekenhuis worden verricht en de eerstelijns werkers zich beperken tot de handelingen waarvoor ze de vaardigheden al bezitten.

Dit alles doet niets af aan de constatering dat

het gaat om een zeer relevant en tegelijkertijd praktisch en handzaam proefschrift, waarin op overtuigende wijze is aangetoond dat een aantal medische technologieën die in het ziekenhuis gangbaar zijn bij de behandeling van patiënten met kanker en ernstige infectieziekten, in de eerste lijn kunnen worden uitgevoerd.

Gerrit Salemink

Naschrift

Allereerst een kleine correctie: in het onderzoek is alleen voor de Sickness Impact Scale (SIP) nagegaan of deze een voorspeller was voor de overleving; de Rotterdamse Symptomen Lijst (RSCL) is niet bij dit deel van de analyse betrokken.

In zijn commentaar gaat Salemink met name in op de derde vraagstelling van het onderzoek, namelijk de kosten die met deze zorgverplaatsing gepaard gaan. Ten onrechte wordt gesuggereerd dat voor de huisartsen en wijkverpleegkundigen alleen marginale kosten zijn berekend. Omdat het systeem van eerstelijnsgezondheidszorg al aanwezig was, zijn inderdaad niet de ontwikkelingskosten meegerekend. Wel zijn alle daadwerkelijk bestede uren aan het bed van de patiënt berekend, waarbij de overheadkosten in de uurprijs zijn opgenomen. De berekening van de ziekenhuiskosten zijn op dezelfde wijze gedaan, waarbij steeds werkelijke kosten zijn berekend en geen tarieven.

Inderdaad is er sprake van een virtuele besparing. Of anders gezegd: het ziekenhuis is efficiënter geworden. Dat de kosten voor thuisbehandeling toch nog voor de helft uit ziekenhuiskosten bestaan, komt niet door de noodzaak een 24-uurs steun- en coördinatieteam beschikbaar te houden. Hiervoor is een aparte kostenpost opgenomen, die minder dan 5 procent van de totale kosten in beslag nam. De ziekenhuiskosten bestonden vooral uit de kosten voor de implantatie van de veneuze of intrathecale toedieningsystemen voor aanvang van de thuisbehandeling en de kosten voor ziekenhuisopnamen tijdens de thuisbehandeling. Het betrof in het merendeel korte opnamen gerelateerd aan progressie van de onderliggende aandoening. Hoewel het een betrekkelijk klein aantal opnamen betreft, neemt dit een relatief groot aandeel in van de totale kosten.

P.O. Witteveen

Ontvangen proefschriften

Prophylactic inhalation therapy in preschool children with asthma

113 bladzijden. ISBN 90-74494-09-9.
Promotie: 24 februari 1999, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Promovendus: M.J.A. Tasche (1959), huisarts.
Promotoren: prof.dr. J.C. de Jongste, prof.dr. S. Thomas; copromotor: dr. J.C. van der Wouden.

Care for asthma and COPD patients in general practice

119 bladzijden. ISBN 90-9012144-7.
Promotie: 26 februari 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: M.P. Jans (1964), fysiotherapeut-epidemioloog.
Promotor: prof.dr. J.Th.M. van Eijk; copromotor: dr. F.G. Schellevis.

Palliative care in general practice

Research and education
115 bladzijden. ISBN 90-74114-18-0.
Promotie: 3 maart 1999, Rijksuniversiteit Groningen.
Promovendus: K.W. Schuit (1952), huisarts.
Promotoren: prof.dr. B. Meyboom-de Jong, prof.dr. D.T. Sleijfer.

Studies on the quality of the pharmacological treatment of hypertension in the general population

Differences between women and men
189 bladzijden. ISBN 90-393-1590-6.
Promotie: 4 maart 1999, Universiteit Utrecht.
Promovendus: O.H. Klungel (1969), farmacoloog.
Promotor: prof.dr. A. Bakker; copromotoren: dr. A. de Boer, dr. A.H.P. Paes, dr.ir. J.C. Seidell.

Denken over sterven en dood in de geneeskunde

Overwegingen van artsen bij medische beslissingen rond het levenseinde
358 bladzijden. ISBN 90-5085-006-8.
Promotie: 5 maart 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: A. Hoogerwerf (1936), arts.
Promotoren: prof.dr. H.A.M. Manschot, prof.dr. M.W. Ribbe; copromotor: dr. A. Smaling.

Health-related quality of life in patients with multiple sclerosis

210 bladzijden. ISBN 90-5669-033-7.
Promotie: 5 maart 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: L.E.M.A. Pfenning.

Policies and guidelines on medical decisions concerning the end of life in Dutch health care

164 bladzijden. ISBN 90-5669-034-5.
Promotie: 10 maart 1999.
Promovendus: I. Haverkate

Adherence to asthma medication in adolescents

166 bladzijden. ISBN 90-5669-032-9.
Promotie: 19 maart 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: S.M. van Es.

Rehabilitation of patients with asthma and mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease in local physiotherapy practices

A study on the efficacy of physiotherapy practice-based pulmonary rehabilitation in Amsterdam
160 bladzijden. ISBN 90-902727-4-4.
Promotie: 19 maart 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: W. Cambach.

Stoppen met roken met hulp van de huisartspraktijk

Ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventie strategie
180 bladzijden. ISBN 90-3651-1279-4.
Promotie: 19 maart 1999.
Promovendus: M. Pieterse (1964), Universiteit Twente.
Promotoren: prof.dr. E.R. Seydel, prof.dr. H. de Vries.

Improving diabetes care in general practice

118 pagina's. ISBN 90-5669-035-3.
Promotie: 24 maart 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: M. Bouma.
Promotoren: prof.dr. J.Th.M. van Eijk, prof.dr. R.J. Heine; copromotor: dr. J.H. Dekker.

Cow's milk protein. Allergy or intolerance

A prospective follow-up study
188 bladzijden. ISBN 90-367-1045-6.
Promotie: 24 maart 1999, Rijksuniversiteit Groningen.
Promovendus: A.B. Sprikkelman (1965).
Promotoren: prof.dr. H.S.A. Heymans, prof.dr. D.S. Postma; copromotor: dr. W.M.C. van Aalderen.

Hip pain in general practice

Exploration and classification
157 bladzijden. ISBN 90-74494-10-2.
Promotie: 7 april 1999, Universiteit Rotterdam.
Promovendus: S.M.A. Bierma-Zeinstra (1961), fysiotherapeut/gezondheidswetenschapper.
Promotoren: prof.dr. A. Prins, prof.dr. J.A.N. Verhaar; copromotor: dr. A.M. Bohnen.

Multimorbidity in a general practice population

Prevalence, incidence and determinants of multiple pathology
139 bladzijden. ISBN 90-5681-056-1.
Promotie: 7 mei 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: M. van den Akker (1969).
Promotoren: prof.dr. J.A. Knotterus, prof.dr. F. Buntinx; copromotor: dr. J.F.M. Metsemakers.

Elder mistreatment

Prevalence, risk indicators and consequences
136 bladzijden. ISBN 90-5669-036-1.
Promotie: 21 mei 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: H.C. Comijs (1956), psycholoog.
Promotoren: prof.dr. L.M. Bouter, prof.dr. W. van Tilburg; copromotoren: dr. C. Jonker, dr. J.H. Smit.

Clinical management of patients with persistent dyspeptic symptoms

141 bladzijden.
Promotie: 21 mei 1999, Katholieke Universiteit Nijmegen.
Promovendus: R.J.F. Laheij (1966).
Promotoren: prof.dr. A.L.M. Verbeek, prof.dr. J.B.M.J. Jansen; copromotor: dr. E.H. van de Lisdonk.

Twee eeuwen zoeken naar medische bewijsvoering

De gespannen verhouding tussen experimentele fysiologie en klinische epidemiologie
317 bladzijden. ISBN 90-5352-514-9.
Promotie: 28 mei 1999, Universiteit van Amsterdam.
Promovendus: T. Wiersma (1958), huisarts-filosoof.
Promotor: prof.dr.ir. G.H. de Vries; copromotor: prof.dr. J.P. Vandenbroucke.

The prevention of low back pain in industry

155 bladzijden. ISBN 90-5669-038 8.
Promotie: 2 juni 1999, Vrije Universiteit.
Promovendus: M.N.M. van Poppel (1966), epidemioloog.
Promotoren: prof.dr. L.M. Bouter, prof.dr.ir. T. Smid; copromotor: dr. B.W. Kroes.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 10 (september) moeten op uiterlijk 19 augustus in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

■ 20 jaar huisartsenpeilpraktijken

Château de Luc, Genval, 11 september 1999.
Inlichtingen: dr. V. Van Casteren, WIV – Afdeling Epidemiologie, tel. +32 26425030; e-mail viviane.vancasteren@iph.fgov.be; website www.iph.fgov.be/epidemiolo.

■ Vervolg workshops transactionele analyse: het hanteren van de tegen-overdracht

Nijmegen, 16 september, 13.30 uur.
Inlichtingen: PAOG-Heyendael, mw. I. Elbers, tel. 024 3617691; fax 024 3540568.

Referatendag voor Vlaamse Huisarts Research

Antwerpen, 25 september.
Inlichtingen: Anne-Marie Ryckaert, tel. +32 3 2811616; fax +32 3 2185148; e-mail secret.vvvh@medmail.medconf.be.

■ Capita selecta uit de seksespecifieke huisartsgeneeskunde 3

Nijmegen, 29 september.
Inlichtingen: PAOG-Heyendael, mw. I. Elbers, tel. 024 3617691; fax 024 3540568.

Closing the loop

Toronto, 1-3 oktober
Third international conference on the scientific basis of health sciences.

The best evidence for health care: the role of the Cochrane Collaboration

Rome, 6-9 oktober.
VII Cochrane Colloquium.
Inlichtingen: Eurosymposia Srl, Via di Tor Fiorenza, 31, 00199 Roma; tel. 0039-6-86328042; fax 0039 6 86386644; e-mail eurosymposia@flashnet.it.

10 jaar Hoorn-studie

Amsterdam, Koninklijk Instituut voor de Tropen, 14 oktober, 12.30-21.15 uur.
Symposium Vrije Universiteit. Inlichtingen: mw. L.J. van't Hull, tel. 020 4440533, fax 020 4440502; e-mail endocr@avu.nl.

Research on general practice care of the elderly

Hannover, 14-17 oktober.
Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW).

■ Therapeutische en toxische aspecten van empathie

Ede, 19 november.
Symposium. Inlichtingen: SCeM Conference Services, tel. 0345 576642; e-mail scem@scem.nl.

■ 9de Gezond Onderwijs Congres

Veldhoven, 2-3 december
Inlichtingen: mw. José Coolen, Kongresservice Brabant, tel. 040 2545215; fax 040 2546566; e-mail GOC@koningshof.nl.

WONCA Europe regional conference 2000

Wenen, 2-6 juli 2000.
Inlichtingen: Gerda Maierhofer, Wiener Medizinische Akademie, Alser Strasse 4, A-1090 Wien; tel. +43 1 405138310; fax . +43 1 405138323.

■ betekent: eerste vermelding.