

Diabetes en begripsvermogen

Diabetes doet een groot beroep op het vermogen van een patiënt om het eigen leven aan te passen aan de ziekte: voedingsinstructies, zichzelf controleren, symptomen van een mogelijke complicatie signaleren en aanpassen van medicatie. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat er een verband bestaat tussen de mate van glykemische instelling en *health literacy* (het vermogen om medische instructies te lezen, te begrijpen en op te

volgen). Patiënten met een lage health literacy blijken tweemaal zo vaak slecht ingesteld (HbA1c >9,5%) en lijden tweemaal zo vaak aan retinopathie als patiënten met een beter begripsvermogen. Nieuw aan deze resultaten is dat het verband blijft bestaan na correctie voor etniciteit, leeftijd, geslacht, verzekeringsstatus, een deel van de comorbiditeit en het al dan niet ontvangen van diabeteseducatie. Mogelijk is dit een van de verklarin-

gen waarom – ondanks forse inspanningen van vele collega's en ondanks praktijkverbeteringsprogramma's – zo weinig vooruitgang wordt geboekt bij de glykemische instelling van diabetespatiënten. Dit onderzoek geeft eveneens een mogelijke verklaring van slechtere resultaten bij de behandeling van chronische aandoeningen in achterstandswijken en bij achterstandspopulaties. (HW)

Schillinger D, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA 2002;288:475-82.

Overleeft de waarheid?

Onze patiënten overleven uiteindelijk niet, maar hoe staat het met de waarheid? Is het door de hardwerkende wetenschappelijke arbeider gedolven klompje waarheid wel bestand tegen de tand des tijds? Men zou denken dat waarheid of werkelijkheid, eenmaal gevonden, van blijvende aard is. Tenminste, als we ervan uitgaan dat waarheid eenduidig, objectief vaststelbaar en van alle tijden is. Dat is al een dubieus uitgangspunt, maar laten we toch maar stellen dat er op biomedisch gebied een objectieve waarheid bestaat. Dan zou je verwachten dat een conclusie op basis van valide onderzoek na 50 jaar nog steeds staat als een huis – dit even los van het verouderen van behandelmethode. Een minder streng standpunt zou kunnen zijn dat een conclusie, verkregen met kwalitatief goed onderzoek langer geldig blijft dan een conclusie uit slechter onderzoek. Is dat ook zo?

Poynard et al. onderzochten deze vraag en selecteerden daarvoor artikelen over cirrose en hepatitis, gepubliceerd tussen 1945 en 1999 in *the Lancet* en *Gastroenterology*, zowel niet-gerandomiseerd onderzoek als RCT's en meta-analyses. Alle conclusies uit de samenvattingen werden beoordeeld door een panel deskundigen die bepaalden of ze nog geldig, obsoleet of inmiddels fout waren. Om rekening te houden met het verschil in tijdsduur tussen publicatie (ergens tus-

sen 1945 en 1999) en beoordeling (in 2000) werden de resultaten geanalyseerd met survivalanalyse. Dan is een conclusie die in 2000 nog geldig is *survival of truth* en een conclusie die dan fout is *death of truth*. Wat bleek? In 2000 was 60% van de conclusies nog geldig, 19% verouderd en 20% fout. Die 20% is misschien wel geruststellend, maar het gaat hier wel om 2 respectabele tijdschriften! Conclusies uit niet-gerandomiseerd onderzoek bleken niet vaker fout dan conclusies uit gerandomiseerd onderzoek, zelfs niet als het ging om onderzoek naar effecten van therapie. Conclusies van meta-analyses op basis van individuele data (n=6) bleven lang geldig. Daarentegen bleek dat conclusies gebaseerd op kwalitatief goed onderzoek niet langer geldig bleven dan conclusies uit onderzoek van slechte kwaliteit. Om in termen van overleving te blijven: na 45 jaar was nog maar de helft van de conclusies geldig.

Is de waarheid relatief? Of is de waarheid moeilijk objectief vaststelbaar? Uitgaand van een positivistische instelling houden we het er maar op dat onze methodologie voor verbetering vatbaar is en dat vooral meta-analyses op basis van individuele data de waarheid lijken te benaderen. (PL)

Poynard T, et al. Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem? *Ann Intern Med* 2002;136:888-95.

Vaccinaties

Vrijwel alle artikelen in deze H&W gaan over diabetes, maar we openen met een belangrijk commentaar over het beperkte nut van pneumokokkenvaccinatie. Deze vaccinatie is nog niet in het Rijksvaccinatieprogramma opgenomen. Recent verscheen een uitvoerige beschrijving van dit programma inclusief een beschrijving van alle verschillende vaccins en oplossing voor speciale situaties zoals vaccinaties bij zieke kinderen, militairen en asielzoekers. (JZ)

Burgmeijer R, Bolscher N, redactie. Vaccinaties bij kinderen. Uitvoering en achtergronden van het rijksvaccinatieprogramma en andere vaccinaties bij kinderen. Assen: Van Gorcum, 2002.

GGZ-richtlijnen

Alhoewel ik er weinig meer over hoor, is het nog steeds GGZ-jaar. De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ geeft sinds kort een nieuwsbrief uit over evidence based medicine in de GGZ. Of huisartsen daar iets aan hebben, moet nog blijken, maar geïnteresseerden kunnen informatie vinden op www.ggzrichtlijnen.nl. (JZ)