

wagen. Misschien dat programma's waarin je zelf geld moet steken ons meer aanspreken: als het geld kost, doe je meer je best. Omdat de onderzoeken die betrokken zijn in deze review zo veel gebreken vertonen, kan over deze strategieën geen uitspraak worden gedaan.

In het verleden zijn er veel onderzoeken verricht waarbij de biochemische status van de deelnemers niet gecontroleerd werd. Helaas bleken aan die onderzoeken vele ex-rokers of mensen, die nooit gepaft hadden, mee te doen met het doel een prijs te winnen. Sinds de invoering van de biochemische validering – vanaf 2002 gemeengoed – kunnen de onderzoekers nu echt bepalen of ze niet bedrogen worden. Het betekent echter wel dat het aantal ingesloten onderzoeken nogal beperkt is. Dezelfde auteurs hebben over een vergelijkbare stoppen-met-rokenmethode – de zogenaamde *Quit and Win contests* – een aparte review geschreven.¹ De *Quit and Win contest* is ontwikkeld in Minnesota in de jaren tachtig en onderscheidt zich van de hierboven beschreven interventies in die mate dat ze op grotere populaties is gericht. Het doel is hetzelfde: zo veel mogelijk rokers van hun slechte gewoonte afhelpen door via campagnes zoals TV-programma's grote prijzen uit te loven aan enkele van de stoppers na een bepaalde tijd.

De actie wordt zwaar gepromoot in de media en ondersteund door hoogwaardigheidsbekleders, dokters en VIP's. De methode is niet alleen op diverse plaatsen in de VS, maar ook in andere landen zoals op grote schaal in Finland, uitgevoerd. Slechts enkele onderzoeken met relatief kleine aantallen deelnemers (geen enkele RCT, slechts vier gecontroleerde onderzoeken), voldeden aan de inclusiecriteria (dezelfde als in de bovengenoemde review vermeld). Daardoor is het moeilijk om conclusies te trekken. Er bleek een klein significant effect voor stoppers onder de deelnemers in vergelijking met de controlegroep te bestaan. Het effect op de totale prevalentie was echter laag: slechts 1 op de 500 rokers stopte door het programma. Kortom, ook met deze review blijft het onduidelijk of deze methode de mensheid

een stapje verder richting een rookvrije wereld brengt.

Ten slotte, is er dan echt geen hoop? Toch wel: ondanks dat deze reviews weinig heel laten van de stoppen-met-rokenacties met beloning, daalt de prevalentie van roken in bijna alle landen van de wereld. Hoe dat kan, is mij onduidelijk. Wellicht toch postbus 51 of de MIS?

H. Thiadens

1 *Quit and Win contests for smoking cessation* (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Chichester: Wiley.

Delegatie van taken van artsen naar verpleegkundigen

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. *Substitution of doctors by nurses in primary care*. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Chichester: Wiley.

Achtergrond De vraag naar eerstelijnszorg is gegroeid ten gevolge van de vergrijzing, toegenomen verwachtingen van de patiënt en substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Overdragen van taken van artsen naar verpleegkundigen kan een oplossing zijn om deze problemen het hoofd te bieden. Uit eerder onderzoek bleek dat verpleegkundigen 25-70% van de taken van artsen kunnen verrichten.

Doel De invloed van substitutie van artsen in de eerste lijn door verpleegkundigen meten op patiëntgebonden factoren, het zorgproces en de kosten.

Methoden De auteurs zochten in MEDLINE, Cinahl, Bids, EMBASE, Social Science Citation Index, British Nursing Index, HMIC, EPOC Register en het Cochrane Controlled Trial Register naar onderzoeken uit de periode 1966-2002 waarin verpleegkundigen werden vergeleken met artsen, die eenzelfde eerstelijnszorg leverden. Men zocht naar RCT's, gecontroleerde voor- en naonderzoeken en *interrupted time series*. Omdat de meeste onderzoeken in andere zorgsystemen

werden gedaan dan de Nederlandse, waren er onder de artsen zowel huisartsen, kinderartsen, algemeen internisten als geriateren. De groep verpleegkundigen bestond uit praktijkverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners en advanced practice nurses.

Uitkomstmaten Morbiditeit, mortaliteit, satisfactie, therapietrouw en voorkeur voor zorg geleverd door verpleegkundige of arts, compliance aan richtlijnen en kosten.

Resultaten De onderzoekers vonden 4253 artikelen waarvan ze er uiteindelijk 25 (16 onderzoeken) opnamen. In 7 onderzoeken was de verpleegkundige verantwoordelijk voor het eerste contact en de daaropvolgende zorg bij alle patiënten, in 4 andere alleen voor de zorg en het management van de patiënten met chronische aandoeningen.

In beide gevallen varieerden de onderzoeksopzetten zodanig, dat een goede meta-analyse niet mogelijk was. In zijn algemeenheid werden geen noemenswaardige verschillen gevonden tussen artsen en verpleegkundigen in de effecten op gezondheid van patiënten, zorgprocessen en kosten.

In de vijf onderzoeken waar de verpleegkundige de dringende consulten in en buiten kantooruren deed, waren de resultaten op patiëntgebonden factoren voor dokters en verpleegkundigen gelijk, maar de satisfactie van de patiënt was hoger in de groepen waar de verpleegkundigen deze taak voor hun rekening namen. Verpleegkundigen neigden tot langere consulten, informeerden de patiënten beter en bestelden patiënten vaker terug dan artsen. De invloed op de werklust van de artsen en directe kosten was wisselend.

Conclusie De auteurs concluderen dat goed opgeleide verpleegkundigen even goede eerstelijnszorg kunnen geven als artsen en dezelfde resultaten op de gezondheid van patiënten kunnen behalen. Deze conclusie moet met enige voorzichtigheid getrokken worden. Slechts één onderzoek was opgezet om gelijkwaardigheid van zorg vast te stellen; veel onderzoeken hadden methodologische

beperkingen en de follow-up was slechts twaalf maanden of minder. Ook werd er geen onderscheid gemaakt naar opleidingsniveau van de verpleegkundigen.

Commentaar

Deze review heeft drie voor de Nederlandse situatie belangwekkende conclusies. Goed opgeleide verpleegkundigen blijken eerstelijnszorg te leveren van dezelfde kwaliteit als dokters met hetzelfde resultaat op de gezondheid van de patiënt. Patiënten zijn daarnaast met verpleegkundigen meer tevreden omdat zij meer aandacht geven aan voorlichting. Daar komt bij dat delegatie van taken van dokter naar verpleegkundige in beginsel de werklast van de dokter kan verminderen, mits de dokter zich niet meer bezighoudt met de overgedragen zorg. De vermindering van werklast zou mogelijk weer tenietgedaan kunnen worden, wanneer verpleegkundigen niet eerder gesignaleerde vragen oproepen. En ten slotte blijft het onduidelijk of er kostenbesparingen optreden.

In Nederland is de functie van praktijkondersteuner nog lang niet uitgekristalliseerd. De nu in Nederland werkzame praktijkondersteuners zijn wat betreft opleiding en ervaring een vrij heterogene groep. Ongeveer eenderde is van oorsprong doktersassistente, tweederde is verpleegkundige. Driekwart heeft een aanvullende POH-opleiding gedaan. Verder werkt een klein, maar toenemend aantal nurse practitioners in de huisartsenpraktijk. Huisartsen, beleidsmakers, onderzoekers en praktijkondersteuners moeten zich realiseren dat er vooralsnog geen eenduidige definitie te geven is van praktijkondersteuning. Gaat het om werkdrukvermindering, om kwaliteitsverbetering of om het beperken van kosten? Elk van die doelen vereist een andere inzet en andere competenties van de ondersteuner. In het ene geval zal de ervaren doktersassistente met een aanvullende opleiding meer geschikt zijn; in het andere geval moet gezocht worden naar een verpleegkundige of nurse practitioner.

Praktijkondersteuning is aanvankelijk geïntroduceerd om de werkdruk van artsen te verminderen. Van meet af aan realiseerden de huisartsen zich dat er ook kwaliteitsverbetering gerealiseerd zou kunnen worden, al was het maar omdat de praktijkondersteuner kan doen, waar de huisarts geen tijd voor heeft.

LHV en opleidingen voor praktijkondersteuners hebben competenties geformuleerd waaraan praktijkondersteuners zouden moeten voldoen. Van belang is dat die competenties hun legitimatie gaan vinden in onderzoek.

Deze review nodigt uit om kritisch te kijken naar de effecten van de inzet van praktijkondersteuning. Het daagt uit tot het doen van verder onderzoek om de behaalde effecten nadrukkelijk te koppelen aan gevraagde en aangeboden competenties.

Frits van Exter

Duur van antibiotische behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties bij vrouwen

Milo G, Katchman EA, Paul M, Christiaens T, Baerheim A, Leibovici L. Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Chichester: Wiley.

Achtergrond Voor het behandelen van ongecompliceerde urineweginfecties is wereldwijd een grote verscheidenheid aan antibiotische regimes in gebruik. De gedachte bestaat dat een driedaagse antibacteriële behandeling even effectief is als een zeven- tot tiendaagse behandeling en gunstiger wat betreft bijwerkingen.

Doel Vergelijking van de effectiviteit en de veiligheid van driedaagse ten opzichte van vijf- tot tiendaagse antimicrobiële behandelingen van acute ongecompliceerde urineweginfecties.

Zoekstrategie Er werd, zonder uitsluiting van een taal, gezocht in The Cochrane Library (Issue 1, 2004), the Cochrane Renal Group's Register of Trials (juli

2003), EMBASE en MEDLINE (augustus 2003). De onderzoekspopulatie moest uit ambulante, overigens gezonde vrouwen tussen 16 en 65 jaar met een ongecompliceerde urineweginfectie bestaan. De referenties van alle gevonden onderzoeken werden nagezocht en er werd contact opgenomen met de auteur van elk geïncludeerd onderzoek.

Uitkomstmaten De volgende uitkomstmaten werden gedefinieerd: symptomatisch falen en bacteriologisch falen van de behandeling bij korte (tot 2 weken) en lange (tot 8 weken) follow-up. Andere uitkomstmaten waren: het ontstaan van een pyelonefritis, bijwerkingen en resistentieontwikkeling gedurende de follow-up.

Resultaten 32 RCT's met samen 9605 patiënten konden worden geanalyseerd. Er werd geen verschil gevonden tussen driedaagse en vijf- tot tiendaagse behandeling waar het symptomatisch falen van de behandeling betreft. Of het om een korte follow-up (RR 1,06; 95%-BI 0,88-1,28) of een lange follow-up ging (RR 1,09; 95%-BI 0,94-1,27) maakte hierbij niet uit.

Bij beoordeling van bacteriologisch falen in de trials waarbij in beide onderzoeksarmen hetzelfde antibioticum werd gebruikt bleken de vijf- tot tiendaagse behandelingen effectiever dan de driedaagse. Het verschil was aantoonbaar bij korte follow-up (RR 1,37; 95%-BI 1,07-1,74; $p=0,01$; NNT=41 patiënten voor de preventie van 1 extra geval van persisterende of terugkerende bacteriurie) en nam toe bij een follow-up van 4 weken. (RR 1,43; 95%-BI 1,19-1,73; $p=0,0002$, NNT=4). Deze verschillen werden niet teruggevonden bij analyse van trials waarbij in de twee onderzoeksarmen een verschillend antibioticum werd gebruikt. In de trials met hetzelfde antibioticum in beide armen ondervond 1,5% van de patiënten bijwerkingen bij een driedaagse behandeling tegen 3,2% bij een vijf- tot tiendaagse behandeling (RR 0,35; 95%-BI 0,12-0,98, $p=0,04$; number needed to harm= 79 patiënten voor het veroorzaken van bijwerkingen bij 1 extra vrouw).

Over verschillen tussen de duur van de behandelingen wat betreft de ontwikke-