



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Antwoord op ingezonden brief van Okkes I.M. e.a. Daalde hypertensie in Nederland tussen 1994 en 1993?

Bonneux, L.; van de Mheen, P.J.; Gunning-Schepers, L.J.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bonneux, L., van de Mheen, P. J., & Gunning-Schepers, L. J. (1997). Antwoord op ingezonden brief van Okkes I.M. e.a. Daalde hypertensie in Nederland tussen 1994 en 1993? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(10), 492-493.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

maar een virus' kan ouders ook ongeruster maken omdat hiermee niet duidelijk wordt waar het virus vandaan komt en wat er aan te doen is. De opmerking wordt opgevat als 'de dokter weet het niet'. De interdoktervariantie in het voorschrijven van antibiotica bij relatief onschuldige kinderkwalen blijkt het vertrouwen bij de ouders niet te bevorderen. Ouders van zieke kinderen voelen zich vaak machteloos en proberen een in hun ogen krachtig middel bij de dokter af te dwingen. Als dat niet lukt, voelen zij zich nog machtelozer en gefrusteerd. De conclusie van deze onderzoeker is dat adequate communicatie tussen de ouders en de dokter van het grootste belang is. Uitleg over de ziekte en het te verwachten beloop, alsmede aandacht voor de door de ouders gevoelde machteloosheid is cruciaal in het contact met ouders van zieke kinderen.

De conclusie volgens deze artikelen is dat het verstrekken van informatie op het niveau van de ouders over de klachten en ziekte van hun kind plus uitleg van de dokter over zijn beweegredenen belangrijke instrumenten zijn om de angst van ouders over zieke kinderen te verminderen.

LITERATUUR

- 1 Roberts H. Listen to the parents. *BMJ* 1996;313:954-5.
- 2 Hopton J, Hogg R, McKee I. Patients' accounts of calling the doctor out of hours: a qualitative study in one general practice. *BMJ* 1991;313:991-4.
- 3 Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. *BMJ* 1996;313:983-6.
- 4 Kai J. Parents' difficulties and information needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study. *BMJ* 1996;313:987-90.

I. HEIJ

Diversen

Hoe betrouwbaar is informed consent bij bejaarden?

Bij het ouder worden gaan zien en horen achteruit, maar ook cognitieve functies en spreken. Dat zou consequenties kunnen

hebben voor de kwaliteit van informed consent in experimenteel onderzoek bij bejaarden: zijn zij in staat om hun situatie te beoordelen en om geïnformeerd in deelname aan het onderzoek toe te stemmen? Olde Rikkert et al. gingen na of in artikelen ($n = 586$) over verouderingsonderzoek de informed consent werd beschreven.¹ De artikelen waren gepubliceerd in 4 toonaangevende internationale geriatrie tijdschriften. Slechts bij 172 (29%) werd de informed consent beschreven. Toestemming van een ethische commissie voor het onderzoek werd in 120 artikelen (21%) gemeld. Het gunstigst scoorden de klinische trials (voor informed consent 23/37 (62%) en voor medisch-ethische toestemming 18/37 (49%)), het slechtst de prospectieve onderzoeken (respectievelijk 169/448 (38%) en 118/448 (26%)). Bij 18 onderzoeken werden patiënten buiten beschouwing gelaten omdat de onderzoekers hen op grond van leeftijd of ziekte niet in staat achtten tot het geven van informed consent. Slechts in 2 publicaties werd beschreven dat men eerst het vermogen van de bejaarden tot het geven van informed consent had bepaald.

Olde Rikkert et al. vroegen de redacteurs van de tijdschriften naar hun beleid inzake informed consent bij bejaarden. Twee van hen reageerden en zeiden dat zij het de taak van de peer reviewers vonden om ervoor te zorgen dat informatie over de toestemming in de artikelen stond. Eén zei dat de instructies voor peer review op grond van de gevonden cijfers zouden worden veranderd.

Dat er in publicaties over onderzoek bij bejaarden maar weinig gegevens over informed consent staan, betekent niet dat dat onderzoek ethisch niet deugde. Het betekent alleen dat de lezers niet worden geïnformeerd over een essentieel onderdeel van de onderzoeksmethode. Dat tast de wetenschappelijke en maatschappelijke kwaliteit van de publicaties aan.

LITERATUUR

- 1 Olde Rikkert MGM, Have HAMJ ten, Hoefnagels WHL. Informed consent in biomedical studies on aging: survey of four journals. *BMJ* 1996;313:1117.

H.C. WALVOORT

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Daalde hypertensie in Nederland tussen 1974 en 1993?

Bonneux et al. bepleiten grootschalig onderzoek naar hypertensie: 'Wij hebben geen idee hoeveel Nederlanders uiteindelijk baat zouden kunnen hebben bij (betere) hypertensiebehandeling, wie dat zijn en hoe wij hen moeten bereiken' (1996;2603-6). Het gaat hier om een interessante kwestie, waarbij het huisartsgeneeskundig perspectief op de zorgepisode voor hypertensie van belang is.

De tabel beschrijft hypertensie in de Nederlandse huisartspraktijk op basis van de 'strengere' criteria volgens de 'International classification of primary care' (referentiebestand Transitieproject 1985-1995; 93.297 patiëntjaren, 236.027 zorgepisoden).¹ Omdat verreweg de meeste hypertensiepatiënten voor deze aandoening elk jaar tenminste 1 maal zorg van de huisarts ontvangen, kon worden volstaan met gegevens per jaar.² Cijfers over essentiële hypertensie (code K86) kunnen niet goed beoordeeld worden zonder die over verhoogde bloeddruk (K85) en hypertensie met orgaanschade (K87). Hetzelfde geldt voor de cardiovasculaire aandoeningen die met

hypertensie in verband worden gebracht: cerebrovasculair accident (K90), 'transient ischaemic attack' (K89), coronaire ischemie (K76) en decompensatio cordis (K77). De incidentie van verhoogde bloeddruk is globaal gelijk aan die van hypertensie. De prevalentie van hypertensie is steeds hoog in vergelijking tot de incidentie: de zorgepisoden duren dus lang. De incidentie van hypertensie met orgaanschade is in het licht van de prevalentie van hypertensie laag. Wij vinden geen aanwijzingen voor een exponentiële toename van de prevalentie van hypertensie met een toename van de leeftijd. Een vergelijking met cijfers uit het 'Monitoring project' (1979-1981), waarin dezelfde diagnostische criteria werden gebruikt, wijst niet op afname van de incidentie van hypertensie.

Hoe weinig hypertensie met orgaanschade als proportie van essentiële hypertensie is haalbaar? Hoeveel beroerten komen 'te vroeg' bij hypertensiepatiënten, en: leiden betere behandeling en therapietrouw tot een gunstiger prognose? Het antwoord op de vraag omtrent deze 'blessuretijd' is lastig,³ omdat de 5-jaarscijfers – vooral voor mannen – een ware afvalrace laten zien. In dit verband zijn de cijfers voor de (concurrerende)

Incidenties en prevalenties van zekere diagnoses per 1000 ingeschreven patiënten per jaar in 5-jaars-leeftijdsgroepen/geslachtsgroepen, afgerond op gehele getallen; de totale incidenties en prevalenties zijn gestandaardiseerd voor de Nederlandse bevolking in 1990¹

| | leeftijd in jaren | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | totaal | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-plus |
| <i>aantal patiënten</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 44 188 | 2 910 | 2 196 | 1 933 | 2 100 | 2 184 | 2 595 | 2 198 | 1 499 | 895 | 557 |
| vrouwen | 49 110 | 2 784 | 2 301 | 2 217 | 2 386 | 2 525 | 3 050 | 2 746 | 2 207 | 1 605 | 1 303 |
| <i>incidentie/prevalentie van aandoening</i> | | | | | | | | | | | |
| <i>essentiële hypertensie</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 5/36 | 3/20 | 11/62 | 10/92 | 12/109 | 17/122 | 19/131 | 19/121 | 17/107 | 12/105 | 7/61 |
| vrouwen | 7/57 | 6/30 | 8/58 | 14/88 | 12/133 | 19/152 | 18/203 | 19/217 | 23/233 | 25/188 | 16/105 |
| <i>verhoogde bloeddruk</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 8/11 | 12/15 | 12/21 | 18/28 | 17/24 | 19/29 | 10/19 | 20/31 | 13/23 | 9/20 | 5/13 |
| vrouwen | 8/14 | 11/16 | 9/14 | 15/28 | 13/24 | 21/32 | 16/33 | 26/42 | 19/37 | 14/29 | 6/16 |
| <i>hypertensie met orgaanschade</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 0/4 | 0/1 | 1/1 | 1/4 | 1/11 | 1/19 | 4/21 | 1/19 | 1/25 | 2/17 | 0/13 |
| vrouwen | 1/5 | 0/1 | 0/1 | 0/4 | 0/8 | 2/12 | 3/19 | 1/27 | 2/31 | 3/23 | 2/12 |
| <i>beroerte</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 2/3 | 1/2 | 1/1 | 1/1 | 1/2 | 2/5 | 7/15 | 6/18 | 14/30 | 20/34 | 20/48 |
| vrouwen | 2/4 | 0/1 | 0/1 | 1/1 | 2/3 | 2/5 | 3/8 | 6/16 | 14/26 | 17/29 | 22/38 |
| <i>TIA</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 2/2 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 1/1 | 4/6 | 5/7 | 7/9 | 17/23 | 30/35 | 20/25 |
| vrouwen | 1/2 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/1 | 1/1 | 3/5 | 5/8 | 7/14 | 11/14 | 18/27 |
| <i>coronaire ischemie</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 5/12 | 1/3 | 2/4 | 5/11 | 16/35 | 13/42 | 20/59 | 20/69 | 20/59 | 20/59 | 34/72 |
| vrouwen | 4/11 | 1/1 | 1/4 | 4/8 | 5/13 | 5/16 | 11/36 | 20/54 | 20/59 | 20/59 | 22/61 |
| <i>decompensatio cordis</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 3/5 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 1/4 | 5/5 | 10/18 | 20/42 | 22/47 | 40/95 | 65/124 |
| vrouwen | 4/8 | 0/0 | 1/1 | 1/1 | 1/3 | 4/6 | 9/14 | 16/34 | 28/55 | 37/85 | 50/107 |
| <i>maligniteit</i> | | | | | | | | | | | |
| mannen | 4/9 | 1/3 | 3/5 | 1/4 | 5/8 | 10/23 | 12/34 | 24/57 | 23/59 | 55/102 | 27/66 |
| vrouwen | 5/10 | 3/7 | 4/9 | 6/11 | 5/11 | 10/21 | 11/27 | 14/43 | 14/43 | 21/41 | 26/45 |

TIA = 'transient ischaemic attack'.

maligniteiten van belang: ook dat zijn 'cultuurziekten' waarop patiënt en gezondheidszorg (enige) invloed hebben. Bij het beleid speelt dus altijd deze vraag een rol: waaraan of wanneer kun je 'het beste' doodgaan? Maar hoe oud mensen ook zijn, nieuwe gevallen van aandoeningen uit de tabel bieden steeds een potentieel aanknopingspunt voor behandeling en secundaire preventie – al dan niet in 'blessuretijd'. De complete en continue episode-georiënteerde registratie in de universitaire huisartspraktijken biedt naar onze mening een prachtige gelegenheid om – alvorens tot grootschalig onderzoek in de bevolking over te gaan – de vragen klinisch te verfijnen en nog meer op de Nederlandse omstandigheden af te stemmen.

LITERATUUR

- Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. 2e druk. Lelystad: Meditekst, 1994. Referentiebestand 1985-1995; gegevens op aanvraag beschikbaar.
- Okkes IM, Lamberts H. Zorgepisoden en ziekte-episoden: een wereld van verschil? Ned Tijdschr Geneesk 1997 [ter perse].
- Bonneux L, Barendregt JJ, Maas PJ van der. Leven in blessuretijd? Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2636-9.

I.M.OKKES
M.T.M.VELTMAN
H.LAMBERTS

Amsterdam, januari 1997

Wij danken Okkes et al. voor hun beschouwingen en waardevolle gegevens uit het Transitieproject. Ook willen wij enige

kanttekeningen plaatsen bij de uitspraken en ideeën die ons in de mond gelegd worden.

In het door ons geschreven commentaar staat geen oproep tot grootschalig bevolkingsonderzoek. Wij stellen twee specifieke vragen:

– Hoeveel Nederlanders zijn er met onbekende en onbehandelde hypertensie, waarom en hoe lang blijven zij onbekend en hoe kunnen wij hen opsporen? Huisartsenregisters kunnen daar geen antwoord op bieden, omdat het gaat om diegenen die onbekend zijn.

– Hoeveel Nederlanders hebben baat bij een betere behandeling, wat zijn hun kenmerken en hoe kunnen wij die betere behandeling bekomen? Universitaire huisartspraktijken kunnen daarbij een standaard stellen, maar zijn daardoor minder representatief voor de 'gewone' huisartspraktijk. Wij doen zeker geen oproep tot méér meten, wij doen een oproep tot béter meten.

Wij beweren in ons commentaar niet dat 'de incidentie' van hypertensie zou zijn afgenomen. De snelle daling van de sterfte aan beroerte in de jaren 1970-1984 in landen met een moderne gezondheidszorg wordt meestal gedeeltelijk in verband gebracht met meer en betere behandeling. Omdat Nederland in 1994 bijna 1% van het ganse gezondheidszorgbudget aan bloeddrukverlagende middelen besteedde (554 miljoen gulden), hopen wij dat dit ook voor Nederland mag gelden.

Er bestaat bij Okkes et al. overigens een begripsverwarring tussen 'incidentie-prevalentie' en 'eerste consult-zorgepisode'. De verkregen resultaten kunnen alleen goed geïnterpreteerd worden door rekening te houden met het 'gezondheidszorgfil-

ter', bepaald door de vraag van de patiënt en de actie van de huisarts, die (onder andere) variëren op grond van tijd, leeftijd, geslacht, socio-economische status et cetera. Het lijkt ons daarom interessanter de eigen gegevens kritisch te beschouwen in het licht van de gegevens van de vele andere onderzoeken, die blijikbaar tot heel andere resultaten komen.

In het Transitieproject blijkt bijvoorbeeld dat bij mannen vanaf de leeftijd van 55 jaar de 'prevalentie' van hypertensie ongeveer constant blijft, rond de 15%. Diezelfde 'prevalentie' bij vrouwen blijft toenemen, tot boven de 30%. Merkwaardig is dat de incidenties nauwelijks verschillen tussen beide geslachten. Sterfteselectie verklaart dit soort leeftijdsspecifieke verschillen niet. Het lijkt erop dat de zorgepisoden bij mannen veel korter zijn dan bij vrouwen, wat erop zou kunnen wijzen dat oudere mannen verloren raken uit het zorgsysteem. Dit is in het kader van onze vraagstellingen een zeer relevante onderzoekshypothese.

Wij hopen van harte dat beleidsmakers noch de huisarts zich ooit de macabere vraag stellen wanneer of waaraan wij 'het beste' dood kunnen gaan. Het doel van volksgezondheidsbeleid is een zo lang en zo gezond mogelijk leven te bieden aan zo veel mogelijk mensen, binnen de beperkingen van een schaars budget. Het begrip 'concurrerende aandoeningen' betekent enkel dat iemand die niet sterft aan het één, later sterft aan het ander, en in het verlengde leven (misschien) een hogere kans heeft op ziekte. Dit is steeds een bate (zo lang er leven is, is er hoop) en zelfs geen vraagstuk. De interessante vraag is hoeveel dat mag kosten en of er betere investeringen zijn. 'Leven in blessuretijd' (1996;2636-40) wees de lezer erop dat de huidige sterfte zeer laag is en dat vanuit een theoretisch biologisch perspectief verdere winst boeken bijzonder moeilijk (en kostbaar) is. Wie wenst te pleiten voor interventies bij bejaarden, 'hoe oud zij ook zijn', moet kunnen bewijzen dat de opbrengst in een redelijke verhouding staat tot de kosten.

L. BONNEUX

P.J. VAN DE MHEEN

L. GUNNING-SCHEPERS

Rotterdam, januari 1997

Passief roken en longkanker: een nieuw rapport in perspectief

Volgens Van Barneveld et al. zijn er gemiddeld 110-270 longkankergevallen per jaar door passief roken (1997;132-6). Dit lijkt op het oog heel veel. Hoe is men aan dit getal gekomen? Een korte schets van de berekening is iets wat men hier mist.

Passieve rokers hebben gemiddeld 19% meer kans op longkanker dan niet(-passieve) rokers. Dit zijn er dan rond de 200 in Nederland. Als men aanneemt dat de populaties wel/niet passieve rokers ongeveer even groot zijn (40% van de huizen werkplaatsgenoten is roker in ons land), dan zouden er rond de 1000 gevallen van longcarcinoom voorkomen onder de niet-rokers ($100/19 \times 200$) en 1200 onder de passieve rokers ($120/19 \times 200$).

Is de populatie actieve rokers (gemiddeld 15 sigaretten per dag; 40% van de bevolking) 40/30 maal zo groot als de populatie niet-rokers, dan zouden volgens de oude vuistregels $15/1 \times 1000 \times 40/30 = 20.000$ longkankergevallen onder de rokers te betreuren moeten zijn. Dit lijkt mij wat aan de hoge kant.

P.H. VOOREN

Noordwijkerhout, januari 1997

In zijn reactie op ons artikel vraagt collega Vooren om een weergave van de berekening van het door ons vermelde aantal jaarlijks in Nederland aan passief roken toe te schrijven long-

kankerdoden. Wij hebben een dergelijke berekening niet gegeven, daar dit naar onze mening niet in de context van het artikel paste. Wel hebben wij, om verifieerbaarheid door de geïnteresseerde lezer mogelijk te maken, in de betreffende alinea een verwijzing opgenomen naar een eveneens in het Tijdschrift gepubliceerd artikel van onze onderzoeksgroep waarin de gevolgde berekeningsmethode uitgebreid beschreven wordt.¹

De door ons gevolgde methode is ontwikkeld door de Amerikaanse Environmental Protection Agency,² en is gebaseerd op een additiefrisicomodel. Op basis van dit additieve model hebben wij vervolgens berekend welk deel van de totale longkankersterfte kan worden toegeschreven aan de gevolgen van passief roken. Hierbij zijn afzonderlijke berekeningen gemaakt voor mannen en vrouwen die zelf nooit gerookt hebben en voor voormalige rokers die meer dan 5 jaar geleden gestopt zijn. Huidige rokers en voormalige rokers die minder dan 5 jaar geleden gestopt zijn, zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, daar verondersteld mag worden dat passief roken geen noemenswaardige bijdrage levert aan de longkankersterfte in deze groepen. Tevens is de berekening beperkt tot de Nederlandse bevolking van 35 jaar en ouder, daar longkanker op jongere leeftijd vrijwel niet voorkomt. Voor de berekening zijn verder de volgende bepalingen gebruikt: het risico op longkanker door passief roken, een correctiefactor voor de achtergrondblootstelling aan passief roken, prevalentiecijfers met betrekking tot rookgewoonten en blootstelling aan passief roken in de Nederlandse bevolking. Voor de twee eerstgenoemde bepalingen zijn waarden genomen afkomstig uit internationaal onderzoek.² De overige voor de berekening benodigde bepalingen zijn ontleend aan Nederlandse onderzoeken,^{3,5} waarin een aselechte steekproef uit de algemene bevolking werd ondervraagd.

Een belangrijk verschil tussen onze berekening en die van Vooren is dat Vooren geen onderscheid maakt tussen mannen en vrouwen noch tussen nooit-rokers en voormalige rokers. Een afzonderlijke berekening is naar onze mening noodzakelijk, daar er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de voornoemde groepen in de blootstelling aan passief roken. Zo blijkt uit Nederlands onderzoek dat 55% van de nooit rokende vrouwen een partner heeft die rookt, terwijl van de nooit rokende mannen maar 30% een rokende partner heeft. Onder voormalige rokers zijn deze percentages weer anders. In deze groep heeft 70% van de vrouwen en 40% van de mannen een rokende partner. In contrast met deze cijfers gaat Vooren ervan uit dat onder nooit-rokers en voormalige rokers het percentage met een rokende partner bij zowel mannen als vrouwen 50% bedraagt. Verder schat Vooren het risico op longkanker bij huidige rokers (15 sigaretten per dag) een factor 2 te hoog in.² Deze onnauwkeurigheden leiden er dan ook toe dat Vooren tot onjuiste conclusies komt met betrekking tot het in Nederland aan passief roken toe te schrijven aantal longkankerdoden.

LITERATUUR

- 1 Jansen DF, Barneveld TA van, Leeuwen FE van. Een causaal verband tussen longkanker en passief roken: het rapport van de Amerikaanse Environmental Protection Agency. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:500-3.
- 2 Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington, D.C.: Environmental Protection Agency, 1992.
- 3 Rookus MA, Leeuwen FE van. Oral contraceptives and risk of breast cancer in women aged 20-54 years. Netherlands Oral Contraceptives and Breast Cancer Study Group. Lancet 1994;344:844-51.
- 4 Brandt PA van den, Bausch-Goldbohm RA. A prospective cohort study on diet and cancer in the Netherlands [proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1993.