

Schut et al. betreffende zelfcontrole bij diabetes mellitus (1987; 666-9).¹ Aangezien onderzoek op het terrein van en brede belangstelling voor zelfcontrole toe te juichen is, lijkt het zinvol om op de betrekkelijkheden van de studie en de conclusies te wijzen.

In de studie werd op eenzijdige wijze van zelfcontrole gebruik gemaakt. In het Editorial van Bell en Walshe waarnaar ook door Schut et al. werd verwezen, is aangegeven hoe zelfcontrole kan worden gebruikt bij de behandeling van diabetes mellitus:² (1) Ter opsporing van asymptomatische hypoglykemieën en geruststelling bij vermeende ontregeling indien incidenteel het bloedglucosegehalte wordt gemeten. (2) Ter bepaling van de optimale insulinedosis indien een dagcurve wordt gemaakt. (3) Ter aanpassing van de insulinedosis door de patiënt zelf, 'zelfregulatie', bij 'geïntensiveerde behandeling' indien zeer frequent dagcurven worden gemaakt. Uit literatuur en ervaring is gebleken dat zelfcontrole een belangrijk instrument is bij maatregelen voor het optimaliseren van metabole regulatie. Alleen al door zijn aard, een meetinstrument, is zelfcontrole echter onvoldoende voor het bereiken van deze optimalisering. Het hangt geheel af van de actie, die na een bloedglucosemeting al dan niet wordt ondernomen, of zelfcontrole bijdraagt tot goede metabole regulatie. De suggestie die door Schut et al. werd gewekt, dat zelfcontrole er niet toe doet of zelfs soms averechts werkt bij het verbeteren van metabole regulatie, op grond van methodologische manco's in veelvuldig geciteerde onderzoeken, werd door anderen 'perverse' genoemd.³ Er zijn wel lange-termijn gecontroleerde studies die hebben aangegeven dat door zelfcontrole ernstige ontregelingen worden voorkomen; er werd echter geen verschil in de gemiddelde metabole regulatie gevonden.^{4,5} De mening bestaat dat universele toepassing van zelfcontrole niet wenselijk en ook niet uitvoerbaar is.⁶

Door Schut et al. werd zelfcontrole uitsluitend gewaardeerd als maatregel ter verbetering van de metabole regulatie, en niet op andere merites beschouwd. In de eerste plaats kan dan gewezen worden op bovengenoemde andere toepassingen. In de tweede plaats lijkt het fundament waarop Schut et al. hun conclusie hebben gebouwd onvoldoende. Hoewel het enerzijds in de praktijk zeer moeilijk of misschien wel onmogelijk is om metabole regulatie over een langere periode exact te meten, is anderzijds het meetinstrument van Schut et al. wel zeer pover. Ook bij het begin van de studie waren er betere!⁷ De conclusies werden getrokken op grond van slechts enkele in het ziekenhuis gemeten waarden, die in het artikel niet zijn terug te vinden. Resultaten van zelfcontrole, waar het om draait, werden geheel buiten beschouwing gelaten. Mogelijk was de metabole regulatie bij een groot deel van de patiënten al optimaal, waardoor een verbetering niet mocht worden verwacht. Daar komt bij dat een omslachtige statistiek werd gebruikt om het resultaat aan te tonen. De zwakke onderbouwing van de metabole regulatie maakt dat de conclusies, die aan het waarschijnlijk zeer goede psychologische deel van het onderzoek werden verbonden en waarop hier geen kritiek wordt geuit, hun waarde lijken te verliezen.

Gezien het belang voor de patiënt met diabetes mellitus kan onderzoek van zelfcontrole, alleen al als instrument in de 'education permanente', worden gewaardeerd, maar dan wel in de breedste zin en met een adequate onderzoeksopzet.

LITERATUUR

- 1 Anonymus. Bronvermelding 'ANP'. Zelfcontrole bij diabetes werkt soms averechts. NRC/Handelsblad, 18-4-1987, bl. 2.
- 2 Bell PM, Walshe K. Benefits of self-monitoring of blood-glucose. Br Med J 1983; 286: 1230-1.
- 3 Tattersall R, Gale E. Patient self-monitoring of blood glucose and refinements of conventional insulin treatment. Am J Med 1981; 70: 177-82.

⁴ Mann NP, Norohna J, Johnston DI. A prospective study to evaluate the benefits of long-term self-monitoring of blood glucose in diabetic children. Diabetes Care 1984; 7: 322.

⁵ Danemann D, Siminero L, Transue D, et al. The role of self-monitoring of blood glucose in the routine management of children with insulin-dependent diabetes mellitus. Diabetes Care 1985; 8: 1.

⁶ Scott A, Tattersall R. Self-monitoring of diabetes. In: Alberti KGMM, Krall LP, eds. The diabetes annual/2. Amsterdam: Elsevier, 1986.

⁷ Service FJ. Parameters for the assessment of glycaemic control. In: Irsigler K, Kunz KN, Owens DR, Regal H, eds. New approaches to insulin therapy. Lancaster: MTP Press, 1981.

A. J. SPIJKER

Roermond, mei 1987

Schut et al. berichten in hun artikel over een cursus zelfcontrole voor diabetespatiënten, en het effect van die cursus op de kwaliteit van de metabole regulatie van de patiënten (1987; 666-70). Schut et al. constateerden in de cursusgroep een achteruitgang van de regulatie bij 7 patiënten, een stabiele situatie bij 8 en een vooruitgang bij 4 patiënten. In de controlegroep bedroegen deze aantallen respectievelijk 3, 6 en 4. De auteurs stellen dat de verslechtering van de regulatie in de cursusgroep t.o.v. de controlegroep statistisch significant is, en zij verbinden hieraan conclusies omtrent averechtse effecten van het bevorderen van zelfzorg – conclusies die zijn overgenomen in de pers, i.c. NRC-Handelsblad.

Voor de statistische analyse hebben de auteurs hierbij gebruik gemaakt van éézijdige toetsing met behulp van de toets van Yates. Nu ben ik onvoldoende statistisch onderlegd om deze toets van Yates te kunnen beoordelen, maar wel waag ik het een vraagteken te zetten bij het gebruik van het éézijdige model in deze situatie. Éézijdig toetsen veronderstelt immers dat de alternatieve hypothese – in dit geval een gunstig effect van de cursus op de regulatie – van tevoren op grond van de logica of van bestaande kennis kan worden uitgesloten, en dat iedere verandering in de cursusgroep in gunstige richting alleen door toevalsfluctuaties veroorzaakt kan zijn. Dit nu lijkt mij onjuist. Er zijn geen goede gronden om aan te nemen dat gunstige effecten van het volgen van een zelfcontrolecursus a priori onmogelijk zijn. De juiste procedure zou m.i. dan ook geweest zijn om tweezijdig te toetsen. De p-waarde wordt dan verdubbeld, de kans dat het hier gevonden verschil door toeval optreedt, wordt groter dan 0,05, en de conclusie van het onderzoek worát dat er geen conclusie valt te trekken – een gebruikelijk probleem bij onderzoeken met kleine aantallen patiënten.

M. B. KATAN

Wageningen, mei 1987

Aan het grote aantal reacties op ons artikel is te merken dat de voorlichting aan patiënten met diabetes mellitus velen ter harte gaat. Dat is verheugend. De daadwerkelijke invoering van deze voorlichting kent echter nog enige haken en ogen. Een analyse van de huidige stand van zaken maakt dit duidelijk. We zien dan dat diabetologen ernaar streven om bloedsuikers gedurende 24 uur zo scherp mogelijk ingesteld te houden. Het is bekend dat zwangere patiënten hier zeker profijt van hebben; bij patiënten met een retinopathie lijkt dit waarschijnlijk; het rendement bij patiënten met nefropathie in een later stadium en met polyneuropathie is nog onvoldoende bewezen. Overal in den lande probeert men via zelfcontrole en begeleidende voorlichting deze zo scherp mogelijke instelling te realiseren. Die aanpak is echter uitermate arbeidsintensief en daardoor kostbaar. Zowel met het oog op een zo adequaat mogelijke handelwijze als gezien de huidige budgettering is het dus de vraag voor welke