

De zorg voor type-II-diabeten in een achterstandsbuurt

Evaluatie van een zorgproject in drie huisartspraktijken

J.D. QUERIDO
V. VON VEH

Querido JD, Von Veh V. De zorg voor type-II-diabeten in een achterstandsbuurt. Evaluatie van een zorgproject in drie huisartspraktijken. Huisarts Wet 1995; 38(6): 246-9.

Samenvatting Sinds 1989 bestaat in het Amsterdamse gezondheidscentrum Staatslieden/Hugo de Grootbuurt een zorgproject ten behoeve van type-II-diabeten. Het daartoe ontwikkelde protocol stemt goed overeen met de kort nadien gepubliceerde NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II. In dit onderzoek werd nagegaan, in hoeverre het protocol is gevolgd in de periode 1 december 1991 t/m 30 november 1993, en hoe het was gesteld met de begeleide projectpopulatie. In totaal hadden 77 patiënten aan het project deelgenomen. Het aantal controles door de praktijkassistente was ruim conform de opzet. Van de beoogde verwijzingen naar de diëtiste werd minder dan een kwart gerealiseerd, van de huisartscontroles minder dan de helft, en van bloedonderzoek en oogheelkundige consulten ongeveer tweederde. Het therapeutisch beleid spoorde goed met het protocol. Beïnvloeding van overgewicht bleef een knelpunt. Dorst, polyurie en pruritus vulvae verbeterden meestal bij vermindering van de glykemie. Gemiddeld bleven de bloedsuikers echter op hetzelfde niveau. Allochtonen waren duidelijk oververtegenwoordigd in het project.

J.D. Querido, huisarts; V. von Veh, praktijkassistente.
Correspondentie: J.D. Querido,
Rechtboomssloot 85-II, 1011 CX Amsterdam.

Inleiding

Sinds de jaren tachtig, en vooral sinds de publikatie van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II (DM II) in 1989,¹ wordt geregeld door huisartsen verslag gedaan van de zorg voor dit type diabetes. Verreweg de meeste publikaties zijn afkomstig uit praktijken in kleine(re) plaatsen in landelijke gebieden; vanuit de grote steden is hierover veel minder bekend. Dit zou kunnen samenhangen met de hindernissen die de huisartsgeneeskunde, en zeker de systematische zorg van de huisarts voor chronisch zieken, ondervindt bij enerzijds instabiele, heterogene populaties, zoals die met name in achterstandsbuurten voorkomen, en anderzijds een overmaat aan tweedelijns voorzieningen, waardoor afstemming van het beleid wordt bemoeilijkt.²

Een half jaar voor het verschijnen van de standaard ging in het gezondheidscentrum Staatslieden/Hugo de Grootbuurt, gelegen op de grens van de gelijknamige Amsterdamse achterstandsbuurten, een DM-II-project van start. Huisartsen, praktijkassistenten, diëtiste en wijkverpleegkundigen zouden deze groep patiënten zoveel mogelijk protocollair gaan behandelen, zodat het beleid van de drie in het gezondheidscentrum gevestigde praktijken zou gaan convergeren.

Na een aanloopperiode, waarin de verslaglegging veel te wensen overliet, werd afgesproken dat zoveel mogelijk patiënten voor driemaandelijke controle 'verwezen' zouden worden naar één van de praktijkassistentes, die ook de verdere uitvoering van het protocol en de registratie daarvan zou coördineren; deze assistente ontwikkelde zich tot 'diabetesverpleegkundige'. Het 'project' werd daarna beperkt tot de patiënten die deze begeleiding ontvingen. Of een patiënt aan het project deelnam, dan wel alleen onder controle van de eigen praktijkassistente en huisarts bleef, hing niet af van objectieve kenmerken, maar van allerlei persoonlijke factoren die bij zo'n (gedeeltelijke) 'verwijzing' een rol spelen. In de loop der jaren nam het aantal naar het project verwezen patiënten

– die dus allen al kortere of langere tijd bekend waren – gestaag toe, maar de projectpopulatie bleef een selectie.

Het protocol stemde goed overeen met de latere standaard. De diagnose diabetes mellitus werd gesteld op herhaalde niet-nuchtere plasmaglucoses >11 mmol/l, of herhaalde nuchtere waarden >7 mmol/l. Steeds op nuchtere waarden controleren was moeilijk in de meest laaggeschoolde en voor een belangrijk deel allochtone populatie, en was ook lastig in te passen in de drukte van het ochtend(inloop)sprek uur. Daarom werd gestreefd naar bepalingen 2 uur na het ontbijt, ondersteund door een jaarlijkse HbA1c. In plaats van de Quetelet-index werd nog gebruik gemaakt van het aantal centimeters boven de meter lichaamslengte als maat voor streef- en overgewicht. Voor het overige was er geen verschil met de standaard.

In dit artikel geven wij een evaluatie van het project aan de hand van de volgende vraagstellingen:

- In welke mate werd begin 1994 de zorg voor de patiënten met diabetes mellitus type II binnen het gezondheidscentrum gehouden, en in hoeverre gebeurde dat in het kader van het zorgproject?
- In hoeverre was in de voorafgaande periode – 1 december 1991 t/m 30 november 1993 – het zorgprotocol gevolgd, en hoe was het bij de projectpopulatie gesteld met symptomen, metabole instelling en therapie?

Methoden

Toestand begin 1994

Begin 1994 werd vastgesteld hoeveel patiënten met diabetes mellitus type II in het gezondheidscentrum bekend waren.³ Vervolgens werd nagegaan hoeveel patiënten in het gezondheidscentrum werden gecontroleerd, en hoeveel door internisten, en hoe de insuline- en niet-insulinegebruikers waren verdeeld over huisartsen en internisten. Voor de binnen het gezondheidscentrum begeleide patiënten werd nagegaan hoeveel er begin 1994 deelnamen aan het project.

Evaluatie van het project

Van alle patiënten op 30 november 1993 deelnamen aan het project werden de volgende gegevens verzameld:

- Personalialia: geboortedatum, geslacht en etnische herkomst.
- Mate van deelname aan het project:
 - aantal maanden deelname sinds 1 december 1991;
 - aantal bezoeken aan de projectassistente;
 - aantal malen gericht onderzoek door de huisarts;
- aantal laboratoriumcontroles volgens protocol;
- aantal oogheelkundige consulten;
- verwijzing naar de diëtiste;
- bemoeienis wijkverpleegkundige.
- Klachten en glykemie: 'hyperglykemische' klachten (dorst, polyurie, pruritus vulvae) en beloop daarvan; beloop glykemie volgens postprandiale waarden en HbA1c; klachten door complicaties.
- Therapiebeloop: van alleen dieet tot en met insuline.
- Beloop van het gewicht.

- Bevindingen met betrekking tot complicaties: bevindingen van huisarts en oogarts, kreatininewaarden.
- Additionele risicofactoren: diastolische bloeddruk, cholesterol, roken.

De diëtiste leverde separaat gegevens over iedere patiënt die zij had gezien.

Resultaten

Toestand begin 1994

Begin 1994 voldeden 125 patiënten aan de criteria voor diabetes mellitus type II.³ Van deze groep werden 95 patiënten – 76 procent – binnen het gezondheidscentrum begeleid.

Van de in de tweede lijn gecontroleerde patiënten gebruikte 80 procent insuline; onder de patiënten die door de huisartsen werden gecontroleerd, was dat 20 procent. Van de binnen het gezondheidscentrum begeleide patiënten was 73 procent (n=68) ingeschreven in het project.

Evaluatie van het project

In de periode 1 december 1991 t/m 30 november 1993 namen 77 patiënten deel aan het project. Op 30 november 1993 waren vier van hen overleden en acht anderen waren overgeschreven naar praktijken elders in de stad. De evaluatie heeft derhalve betrekking op 65 patiënten (tabel 1).

De duur van de begeleiding over de twee geëvalueerde jaren bedroeg gemiddeld anderhalf jaar (tabel 2). De projectassistente haalde ruim het nagestreefde aantal controles; de andere controles bleven beneden het streefcijfer. Wijkverpleegkundigen bleken niet meer betrokken bij het project.

Als 'hyperglykemisch' geboekte klachten bleken inderdaad meestal te verminderen bij daling van de glykemie (tabel 3).

In totaal 36 patiënten waren de volle twee jaar protocollair begeleid. Deze groep was gemiddeld ouder (66,5 jaar) en telde relatief meer autochtonen (64 procent) dan de totale projectpopulatie; de geslachtsverdeling was gelijk. Tabel 4 geeft een beeld van de postprandiale bloedsuikerwaarden. Het

Tabel 1 De projectpopulatie per 1 december 1993 (n=65)

Geslacht		Gemiddelde leeftijd in jaren (range)	
– vrouwen	40	– vrouwen	65,6 (39-90)
– mannen	25	– mannen	57,0 (38-83)
<i>Etnische herkomst</i>			
– autochtoon	32	– autochtonen	68,6 (46-90)
– Surinaams	16	– allochtonen	55,2 (38-79)
– Noordafrikaans	9		
– Portugees of Spaans	4		
– overige	4		

Tabel 2 Volumegegevens van het project bij een deelname van gemiddeld 18 maanden gedurende 2 jaar

	Opzet	Gerealiseerd
Controles projectassistente	5	6
Onderzoek huisarts	1,5	0,7
Volledig bloedonderzoek	1,5	1,0
Controles oogarts	1,5	0,9
Begeleiding diëtist	1,0	0,3

Tabel 3 Symptomen (n=65 patiënten)

Hyperglykemische klachten (dorst, polyurie, pruritus vulvae)		Symptomen in verband met complicaties	
– zonder verbetering	11	– aanwijzingen voor neuropathie	12
– gevolgd door verbetering	21	– aanwijzingen voor perifere arterieel lijden	2
– (waarvan duidelijk verband met gedaald bloedsuiker: 17)		– angina pectoris (zonder hypertensie)	3
– geen klachten	29	– kreatinine >100	8
– onbekend	4	– ernstige infectie/ulcus cruris/diabetische voet	4
		– retinopathie	5

aantal HbA1c-uitslagen was te gering voor vergelijking.

Van vier patiënten was het uitgangsgewicht onbekend. Bij 41 van de overige 61 patiënten lag het uitgangsgewicht 5-45 kg boven het streefgewicht (tabel 5). In 34 gevallen lag het laatst gemeten gewicht boven het uitgangsgewicht; 16 patiënten waren even zwaar gebleven, en 11 waren afgevallen.

In de onderzoeksperiode waren 35 patiënten verwezen naar de diëtiste, van wie deze er slechts 11 had gezien. Daarnaast had zij nog vier patiënten gezien die kennelijk eerder waren verwezen. Over veertien patiënten werd gerapporteerd dat hun voedingsgewoonten (sterk) verbeterd waren. Elf patiënten kwamen in aanmerking voor gewichtsvermindering. Bij negen was dit in wisselende mate gelukt; de gewichtsdaling bedroeg bij hen gemiddeld 2,2 kg. In twee gevallen was het resultaat onbekend.

Tabel 6 geeft een beeld van het therapiebeloop.

Van de 63 patiënten voor wie additionele risicofactoren waren geregistreerd, bleken er 13 nog te roken. Bij 10 van de 48 patiënten van wie een (laatste) cholesterolbepaling vermeld was, lag deze boven de 7,0 mmol/l. Bij 5 van de 65 patiënten was de laatst gemeten diastolische bloeddruk >100 mm Hg.

Beschouwing

Begin 1994 werd 76 procent van de bekende type-II-diabeten binnen ons gezondheidscentrum begeleid³ – een redelijke score, zeker als men de plaatselijke hindernissen in acht neemt. Zo is de begeleiding van diabetes mellitus type II – waarin zoveel afhangt van voorlichting en instructie – een bewerkelijke onderneming in een achterstandsbuurt met haar sterke oververtegenwoordiging van laaggeschoolde en/of allochtone patiënten. En de 'dun uitgesmeerde' relatie met een groot tweede echelon, waaraan in de grote stad veelal niet valt te ontkomen, bemoeilijkt de afstemming van zorg en terugverwijzing. Zo bleek een dozijn oogartsen be-

Tabel 4 Postprandiale plasma-glucoseconcentraties (mmol/l) bij tweejaars-begeleidingen (n=36)

Gem. eerste waarde	10,9	Gem. hoogste tussenwaarde	13,7
Gem. laatste waarde	10,9	Gem. laagste tussenwaarde	8,2

Tabel 5 Beloop lichaamsgewicht. Percentages (n=61)

<i>Uitgangswaarden</i>	
– maximaal 4 kg boven streefwaarde	33
– 4-45 kg overgewicht	67
<i>Laatste gewicht ten opzichte van uitgangsgewicht</i>	
– aangekomen	55
– gelijk gebleven	26
– afgevallen	19

Tabel 6 Therapiebeloop. Aantallen (n=65)

Alleen dieet	8	SU II	4
Dieet → SU I*	8	SU → SU + biguanide	8
SU I	19	SU / biguanide → insuline	6
SU I → SU II*	7	Insuline	4

* SU I: eerste-generatie sulfonylureumderivaat; SU II: tweede-generatie sulfonylureum-derivaat.

trokken bij de controles van de projectpatiënten, terwijl minstens een tiental internisten bemoeienis heeft met onze diabeten die nog in de tweede lijn begeleid worden.

De mate waarin onze zorg protocollair gebeurt, slaat waarschijnlijk geen slecht figuur.⁴ Bovendien groeit de deelname aan het project gestaag, en is het aannemelijk dat de ervaring eruit doorwerkt in de zorg voor de andere in het gezondheidscentrum begeleide diabeten. Behalve de assistentecontroles werd het protocol echter gemiddeld genomen onvolledig gerealiseerd. De wijkverpleging bleek niet meer bij het project betrokken; in de huidige opzet heeft zij vooral te maken met de kleine groep diabeten die van haar afhankelijk is voor insuline-toediening. De verwijzingen naar de diëtiste moeten kennelijk beter georganiseerd worden, of slechts electief gebeuren. De huisartscontroles bleken gemiddeld nog onvoldoende frequent. De frequentie van bloedonderzoek en van oog-

heelkundig consulten (die waarschijnlijk onderschat is, omdat alleen rapportage ervan meetelde) bleek globaal genomen acceptabel.

Ons voornamelijk varen op niet-nuchtere glucoses heeft bezwaren, vooral wegens de variabiliteit van deze maat. Nuchtere glucosewaarden correleren beter met de risico's op sommige complicaties; regelmatige controles ervan volstaan als richtsnoer voor het beleid bij niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus.⁵

Onze cijfers over complicaties zijn te klein voor analyse, al valt de lage 8 procent voor retinopathie wel op. Onderdiagnostiek, onderrapportage of selectie? In andere huisartspraktijken werd bij respectievelijk 14 en 35 procent van de patiënten retinopathie gevonden. Daarbij waren echter ook de type-II-diabeten die in de tweede lijn gecontroleerd werden ingesloten, terwijl het tweede percentage de uitkomst is van een eerste screening met de funduscamera.⁵

Zoals ook elders de ervaring was, bleken de metabole streefwaarden moeilijk haalbaar.^{5,6} De gemiddelde eindwaarde van de bloedsuiker was bij de patiënten voor wie twee jaar begeleiding beschouwd kon worden, gelijk aan de gemiddelde beginwaarde; kennelijk bereiken we gemiddeld niet meer dan een stabilisering. Correctie van overgewicht is van groot belang, maar blijft ook het moeilijkste onderdeel van de behandeling. Het traject van dieet en bloedsuikerverlagende middelen werd vrijwel steeds volgens protocol c.q. volgens de standaard doorlopen. De huisartsen namen het merendeel van de overzettingen op insuline voor hun rekening; in de overige gevallen vond een 'tussentijds' internistisch consult plaats. Landelijke richtlijnen hiervoor zullen ook bij ons worden verwelkomd.

Het doel is, alle binnen het gezondheidscentrum begeleide patiënten volgens de standaard te controleren. Een prospectieve evaluatie van deze protocollaire zorg, met gelijke begeleidingsduur van alle beschouwde gevallen, zou gewenst zijn. Maar dat praktijken in achterstandsbuurten zonder extra menskracht zouden kunnen ontsnappen aan achterstand in innovatie en kwaliteitsbewaking, is onwaarschijnlijk.

Dankbetuiging

Wij danken onze collega's in het Gezondheidscentrum Staatslieden/Hugo de Grootbuurt en mw. M. Henke-van Orden, diëtiste, voor hun hulp bij het vergaren van de gegevens. Zonder de inspanningen van mw. C. Grijns, wijkverpleegkundige, en mw. P.A. Wempe, huisarts, zou het project niet van de grond gekomen zijn. Dr. E.H. van de Lisdonk, Dr. S. Thomas en J. van der Velden, arts-epidemioloog, zijn wij erkentelijk voor beoordeling van een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- 1 Cromme PVM, Mulder JD, Rutten GEHM, et al. NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II. Huisarts Wet 1989; 32: 509-12.
- 2 Querido JD. Lange kunde in de grote stad. Huisarts Wet 1993; 36: 59-63.
- 3 Querido JD. De prevalentie van diabetes mellitus type II in een achterstandsbuurt. Een onderzoek in drie huisartspraktijken. Huisarts Wet 1995; 38(6): 250-4.
- 4 Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II? Huisarts Wet 1995; 38(1): 10-4.
- 5 Rutten GEHM. NHG-standaard Diabetes mellitus II: actualiseren of niet? Huisarts Wet 1994; 37: 153-9.
- 6 Crebolder HFJM, Van der Horst FG, Seegers GJM. Klachten van type-II diabetes in relatie tot bloedsuikerwaarden en overgewicht. Huisarts Wet 1990; 33: 384-7. ■

Abstract

Querido JD, Von Veh V. Caring for type-2 diabetics in three inner city practices. Assessment of a protocol. Huisarts Wet 1995; 38(6): 246-9.

As of the beginning of 1994, 76 percent of the type-2 diabetics known in a health centre in an underprivileged area of Amsterdam was treated within its walls. In 73 percent of these cases, care was organized in a project using a protocol very much in accordance with the Dutch College of General Practitioners guidelines on type 2 diabetes mellitus. This project was assessed over the period 1 December 1991 through 30 November 1993. Over these two years, the average duration of patient participation was 1.5 years. The number of practice nurse checks was as planned, but those of the GP, and, especially, the dietitian, fell short of intended frequency. Annual blood tests (HbA1c, creatinine, cholesterol) and ophthalmological examinations were fairly well maintained. Therapeutic management was well in line with the protocol. Correction of overweight failed in most cases. Thirst, polyuria, and vulvar pruritus usually eased on decreasing plasma glucose levels. On the average, however, these levels remained much the same. Ethnic groups were clearly overrepresented in the project.

Keywords Diabetes mellitus; Family practice; Inner city; Protocol.

Correspondence J.D. Querido, MD, Rechtboomssloot 85-II, 1011 CX Amsterdam, The Netherlands.