



## KLACHTEN VAN DE LUCHTWEGEN

### De effectiviteit van amoxicilline versus roxitromycine bij lage-luchtweginfecties in de huisartspraktijk

R.M. Hopstaken. Universiteit Maastricht

**Achtergrond** Amoxicilline is het geneesmiddel van keuze indien behandeling van lage-luchtweginfecties in de eerste lijn nodig wordt geacht. Een veronderstelde stijging van de frequentie van atypische pathogenen, waartegen amoxicilline niet effectief is, rechtvaardigt de vraag of een macrolide antibioticum een meer rationele keuze is.

**Vraagstelling** Effectiviteit van amoxicilline versus roxitromycine.

**Onderzoekopzet** Dubbelblind, gerandomiseerd onderzoek (RCT).

**Setting** Vijftien huisartspraktijken in Limburg, Nederland.

**Deelnemers** Honderdzesennegentig volwassen patiënten met een lage-luchtweginfectie die, volgens de eigen huisarts, een antibioticum nodig hebben.

**Interventie** Amoxicilline 3 x 500 mg of roxitromycine 1 x 300 mg gedurende tien dagen.

**Uitkomstmaten** Primair: klinische genezing na 10 en 28 dagen.

Secundair: bacteriologische genezing, snelheid van genezing en invloed op dagelijkse activiteiten volgens patiëntendagboek, compliance (MEMS) en bijwerkingenprofiel.

**Resultaten** Klinische genezing na afloop van de antibiotische behandeling (10 dagen) en na 28 dagen was niet significant verschillend tussen de twee groepen. Negentig procent van de patiënten werd effectief behandeld met amoxicilline of roxitromycine. Ook bacteriologische genezing, snelheid van genezing, invloed op dagelijkse activiteiten, compliance en frequentie van bijwerkingen waren vergelijkbaar tussen beide groepen.

**Baseline-gegevens:** Bij veertien patiënten in de amoxicilline-groep en dertien patiënten in de roxitromycine-groep werd op basis van longfoto's de diagnose pneumonie gesteld. Bij 91 van de 196 patiënten werden dominante pathogenen gevonden, waarvan 38% viraal, 39% bacterieel, 11% viraal-bacterieel en 3% atypisch was.

**Conclusie** De meerwaarde van roxitromycine werd niet bevestigd. Amoxicilline

Op de NHG-wetenschapsdag, die op 21 juni in de Meervaart in Amsterdam werd gehouden, hielden onderzoekers korte inleidingen over hun onderzoek en konden beginnende onderzoekers advies vragen aan ervaren onderzoekers. Er waren posters, workshops en tot slot een kort gezinschap over de vraag of evidence based medicine in de huisartspraktijk wel mogelijk is. Het NHG-katern in dit nummer besteedt uitgebreid aandacht aan de hele dag.

Hier publiceren wij de abstracts van de voordrachten, zodat ook niet-onderzoekers kennis kunnen nemen van lopend of bijna afgesloten onderzoek.

blijft een betrouwbaar eerste-keus antibioticum bij de behandeling van volwassenen met een lage-luchtweginfectie in de huisartspraktijk.

### Opvattingen van patiënten en huisartsen over luchtwegklachten

H.J. van Duijn, H. den Ouden, A.P. Slootweg, I. Welschen, T.J.M. Verheij, M.M. Kuyvenhoven. Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, UMC Utrecht

**Inleiding** Uit onderzoek elders komt naar voren dat de opvattingen van huisartsen en patiënten over oorzaken, natuurlijk beloop en de effectiviteit van antibiotica bij luchtwegklachten uiteen kunnen lopen. In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre patiënten en huisartsen in Nederland verschillen in opvattingen over hoesten, keelpijn en oorpijn.

**Methode** In pilot 1 werd een vragenlijst met 6 items door 51 personen (leeftijd 21 tot 70 jaar) ingevuld. In pilot 2 werd een vragenlijst met 11 items door 39 personen (leeftijd 18 tot 60 jaar) ingevuld. In pilot 3 werd een vragenlijst ingevuld door 7 praktiserende huisartsen. Deze vragenlijst bevatte 15 items die ook voorkwamen in pilot 1 en 2. De items kenden alle een vijfpunts-schaal (1=helemaal mee oneens, 5=helemaal mee eens).

**Resultaat** De patiënten vonden antibiotica bij hoesten en keelpijn vaker nodig dan huisartsen (gemiddeld 1,7 en 1,7 respectievelijk 2,7 en 2,9). Voor oorpijn was er geen verschil (gemiddeld 3,4 respec-

tiefelijk 3,3). De patiënten geloofden ook meer dan huisartsen dat antibiotica hen sneller van deze luchtwegklachten afhelpen (gemiddeld 3,7 respectievelijk 2,0). De huisartsen waren vaker van mening dat luchtwegklachten vanzelf overgaan dan patiënten (gemiddeld 4,1; 4,1 en 3,7 respectievelijk 3,1; 3,4 en 2,9). Acht van de tien patiënten dachten dat bacteriën een belangrijke oorzaak zijn van luchtwegklachten.

**Conclusie** Huisartsen en patiënten hebben verschillende opvattingen over luchtwegklachten. Dit verschil heeft mogelijk negatieve consequenties voor de tevredenheid en therapietrouw van de patiënt. Om een goede zorg en voorlichting te geven aan patiënten is het van belang deze opvattingen te kennen.

### Amoxicilline in de behandeling van patiënten met vermoeden van rhinosinusitis : gerandomiseerd dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek

A. de Sutter, M. de Meyere, T. Christiaens, M. van Driel, W. Peersman, J. de Maeseneer. Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

**Achtergrond** Alhoewel de meeste bovenste-luchtweginfecties zelflimiterend zijn, bestaan er op dit ogenblik toch gegevens die aantonen dat antibiotica nuttig kunnen zijn bij patiënten met radiologisch aangetoonde sinusitis of met bacteriële (bevestigd door cultuur) rhinopharyngitis. Het is moeilijk om deze gegevens in de huisartspraktijk toe te passen aangezien het beleid bij deze aandoeningen vrijwel altijd op louter klinische basis wordt bepaald en verschillende diagnostische onderzoeken aangetoond hebben dat het onmogelijk is om zonder technisch onderzoek een onderscheid te maken tussen sinusitis, rhinitis, en bacteriële of virale rhinopharyngitis. Daarom includeerden we in dit onderzoek patiënten met klinisch vermoeden van rhinosinusitis met de bedoeling resultaten te verkrijgen die dichter aansluiten bij de dagelijkse praktijk.

**Doel** Vergelijking van de werkzaamheid van amoxicilline versus placebo bij patiënten met rhinosinusitis-achtige klachten.



**Onderzoeksopzet** Gerandomiseerd dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek.

**Setting** Negenenzestig huisartspraktijken in Vlaanderen.

**Patiënten** Vierhonderdzestien patiënten van twaalf jaar en ouder, met rhinosinusitis-achtige klachten.

**Interventie** Na randomisatie kregen 207 patiënten 3 x 500 mg amoxicilline per dag en 209 patiënten drie identieke capsules met placebo. Alle patiënten kregen symptomatische therapie (paracetamol en xylomethazoline neusdruppels).

**Uitkomstmaat (primaïr)** Vergelijking tussen beide groepen van het aantal patiënten dat na tien dagen hersteld is; vergelijking van de duur van pijnklachten, purulente rhinorrhoea en ziektegevoel.

**Resultaat** Na tien dagen was in de amoxicillinegroep 57% van de patiënten hersteld, in de placebogroep 51%. Relatief risico 1,17 (95%-CI 0,91-1,40). Duur van pijn en ziektegevoel waren hetzelfde in beide groepen. De duur van purulente neusloop was echter significant korter in de amoxicillinegroep: 75% van de patiënten was vrij van purulente rhinorrhoea na negen dagen, terwijl dit veertien dagen was in de placebogroep (log rank test  $p=0,0065$ ).

**Conclusie** Amoxicilline heeft wel enig effect, maar is niet in staat om de meer hinderlijke symptomen zoals pijn of ziektegevoel te beïnvloeden. Daarom besluiten wij dat bij patiënten die hun huisarts raadplegen omwille van rhinosinusitis-achtige klachten, antibiotica niet aangevoerd zijn.

#### **Een prospectief onderzoek naar de verwekkers van onderste-luchtweginfecties bij volwassenen in de huisartspraktijk**

A.W. Graffelman<sup>1</sup>, A. Knuistingh Neven<sup>1</sup>, A.C.M. Kroes<sup>2</sup>, S. le Cessie<sup>3</sup>, P.J. van den Broek<sup>4</sup> <sup>1</sup>Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, <sup>2</sup>afdeling Medische Microbiologie, <sup>3</sup>afdeling Medische Statistiek, <sup>4</sup>afdeling Infectieziekten, Leids Universitair Medisch Centrum

**Inleiding** Van de patiënten met een onderste-luchtweginfectie wordt ongeveer 6% in het ziekenhuis opgenomen. Dit betekent dat het grootste deel van de patiënten door de huisarts wordt behan-

deld. Gegevens omtrent de verwekkers van onderste-luchtweginfecties komen voornamelijk vanuit een klinische setting. Het hier beschreven onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de verwekkers van onderste-luchtweginfecties in de huisartspraktijk.

**Methode** In huisartspraktijken in de regio Leiden werden patiënten van 18 jaar en ouder vanaf 15 november 1998 tot 1 juni 2001 voor het onderzoek gerecruuteerd. Inclusiecriteria waren: a. afwijking bij auscultatie; b. en twee van de volgende drie: – temperatuur >38 °C in de afgelopen 48 uur; – hoesten of dyspnoe; – malaise, verwardheid of tachypnoe. Exclussiecriteria waren: een contra-indicatie voor een X-thorax en een conditie waarbij het onmogelijk was de patiënten te vervolgen. Voor het aantonen van voor onderste-luchtweginfecties relevante verwekkers werden sputumkweken, bloed voor serologie en keelwatten afgenomen. Na ongeveer een week werden thoraxfoto's gemaakt.

**Resultaten** Deze tussentijdse resultaten zijn gebaseerd op 118 geïncludeerde patiënten. Aanwijzingen voor een infiltraat op de X-thorax werden gevonden bij 20% (22/110) van de patiënten. Een ziekteverwekker werd bij 64% (76/118) vastgesteld. De meest voorkomende verwekker was Influenza type A virus met 31% (37/118), waarvan een derde in combinatie met een andere verwekker. *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* en *Streptococcus pneumoniae* werden gevonden bij respectievelijk 13% (15/118), 8% (9/118) en 6% (7/118) van de patiënten.

**Conclusie** De voorlopige conclusie is dat bij slechts 20% van de patiënten met een onderste luchtweginfectie in de huisartspraktijk een aanwijzing voor een infiltraat op de X-thorax wordt gevonden. Bij 36% van de patiënten kan geen verwekker worden aangetoond. Bij de patiënten (64%) bij wie wel een verwekker wordt gevonden, is Influenza type A de meest voorkomende verwekker. Pneumokokken worden slechts bij een beperkt aantal patiënten (6%) gevonden.

#### **ALLEDAAGSE ZIEKTEN**

##### **Fusidinezuurcrème versus placebo bij de behandeling van impetigo: een dubbelblinde gerandomiseerde trial**

S. Koning, Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam

**Inleiding** Impetigo is de meest voorkomende huidinfectie bij kinderen. De wetenschappelijke basis voor het beleid is beperkt. De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties beveelt desinfectie met bijvoorbeeld povidon-jodium aan als basisbehandeling, en bij meer uitgebreide laesies fusidinezuurcrème. De werkzaamheid hiervan bij impetigo is echter nooit placebogecontroleerd onderzocht.

**Methode** Kinderen met impetigo werden door huisartsen aangemeld, en door een onderzoeksverpleegkundige thuis bezocht. Alle kinderen kregen een basisbehandeling van wassen met povidon-jodiumshampoo. De helft van de kinderen kreeg daarnaast fusidinezuurcrème, de andere helft placebocrème. Na 7, 14 en 28 dagen werden evaluatiebezoeken afgelegd. Genezing was de primaire uitkomstmaat.

**Resultaat** Wij includeerden 160 kinderen. Na één week was 13% in de placebogroep genezen tegenover 55% in de fusidinezuurgroep. (OR: 12,2 [5,0-30,0]). Na 14 en 28 dagen was er nog steeds verschil in het voordeel van de fusidinezuurgroep, maar niet meer significant. Het percentage kinderen dat buiten het protocol om door de huisarts (nog) een antibioticum kreeg voorgeschreven was 22% in de placebogroep, tegenover 7% in de fusidinezuurgroep. In de placebogroep werden aanmerkelijk meer bijwerkingen gezien, met name pijn en branden van de povidon-jodiumshampoo.

**Beschouwing** Fusidinezuurcrème is bij een week behandeling duidelijk effectiever dan placebo. Na twee tot vier weken was het effect niet meer significant. Aanmerkelijk meer kinderen in de placebogroep hadden echter alsnog antibiotica gekregen. Gezien het lage genezingspercentage in de placebogroep lijkt het gebruik van povidon-jodiumshampoo bij impetigo weinig zinvol. Het advies in de standaard om bij impetigo fusidinezuurcrème te gebruiken wordt door onze resultaten ondersteund.



### Incidentie van mondaandoeningen in de huisartspraktijk

A.J.P. Boeke, S. DeConinck, D. van der Windt en I. van der Waal. Afdeling Huisartsgeneeskunde, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek en Afdeling Mondheelkunde en Kaakchirurgie, VU Medisch Centrum, Amsterdam

**Inleiding** Aandoeningen van mond, tong en lippen komen veel voor en zijn over het algemeen niet ernstig van aard. Veel mondaandoeningen worden dan ook uitsluitend in de huisartspraktijk gezien en behandeld. Het doel van dit onderzoek was om de incidentie van specifieke mondaandoeningen in de huisartspraktijk te bestuderen.

**Methode** In 36 (opleidings)praktijken werden gedurende zes maanden consulten betreffende mondaandoeningen geregistreerd. Het ging hierbij om nieuwe gevallen: patiënten die de huisarts in de voorafgaande zes maanden nog niet voor deze klacht hadden geconsulteerd. Diagnose en behandeling werden geregistreerd, evenals enkele patiëntkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, duur en ernst van de klacht, roken en alcoholconsumptie.

**Resultaten** Van 354 patiënten met een mondklacht werden gegevens geregistreerd. De cumulatieve incidentie van mondaandoeningen werd geschat op 6,7/1000/jaar. Wanneer dit cijfer werd gecorrigeerd voor afwezigheid door vakantie of opleiding en gemiste consulten werd de incidentie geschat op maximaal 18,8/1000/jaar. De meest frequent geregistreerde diagnoses waren: afters (27%), *Candida* (14%) en herpes (10%). Veel van deze consulten betroffen kinderen onder de vijf jaar. *Candida* werd relatief veel gevonden bij diabeten (14% versus 4% in de rest van de populatie;  $p=0,01$ ). Relatief weinig patiënten met afters bleken te roken (14% versus 21%;  $p=0,04$ ). Overige patiëntkenmerken varieerden nauwelijks tussen de verschillende diagnosecategorien.

**Conclusies** Mondandoeningen komen vrij veel voor in de huisartspraktijk. Veel consulten betreffen jonge kinderen met een eerste episode van afters, *Candida* of herpes. Nader onderzoek zal gericht zijn op het beloop van mondaandoeningen en de vraag welke patiëntkenmerken een gunstig of ongunstig beloop van klachten kunnen voorspellen.

### Curettagage of afwachtend beleid bij vrouwen met een miskraam

M. Wieringa-de Waard, AMC-UvA, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam

**Inleiding** In veel landen is curettagage de voorkeursbehandeling van vrouwen met een miskraam. In Nederland staan huisartsen een afwachtend beleid voor conform de NHG-Standaard. Gynaecologen voeren een actief beleid: gerichte diagnostiek met behulp van echoscopie, eventueel gevolgd door een curettagage bij geconstateerde niet-vitaliteit van de zwangerschap. Een goed inzicht in de resultaten van beide behandelingen vanuit gerandomiseerd onderzoek ontbreekt echter, zodat van evidence based medicine geen sprake is. De onderzoeksvraag was: wat is de veiligheid en effectiviteit van een afwachtend beleid en van curettagage bij een niet-vitale zwangerschap in het eerste trimester?

**Methoden** Alle vrouwen met een niet-vitale zwangerschap korter dan zestien weken werd gevraagd deel te nemen aan een gerandomiseerd onderzoek waarbij afwachtend beleid werd vergeleken met vacuümcurettagage ( $n=221$ ). Patiënten die niet aan het onderzoek wilden deelnemen, werden behandeld naar eigen voorkeur ( $n=305$ ).

**Resultaten** Het succespercentage in de gerandomiseerde groep na zes weken was voor afwachtend beleid 47% en 78% voor de groep gerandomiseerd voor een curettagage. Voor de afwachtgroep was de mediane tijd tot een complete miskraam 19 dagen; na 7 dagen had 37% een complete miskraam. Er wordt geen verschil gevonden in aantal spoedcurettagages en complicaties tussen de groep die gerandomiseerd was voor afwachten of curettagage. In de groep die volgens de eigen voorkeur werd behandeld, worden dezelfde resultaten gevonden wat betreft veiligheid en effectiviteit.

**Conclusie** Bij een miskraam is een afwachtend beleid veilig en een periode van zeven dagen afwachten na het stellen van de diagnose voorkomt bijna 40% van de curettagages.

### Prevalentie van 'oudere mannen met een bemoeilijkte mictie'

R.J.C. Norg, M.G. Spigt, C. van de Beek, J.A. Knottnerus en C.P. van Schayck. Universiteit Maastricht, capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht

**Achtergrond** De aandacht voor mictieklachten bij oudere mannen neemt toe. Het beschikbaar komen van nieuwe medicatie (met name alfablokkers) draagt ertoe bij dat bemoeilijkte mictie bij oudere mannen van een (ouderdoms)kwaal tot een medisch probleem is geworden. Was voorheen de uroloog de voornaamste behandelaar (operatie), nu is ook voor de huisarts een taak weggelegd (adviezen, medicatie). De NHG-Standaard stelt dat bij medicatie periodieke (halfjaarlijkse) monitoring van de noodzaak tot voortzetting van de therapie nodig is. De haalbaarheid van deze aanpak is mede afhankelijk van het aantal patiënten dat hiervoor in aanmerking komt.

**Vraagstelling** Wat is de prevalentie van 'oudere mannen met een bemoeilijkte mictie' in de bevolking?

**Methode** Postenquête. Alle mannen ouder dan 55 jaar in veertien huisartspraktijken werd gevraagd een Internationale Prostaat Symptoom Score in te vullen. Tevens werd gevraagd of men al onder behandeling was (geweest) in verband met mictieklachten.

**Resultaten** Aangeschreven:  $n=4768$ . Respons:  $n=2928$  (61,4%). Gemiddelde score: 6,81 (1e/3e kwartiel: 5/10). Aantal mannen met geen/milde klachten (IPSS-score 0-7):  $n=1865$  (63,7%); met matige klachten (IPSS 8-19):  $n=862$  (29,4%); met ernstige klachten (IPSS >19):  $n=201$  (6,9%).

**Conclusie** Deze resultaten liggen in dezelfde orde van grootte als bevindingen elders. Er is een groot aantal potentiële patiënten dat voor behandeling in aanmerking komt. Momenteel wordt daarvan slechts een gedeelte daadwerkelijk behandeld (ijsbergfenomeen). Wanneer deze verborgen vraag naar de oppervlakte komt en leidt tot medicamenteuze behandeling, zou dit volgens de standaard periodieke controle vereisen van 7 tot 36% van alle oudere mannen – specifiek voor deze kwaal. Of dit haalbaar en uitvoerbaar is, staat open voor discussie.



## DIABETES MELLITUS / CARDIOVASCULAIRE ZIEKTEN

### Diagnostiek van diepe veneuze trombose in de huisartsenpraktijk

R. Oudega, K.G.M. Moons, A.W. Hoes.  
Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, UMC Utrecht

**Inleiding** Diagnostiek van symptomatische diepe veneuze trombose (DVT) door de huisarts op grond van anamnese (klachten), lichamenlijk onderzoek en risicofactoren is geen eenvoudige taak. Onderzoeken ontbreken echter die de diagnostische waarde kwantificeren van de combinatie van deze diagnostische factoren.

**Doel** Het doel van dit onderzoek is de diagnostische waarde bepalen van de combinatie van klachten, lichamenlijk onderzoek en de bekende risicofactoren bij de diagnostiek van diepe veneuze trombose in de eerste lijn.

**Methode** Bij 513 patiënten van 40 huisartsen in Nederland werd gestandaardiseerde informatie verkregen over anamnese, lichamenlijk onderzoek en risicofactoren. De diagnose DVT werd gebaseerd op *colour flow duplex scanning*. De bijdrage van anamnese en de toegevoegde waarde van lichamenlijk onderzoek en risicofactoren aan het diagnosticeren van DVT werd gekwantificeerd door middel van multivariabele logistische regressie en het oppervlak onder de ROC-curve (ROC-oppervlakte).

**Resultaten** De ROC-oppervlakte van het model met klachten (zoals pijn, pijn bij lopen, duur van de klacht) was 0,60. De onafhankelijke voorspellers van het lichamenlijk onderzoek (kuitomvangverschil, oedeem, pijn bij palpatie) plus risicofactoren (eerder DVT, immobilisatie, maligniteit) gaven een iets hogere, doch eveneens beperkte ROC-oppervlakte (respectievelijk 0,64 en 0,66). De combinatie van onafhankelijke factoren uit anamnese (klachten en risicofactoren) en lichamenlijk onderzoek gaven een ROC-oppervlakte van 0,72.

**Conclusie** Naast een diagnostische strategie die klachten, lichamenlijk onderzoek en risicofactoren omvat, is aanvullend diagnostisch onderzoek nodig bij de aanpak van DVT (verdachte) patiënten in de eerstelijns gezondheidszorg.

### Een gerandomiseerd onderzoek naar het effect van educatie door een diabetesverpleegkundige bij patiënten met diabetes mellitus type 2

A.N. Goudswaard, R.P. Stolk, H.W. de Valk en G.E.H.M. Rutten. Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, UMC Utrecht

**Inleiding** Een  $HbA_{1c} < 7,0\%$  geldt als streefwaarde voor een goede glykemische instelling. Insulinetherapie is geïndiceerd als de patiënt met alleen orale medicatie dit doel niet bereikt. In dit onderzoek bestuderen we het effect op de glykemische instelling van een educatieprogramma door een diabetesverpleegkundige bij patiënten = 75 jaar die door de huisarts worden behandeld met een maximale dosering orale bloedglucoseverlagende medicatie en een  $HbA_{1c} = 7,0\%$ .

**Methode** De patiënten werden gerandomiseerd voor een individueel educatieprogramma door een diabetesverpleegkundige of gebruikelijke zorg door de huisarts. Het educatieprogramma bestond uit zes consulten van dertig minuten gedurende een half jaar. De volgende thema's kwamen aan bod: complicaties van de ziekte, zelfcontrole op bloedglucose, lichaamsbeweging, voeding, lichaamsgewicht en therapietrouw. Het  $HbA_{1c}$  werd zowel vóór als zes weken na het einde van de interventie bepaald. Analyse vond plaats op basis van het *intention-to-treat*-principe.

**Resultaten** De eerste 42 ingesloten patiënten (m/v: 22/20) hadden een gemiddelde leeftijd van 59 jaar en een gemiddeld  $HbA_{1c}$  van 8,5%. In de interventiegroep (n=20) haalden dertien patiënten (65%) de streefwaarde ( $HbA_{1c} < 7,0\%$ ), tegen vier patiënten (18%) in de controlegroep (n=22) ( $p < 0,0001$ ; chi-kwadraat-test). In de interventiegroep daalde het  $HbA_{1c}$  met 1,0% tegen 0,4% in de controlegroep ( $p < 0,05$ ; Mann-Whitney-test). Gecorrigeerd voor het  $HbA_{1c}$  bij aanvang bedroeg het verschil tussen interventie en controlegroep 0,7%.

**Conclusie** Een kort en gestructureerd educatieprogramma door een diabetesverpleegkundige heeft een statistisch significant en een klinisch relevant effect op de glucoseregulatie bij patiënten die ondanks een maximale dosering orale bloedglucoseverlagende medicatie geen

goede glykemische instelling hebben.

### Hoge prevalentie van diabetes mellitus type 2 bij mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst

D.M.W. Kriegsman, G.D. Valk, J. van Langen, A.J.P. Boeke. Afdeling Huisartsgeneeskunde en Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

**Inleiding** Er zijn aanwijzingen dat diabetes mellitus type 2 in Nederland vaker voorkomt bij mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Zij zouden meer overgewicht hebben en slechter gecontroleerd zijn dan patiënten van Nederlandse afkomst. In dit onderzoek wordt de prevalentie van diabetes mellitus type 2 vergeleken bij mensen in de leeftijd van 40 tot 75 jaar van Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en andere etnische afkomst. Tevens wordt nagegaan of Nederlandse en allochtone diabetespatiënten verschillen wat betreft behandeling, glykemische controle en BMI.

**Methode** In een hagro (zes praktijken met elf huisartsen) in Amsterdam Oud-West werden alle patiënten van 40 tot 75 jaar geselecteerd. Voor elke patiënt werd de etnische afkomst (Nederlands, Turks, Marokkaans, anders) door de huisarts aangegeven. Patiënten met diabetes mellitus type 2 werden geselecteerd met behulp van de ICPC-codes en medicatievoorschriften (insuline en orale hypoglykemische middelen).

**Resultaten** In de totale groep van 6180 mensen van 40 tot 75 jaar waren 370 patiënten (6,0%) bekend met diabetes mellitus type 2. De prevalentie bij mensen van Nederlandse afkomst was 4,8%, bij mensen van Turkse, Marokkaanse of andere afkomst respectievelijk 9,9%, 12,1% en 7,7% ( $p < 0,001$ ). Deze verschillen bestonden bij zowel mannen als vrouwen, en in elke leeftijdsgroep. De gemiddelde leeftijden van diabetespatiënten naar etnische afkomst waren: 61,8 jaar (Nederlanders); 54,6 (Turken); 57,7 (Marokkanen) en 58,4 (andere afkomst) ( $p < 0,001$ ). In vergelijking met Turkse en Marokkaanse diabetespatiënten waren Nederlandse patiënten vaker onder controle bij een internist, en werden zij minder vaak behandeld met insuline. Bij patiënten van



Nederlandse afkomst was het HbA<sub>1c</sub>-gehalte lager (7,6%) dan bij patiënten van Turkse (8,0%), Marokkaanse (8,3%) of andere afkomst (8,3%) ( $p=0,001$ ). Er waren geen verschillen in BMI tussen patiënten van verschillende etnische afkomst.

**Beschouwing** De prevalentie van diabetes mellitus type 2 is meer dan twee keer zo hoog bij mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst als bij mensen van Nederlandse afkomst in dezelfde leeftijdsgroep. Diabetespatiënten van Turkse of Marokkaanse afkomst zijn gemiddeld jonger en slechter ingesteld op medicatie dan patiënten van Nederlandse afkomst. Gestructureerde diabeteszorg conform de NHG-Standaard zal in praktijken met een groter aantal allochtone patiënten navenant meer tijd kosten dan in een standaardpraktijk.

## ZELFZORG EN EDUCATIE

### Kosten en effecten van een self-managementprogramma bij volwassenen met astma

T.R.J. Schermer. *Universitair Medisch Centrum St Radboud, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Nijmegen*

**Inleiding** Self-management is een eigentijdse behandelingsvorm voor volwassen astmapatiënten. Ofschoon de klinische effectiviteit van astma self-management veelvuldig is onderzocht, zijn studies schaars waarin zowel effectiviteit als kosten gelijktijdig zijn geëvalueerd. Onze hypothese bij dit onderzoek was dat toepassing van astma self-management de stabiliteit van de aandoening niet negatief beïnvloedt en de kosten lager zouden zijn in verhouding tot de gangbare astmazorg.

**Methode** In een gerandomiseerd experiment werden self-management (SM) en gangbare astmazorg volgens de NHG-Standaard (*usual care*, UC) met elkaar vergeleken. Negentien huisartspraktijken werden gerandomiseerd, 193 astmapatiënten (98 SM, 95 UC) ingesloten en twee jaar gevolgd. Patiëntspecifieke kostengegevens werden verzameld, utiliteiten en andere effectmaten (onder andere kwaliteit van leven, longfunctie) halfjaarlijks gemeten. Deelnemers hielden tevens dagboekjes bij. Incrementele kosten ('meerkosten') per *Quality-Adjusted Life*

*Year (QALY)* en *Successfully-Treated-Week (STW)* werden berekend.

**Resultaten** Het aantal gewonnen QALY's verschilde niet tussen de twee groepen. SM-patiënten rapporteerden gemiddeld 81 (95%-CI: 78, 84) STW's, UC-patiënten 75 STW's (95%-CI: 72, 78). De totale kosten bedroegen €1084,- (95%-CI 938, 1228) voor SM en €1097,- (95%-CI: 933, 1260) voor UC. SM-patiënten consumerden 1680 (1538, 1822) puffs budesonide, UC-patiënten 1897 (95%-CI: 1679, 2115). De gemiddelde kosten van dagen met door astma gelimiteerde activiteiten ('indirecte kosten') waren €213,- lager voor SM. Indien zowel de directe als de indirecte kosten in de analyse werden betrokken, 'domineerde' SM boven UC (SM effectiever én goedkoper) op alle bestudeerde uitkomstmaten.

**Evaluatie** Wij concluderen dat self-management bij volwassen astmapatiënten een veilige en efficiënte alternatieve behandelingsvorm is in vergelijking met de gangbare eerstelijns astmazorg.

### Verminderen van onderhoudsdosis van zuurremmende middelen bij H. pylori-negatieve patiënten met chronische dyspepsie

G.J.B. Hurenkamp, H.G.L.M. Grundmeijer, A. van der Ende, G.N.J. Tytgat, W.J.J. Assendelft, R.W.M. van der Hulst. *Academisch Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam*

**Inleiding** Onderhoudstherapie van zuurremmers (ZR's) komt veel voor. Doel van deze studie is te onderzoeken of dit chronisch gebruik van ZR's is te verminderen bij *H. pylori*-negatieve dyspeptische patiënten. De relatie met een afbouw ondersteund door de huisarts, met de endoscopische diagnose en met het soort onderhouds-ZR, is nader geanalyseerd.

**Methode** Van 48 huisartspraktijken werden *H. pylori*-negatieve patiënten op onderhoudstherapie-ZR met endoscopisch negatieve dyspepsie, ofwel met een milde vorm van refluxziekte, geïncludeerd. Patiënten werden gerandomiseerd in twee groepen: afbouw van ZR's met ondersteuning van de huisarts (HA+) of zonder ondersteuning (HA-). Eindmaten: ZR-vrije interval, dagelijks 'zo nodig' gebruik van ZR en antacida gedurende 24 weken.

**Resultaten** De gemiddelde dagelijkse dosis ZR per patiënt ( $n=174$ ) aan het begin van het onderzoek nam af met 71% van 2,24 eenheden ZR tot 0,64 ( $p<0,05$ ) gedurende follow-up, terwijl geen of weinig antacida werden gebruikt. In HA+ stopte 44% van de patiënten (39/89) met ZR's gedurende 24 weken, in HA- 39% (30/85)(ns). Patiënten in HA+ gebruikten minder ZR's dan in HA- ( $p<0,05$ ). Meer patiënten met endoscopisch negatieve dyspepsie stopten met ZR's dan patiënten met refluxziekte: 58% (45/77) versus 25% (24/97) ( $p<0,05$ ). Van alle H<sub>2</sub>RA-gebruikers stopte 57% (45/79) en van de protonpompmergebruikers stopte 25% (24/95) met ZR's.

**Beschouwing** Het advies aan *H. pylori*-negatieve patiënten op onderhoudstherapie ZR om de ZR's langzaam af te bouwen, ondersteund met antacida, kan voldoende zijn om langdurig het gebruik van ZR's te staken. Afbouw van ZR's heeft meer succes bij H<sub>2</sub>RA- dan bij protonpompmergebruikers.

### Een nieuwe aanpak van therapietrouw: een gecontroleerde studie naar de invloed van arts-patiëntcommunicatie bij hypertensiepatiënten

N.C.M. Theunissen. *Universiteit Utrecht, afdeling Gezondheidspsychologie, Utrecht*

**Inleiding** Veelal wordt verondersteld dat onkunde en onwil van de patiënt therapieontrouw veroorzaken, en vaak blijft therapieontrouw onbesproken. Mogelijk zullen patiënten eerder geneigd zijn behandelingsadviezen op te volgen als de huisarts ziekte-ideeën en routinematig gedrag op systematische wijze met de patiënt bespreekt.

**Methode** Honderdtien patiënten met essentiële hypertensie zonder comorbiditeit werden aselekt toegewezen aan drie typen consulten van 15 minuten. Tien HAIO's hielden ieder vier reguliere hypertensieconsulten. Daarna werden ze aselekt over twee groepen verdeeld voor een training in Conditie 1 (bespreken van ziekte-ideeën) of in Conditie 2 (bespreken van dagelijkse routines). Elke HAIO hield vervolgens zeven consulten volgens de getrainde methode. Vooraf, na afloop en een maand na het gesprek vulden patiënten vragenlijsten in over ziekte-ideeën,



gedragsroutines en therapietrouw.

**Resultaat** Volgens video-observaties hadden de trainingen het beoogde effect: in Conditie 1 werd meer over de ziekte-ideeën gesproken en in Conditie 2 meer over dagelijkse routines. Conditie-1-gesprekken werden het meest gewaardeerd door de patiënten. Vlak na de gesprekken bleken patiënten uit de experimentele condities zich beter te realiseren dat hypertensie en de behandeling daarvan complex zijn. Een maand na de gesprekken rapporteerden patiënten uit Conditie 2 vaker de intentie daadwerkelijk iets aan de hypertensie te doen.

**Beschouwing** Beide typen nieuwe gesprekken bleken goed uitvoerbaar en hadden elk hun voordelen. Een combinatie zou de huisarts bruikbaar gereedschap geven voor het verhogen van het therapiebewustzijn van de patiënt.

### Het effect van voorlichting over alledaagse klachten op het zelfzorggedrag en de zorgvraag van Turkse en Nederlandse patiënten in een achterstandswijk

A.M.C. Plass, D.R.M. Timmermans, G. van der Wal. *Afdeling Huisartsgeneeskunde en Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam*

**Inleiding** Teneinde de zelfredzaamheid van patiënten te vergroten wordt in Den Haag door een aantal huisartsen het boekje *Tips voor de Thuisdokter* uitgedeeld aan patiënten. In het boekje worden twaalf veelvoorkomende klachten beschreven, begeleid door tips over wat men zelf kan doen aan de klachten en advies over wanneer men naar de huisarts moet gaan. In dit onderzoek is nagegaan of het uitdelen van het boekje *Tips voor de Thuisdokter* tot meer zelfredzaamheid van patiënten leidt. Daarbij is gebruikgemaakt van het model van gepland gedrag van Ajzen. Daarnaast werd gekeken of er verschillen zijn in het effect van de interventie en zelfzorggedrag tussen autochtone en allochtone (Turkse) bewoners van een achterstandswijk.

**Methode** Het effect van de interventie werd gemeten door patiënten die het boekje van de huisarts ontvingen, meerdere keren te interviewen in de eigen taal. Daarbij was er sprake van één pre-

test en twee posttests (een half jaar en een jaar na de interventie). Door middel van een gestructureerd interview werden onder andere attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole ten aanzien van zelfzorggedrag herhaaldelijk gemeten. In totaal werden 120 Nederlandse en 120 Turkse patiënten geïnterviewd.

**Resultaten** Een jaar nadat de patiënten het boekje van hun huisarts kregen, rapporteerden zij significant minder de huisarts te hebben geconsulteerd dan daarvoor ( $F(2, 232)=14,9$ ;  $p<0,001$ ). Hun attitude ten aanzien van zelfzorg was gestegen ( $F(2, 228)=9,6$ ;  $p<0,001$ ) en het gevoel van gedragscontrole bij alledaagse klachten was toegenomen ( $F(2, 228)=6,6$ ;  $p=0,002$ ). Hoewel er verschil was tussen Turkse en Nederlandse respondenten in attitude ( $F(1, 100)=8,6$ ;  $p=0,004$ ) en waargenomen gedragscontrole ( $F(1, 100)=5,4$ ;  $p=0,022$ ), was het uiteindelijke effect voor beide groepen even groot. Er was verschil in effect bij mensen met jonge kinderen ( $F(1, 114)=11,6$ ;  $p=0,001$ ) en patiënten die de huisarts meer dan zes keer per jaar bezoeken ( $F(2, 103)=3,2$ ;  $p=0,046$ ).

**Conclusie** Voorlichting over alledaagse klachten door de huisarts kan leiden tot een afname van het aantal consulten ten behoeve van alledaagse klachten. Dit geldt vooral voor gezinnen met jonge kinderen en patiënten die de huisarts vaker dan zes keer per jaar consulteren.

### DIVERSEN

#### Reattributie en disclosure: een werkzame en een onwerkzame interventie voor somatisatie

A.H. Blankenstein. *Afdeling Huisartsgeneeskunde en Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam*

**Inleiding** Somatiserende patiënten komen veel bij de huisarts met lichamelijke klachten die vaak medisch niet goed te verklaren zijn, voelen zich vaak ongezond en/of ongerust en worden door hun huisarts vaak gezien als moeilijk. Huisartsen zoeken een effectieve en toepasbare therapeutische aanpak.

**Methoden** In twee gerandomiseerde onderzoeken werden twee verschillende interventies (reattributie in Amsterdam en

disclosure in Maastricht) vergeleken met gebruikelijke zorg. Patiëntenselectie en meetinstrumenten waren in beide onderzoeken gelijk. Patiënten van 20 tot 45 jaar werden geselecteerd die in 3 jaar minstens 5 keer de huisarts hadden geconsulteerd en minstens 5 lifetime somatisatieklachten rapporteerden.

Reattributie werd uitgevoerd door de getrainde eigen huisarts: patiënten werden gestimuleerd lichamelijke klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan ziekte. Op hypochondrische angst werd specifiek ingegaan. *Disclosure* patiënten werden tweemaal bezocht door een onderzoeker en uitgenodigd emotioneel belangrijke levensgebeurtenissen te onthullen. Patiënten rapporteerden na 6, 12 en 24 maanden ervaren gezondheid, medicijngebruik, bezoek aan hulpverleners en ziekteverzuim.

**Resultaten** Na twee jaar verschilde de disclosuregroep op geen enkele uitkomstmaat met de controlegroep. De reattributiegroep toonde in vergelijking met de controlegroep forse, significante verbeteringen in ervaren gezondheid (mediaan steeg van 36 naar 74 op een schaal van 0 tot 100), ziekteverzuim (van 5 naar 0 weken) en bezoeken aan hulpverleners (van 10 naar 5). Het aantal medicijnen veranderde niet. Reattributietraining kostte huisartsen 20 uur; toepassing in de praktijk leverde tijdswinst.

**Beschouwing** Reattributie is werkzaam, maar vergt tijdsinvestering en inzet. Moet reattributie tot het basisrepertoire van de huisarts gaan behoren?

#### De huisarts-consulent Palliatieve Zorg: winst in kwaliteit en tijd

F. van Heest. *Odoornerveen*

**Inleiding** In Groningen werken het Academisch Ziekenhuis Groningen, het Integraal Kankercentrum Noord Nederland en de Faculteit voor Medische Wetenschappen samen in het Centrum voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg Noord Nederland om de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren. Omdat de filosofie van de deelnemers is: 'de patiënt is thuis, tenzij en de huisarts is de coördinator van zorg' is gekozen voor een projectmatige aanpak (zie methode). Per jaar overlijden in het gebied per huisarts ongeveer twee tot drie patiënten met



kanker thuis (900-1000 huisartsen, 5500 overlijdensgevallen door kanker, ongeveer 50% thuis).

Het is voor de huisarts niet mogelijk om veel ervaring op te doen met palliatieve zorg.

**Methode** In elke provincie is, in samenwerking met de DHV'en een huisartsconsulent Palliatieve Zorg (HCPZ) aangesteld die telefonisch geraadpleegd kon worden.

**Resultaten** In het eerste jaar gemiddeld per consulent 1 telefoontje per week, vaak over symptomen zoals pijn en braken. De gemiddelde leeftijd van de patiënten over wie gebeld wordt, lag relatief laag. Het aantal subcutane pijnbestrijdingen in de regio nam toe. Alle consulten werden vastgelegd in een registratieformulier.

**Beschouwing** Specialistische kennis van palliatieve zorg hoeft niet bij elke patiënt in de thuissituatie aanwezig te zijn, als de kennis maar bereikbaar is.

Met een telefonisch bereikbare HCPZ is het mogelijk een belangrijke verbetering te bereiken van de kwaliteit van de palliatieve zorg zonder dat dit veel tijd kost.

### Preconceptionele screening op dragerschap voor cystic fibrosis

L. Henneman, H.M. van der Ploeg, G. Pals, H.J. Adèr, H.E. van der Horst, L.P. ten Kate. *Vrije Universiteit Medisch Centrum, afdeling Klinische Genetica & Antropogenetica, Amsterdam*

**Inleiding** Teneinde evidence based beslissingen over het aanbieden van preconceptionele screening op dragerschap voor cystic fibrosis (CF) mogelijk te maken, werd door ons een praktijkonderzoek verricht.

**Methode** Er waren vier onderzoeksscenario's ontwikkeld. Daarbij was variatie aangebracht in het uitnodigen (GGD of huisarts) en informeren van paren voorafgaand aan de test (voorlichtingsbijeenkomst of huisartsconsult). Bij deelnemers, niet-deelnemers en huisartsen werden vragenlijsten afgenomen.

**Resultaten** Meer dan 38.000 mensen (20

tot 35 jaar) waren uitgenodigd, waarvan  $\pm 20\%$  tot de doelgroep bleek te behoren (paren met kinderwens). Deelname was het grootst (25%) wanneer paren, via huisarts of GGD, waren uitgenodigd voor een huisartsconsult. De belangrijkste redenen om niet deel te nemen aan screening was gebrek aan tijd om naar de voorlichtingsbijeenkomst (53%) of huisartsconsult (36%) te komen. De meerderheid van deze paren verwachtte echter wel voordelen van de test. Een andere reden niet deel te nemen was dat de testuitslag geen invloed zou hebben op reproductieve beslissingen (28%). Een tweede uitnodiging (na één jaar) gaf een extra respons van 3%-7%. Tevredenheid was hoog: 94% zou opnieuw de beslissing tot deelname hebben genomen, 91% zou andere paren de test aanraden. Geconsulteerde huisartsen (n=18) hebben geen negatieve ervaringen gerapporteerd.

**Evaluatie** Uit dit onderzoek blijkt dat er in het algemeen interesse voor de CF-dragerschapstest bestaat. Deelnemers waren zeer tevreden en er werden door deelnemers en huisartsen geen negatieve effecten gerapporteerd. Grootste deelname werd gevonden wanneer paren voorgelicht werden door hun huisarts. Herhaling van de uitnodiging is zinvol, omdat een extra respons verwacht kan worden.

### Een symptoomdagboek bij oncologische patiënten in de palliatieve fase; onderzoek naar betrouwbaarheid, haalbaarheid en compliantie

M.J. Hoekstra, N.P. van Duijn, P.J.E. Bindels, B.E. Schadé. *Afdeling Huisartsgeneeskunde, Divisie Public Health, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam*

**Doelstelling** Onderzoeken van de betrouwbaarheid, *feasibility* en compliantie van een symptoomdagboek bij oncologische patiënten in de palliatieve fase.

**Inleiding** Voor een verbetering van de kwaliteit van zorg en de afstemming van de symptomatische behandeling op ervaren symptomen is het belangrijk in-

zicht te hebben in de ernst en frequentie van deze klachten. Patiënten onderrapportereren hun klachten en behandelaars vragen niet alle symptomen uit (onderdiagnose). Helaas kan door deze onbekendheid met de ervaren symptomen de behandeling hiervoor niet altijd adequaat worden ingezet. Hiervoor is een 'symptoomdagboek' (de symptoommonitor) ontwikkeld waarin de ernst en de frequentie van klachten inzichtelijk worden gemaakt door zelfrapportage van de patiënt. Bovendien kan door middel van dit 'dagboek' de communicatie tussen de patiënt, huisartsen, specialisten en verpleegkundigen op een gestructureerde wijze worden beïnvloed.

**Methode** De symptoommonitor beslaat tien prevalentie en twee door de patiënt zelf te rapporteren symptomen. De ernst en de behoefte aan behandeling werden wekelijks aan de patiënt gevraagd, in te vullen op een numerieke schaal van 0 (geen last van de klacht) tot tien (ondraaglijke last). Verder werd nog aan de patiënt gevraagd een onderscheid te maken in het meest hinderlijke symptoom van de afgelopen week. In een pilotonderzoek is een vergelijking (*interrater agreement*) gemaakt tussen verzorger en patiënt (oncologische patiënten met een 'slechte' prognose). In een groep van chronisch zieke ouderen is een eenmalige test-hertestbetrouwbaarheid uitgevoerd (n=20). In het nog lopende prospectieve onderzoek wordt de compliantie van 30 patiënten getest.

**Resultaten** Voor de meest frequente symptomen (zoals pijn, moeheid en slapeloosheid) was de *interrater agreement* hoog (ICC-range: 0,85-0,89). Tevens was in het pilotonderzoek de test-hertestbetrouwbaarheid goed te noemen (ICC-range: 0,78-0,90).

Tijdens het lopende onderzoek is bij kankerpatiënten met een 'slechte' prognose na minimale aanpassing van formulering en lay-out de *feasibility* van het 'dagboek' naar tevredenheid. Patiënten vullen de vragenlijsten goed in, er zijn weinig *missing items* en de compliantie is hoog (84%). ■