



## 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,