

Geen allochtone patiënten in diabetesonderzoek?

Renders et al. presenteren in H & W 2002 (10) hun interessante onderzoek naar de effectiviteit van een kwaliteitsbevorderingsprogramma voor diabetespatiënten. Van de 801 patiënten met diabetes mellitus type 2 is 66% onder behandeling van de huisarts. Niet duidelijk wordt hoeveel patiënten onder behandeling zijn van een internist en hoeveel patiënten niet meer onder behandeling zijn. Hebben de onderzoekers geprobeerd deze laatste groep in hun onderzoek te includeren? Van de 526 patiënten onder behandeling van de huisarts werden 101 patiënten uitgesloten omdat ze de vragenlijsten niet konden invullen.

Het lijkt erop dat een groot aantal patiënten van waarschijnlijk allochtone afkomst is buitengesloten. Waarom is niet geprobeerd deze patiënten mee te laten doen aan het programma met behulp van bijvoorbeeld tolken of Voorlichters in eigen Taal en Cultuur?

In dezelfde H&W 2002(10) wordt een onderzoek aangehaald waarin diabetespatiënten met een lage *health literacy* tweemaal zo vaak slecht zijn ingesteld en tweemaal zo vaak aan retinopathie lijden als patiënten met een beter begripsvermogen.¹

Mogelijk was het kwaliteitsverbeteringsprogramma bij de geëxcludeerde patiënten wel gepaard gegaan met een verbeterde glykemische instelling.

Jankees de Ridder

1 Schillinger D, e.a.. Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA 2002;288:475-82.

Antwoord

Bij de start van ons onderzoek in 1992 zijn alle patiënten vastgesteld die voldeden aan de toen geldende WHO-criteria voor de diagnose diabetes mellitus type 2. We zochten in de kaartenbakken naar patiënten bij wie de diagnose diabetes mellitus type 2 was gesteld en naar patiënten met verhoogde glucosewaarden (WHO-criteria). Daarnaast controleerden huisartsen de diagnose volgens

de WHO-criteria uit 1985. Vervolgens is bij al deze patiënten een uitgebreid laboratorium- en lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Patiënten die onder behandeling van een internist waren, sloten we uit (34%), evenals patiënten die geen Nederlandstalige vragenlijst konden invullen.

Het onderzoek was erop gericht de zorg voor patiënten met type-2-diabetes in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Daarvoor was het noodzakelijk dat er vragenlijsten werden ingevuld en werden mensen die dit niet konden uitgesloten. Dit betrof inderdaad met name patiënten van allochtone afkomst. We hebben niet geprobeerd om deze patiënten alsnog in het onderzoek te betrekken. Achteraf gezien is dit jammer, met name omdat de prevalentie van diabetes in de allochtone bevolkingsgroep hoog blijkt te zijn.¹ Het is onduidelijk wat de invloed van deze selectie is op de resultaten. Aan de ene kant kun je veronderstellen dat er met name bij deze groep veel winst is te behalen en zou het programma juist bij deze groep tot een betere glykemische instelling kunnen leiden. Aan de andere kant zou bij deze groep de taalbarrière kunnen leiden tot een verminderde therapietrouw of kunnen cultuurverschillen gepaard gaan met een andere ziektebeleving en een andere omgang met de chronische ziekte diabetes.

Carry Renders
Gerlof Valk

1 Kriegsman DMW, Valk GD, Van Langen J, Boeke AJP. Hoge prevalentie van diabetes mellitus type 2 bij mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Huisarts Wet 2001;44:397-8.

Kennistoets

De tekst bij vraag 10 van de kennistoets op pagina 485 van H&W 2000;45(9) gaat over de vraag of de specificiteit van het teken van Babinski bij een piramidebaanstoornis 100% is. Het antwoord op pagina 492 luidt dat als het teken van Babinski positief is en er dus een pathologische voetzoolreflex is, dit altijd wijst op een

stoornis van het piramidebaansysteem. De specificiteit is daarmee 100%. Deze conclusie lijkt mij onjuist.

Raadpleeg bijvoorbeeld het boekje *Inleiding in evidence-based medicine* van WJJ Assendelft et al., pagina 37. Als de vetgetypte tekst in dit kwadrantschema wordt 'vertaald', betekent dit dat $a/(a+b)=100$. Op dezelfde bladzijde staat vermeld dat deze formule staat voor de voorspellende waarde van een positieve test. Deze is dus wel 100%.

Het antwoord was overgenomen uit: Van Gijn J. Fysische diagnostiek – de voetzoolreflex. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;142-5. Daar staat het dus ook fout.

N.G. Berkhof

Antwoord

De conclusie in het antwoord dat de specificiteit 100% is, is indirect uit de gegevens af te leiden. Het antwoord laat zich het gemakkelijkst uitleggen aan de hand van een tabel.

In de tekst staat dat indien het teken van Babinski positief is, en er dus een pathologische voetzoolreflex is, dit *altijd* wijst op een stoornis van het piramidebaan-

	Z+	Z-	Totaal
T+	a	b	
T-	c	d	
Totaal			1000

systeem. In de tabel betekent dit dat in vak b altijd het getal 0 zal komen te staan. De specificiteit is daarmee $d/(b+d)=d/d=100\%$. De positief voorspellende waarde van de test $a/(a+b)$ zal om dezelfde reden ook altijd 100% zijn.

Margriet Bouma,
wetenschappelijk medewerker NHG
Wilma Spinnewijn,
coördinator werkgroep kennis SVUH

Levels of evidence in richtlijnen

Wellicht tegen hun bedoelingen in, zien wij in het commentaar van Van Everdingen en Van Barneveld (H&W 2002; 45:612-3) een erkenning van ons gelijk: in

hun pleidooi voor transparantie spelen niveaus van bewijs slechts een bijrol en blijken andersoortige overwegingen bij de formulering van de uiteindelijke richtlijn een belangrijke positie in te nemen. De vermelding van het niveau van bewijs blijkt ook volgens hen een ordentelijke beschrijving van de vraagstelling, aard en resultaten van het gevonden onderzoek geenszins overbodig te maken.

Ook wij willen maximale transparantie van de onderbouwing van richtlijnen en wij denken dat de onderbouwing van de NHG-Standaarden op onderdelen voor verbetering vatbaar is.¹ Vormexperimenten – zoals Zaat hetzelfde nummer van H&W suggereert – wijzen we niet op voorhand af.

Aanleiding voor het schrijven van onze beschouwing (H&W 2002;45:610-2) was de wijdverbreide opvatting dat een transparante onderbouwing alleen bereikt kan worden via toekenning van levels of evidence terwijl de meerwaarde van het gebruik van een dergelijk classificatiesysteem nergens duidelijk uiteengezet en evenmin empirisch onderbouwd is. Het is dan ook niet voor niets dat de AGREE Collaboration heeft besloten de aanwezigheid van een expliciet verband tussen de aanbevelingen en de onderbouwing wel, maar het gebruik van levels of evidence niet in haar instrument ter bepaling van de kwaliteit van richtlijnen op te nemen.^{2,3}

De kern van het probleem is het feit dat 'levels' betrekking hebben op kennis, maar niet op de aanbevelingen die daaruit gedestilleerd kunnen worden. Het is juist die zo cruciale destillatiestap die de meeste discussie oproept en die levels-of-evidence-systemen niet kunnen reguleren. Zolang dat niet het geval is, blijft de betekenis van hun gebruik betrekkelijk triviaal.

Tjerk Wiersma, Jako Burgers

1 Burgers JS, Zaat JOM, Spies TH, Van der Bij AK, Mokkink HGA, Grol RPTM. De kwaliteit van de NHG-Standaarden. Beoordeling van 130 kernaanbevelingen uit 28 standaarden. Huisarts Wet 2002;45:349-53.

2 The AGREE Collaboration. Appraisal of

Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org.

3 The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*; [in press].

Diabetesgeloof

In nummer 10 van H&W leggen Rutten, De Grauw en Reenders¹ de resultaten van de UKPDS nog eens uit en gaan ze in op eerdere kritiek.² Maar ook zij hebben zich blijkbaar niet kunnen onttrekken aan wat McCormack de *spin* van het onderzoek noemt.

De auteurs stellen de resultaten van de UKPDS veel fraaier voor dan zij zijn. Om resultaat te behalen op 'enig aan diabetes gerelateerd eindpunt' moeten 310 mensen gedurende een jaar intensief behandeld worden. En wat dan vooral daalt, is het aantal lasercoagulaties, terwijl er op visus geen significant verschil optreedt tussen beide groepen. Zonder de lasercoagulaties moeten er zelfs 2000 diabetesen per jaar intensief behandeld worden om één patiënt een aan diabetes gerelateerde ziekte te besparen. Macrovasculaire ziekten worden überhaupt niet voorkomen door intensief te behandelen. Intensief behandelen heeft ook bijwerkingen: patiënten in de intensief behandelde groep werden gemiddeld 3,1 kg zwaarder in de 10 jaar dat het onderzoek duurde, en 0,6-2,3% van hen had een zodanige hypo dat de hulp van een derde nodig was. Milde hypo's kwamen voor bij 11-37% per jaar.

Kortom, 310 diabetesen worden gedurende een jaar intensief behandeld met insuline. Na een jaar zijn ze samen 90 kg zwaarder, hebben er 7 een zodanig ernstige hypo gehad dat hulp van een derde nodig was en hebben er 114 een milde hypo gehad. Eén van hen is een diabetesgerelateerde complicatie bespaard gebleven, zeer waarschijnlijk een lasercoagulatie.

In de groep diabetesen met overgewicht lig-

gen de cijfers gunstiger: voor enig aan diabetes gerelateerd eindpunt moesten nu 100 diabetesen gedurende een jaar behandeld worden met metformine, en 140 om een geval van macrovasculaire schade te voorkomen. Patiënten met metformine werden niet zwaarder en kregen niet vaker een hypoglykemie dan patiënten met een dieet. Rutten et al. leggen te veel nadruk op het HbA1c-percentage. De UKPDS ondersteunt dit belang echter in het geheel niet. Terwijl in alle behandelgroepen met overgewicht het HbA1c-percentage gelijkelijk daalde (ongeveer 0,6%), leverde alleen metformine winst op. Anders gezegd: een daling van het HbA1c met 0,6% door glibenclamide geeft een heel andere uitkomst dan eenzelfde daling met metformine. Ook voor de uitkomsten in het hoofdonderzoek geldt dat er geen enkele relatie is tussen het HbA1c en harde uitpunten. De resultaten van de UKPDS wijzen dus op een zeer geringe winst van een intensieve behandeling, hetgeen de stelling van de auteurs dat strikte controle zinnig en noodzakelijk is, niet erg ondersteunt. Als maar genoeg mensen het geloven, wordt het vanzelf waar, schreef McCormack. Daarom is een kritisch geluid ook hier nodig.

Chr. Zwart, huisarts

1 Rutten GEHM, De Grauw WJC, Reenders K. Diabetes strikt behandelen is zinnig én noodzakelijk. Huisarts Wet 2002;45:548-53.

2 McCormack J, Greenhalgh T. Seeing what you want to see in randomised controlled trials: versions and perversions of UKPDS data. *BMJ* 2000;320:1720-3.