

De diabetespatiënt bij de huisarts

Met enige verbazing las ik de LINH-cijfers over diabeteszorg in H&W 2002;45:509. De snelle lezer denkt na een blik op de tabel dat bij 88% van de patiënten met diabetes mellitus in de huisartsenpraktijk jaarlijks een HbA1c wordt gemeten. Het onderzoek is uitgevoerd in 31 LINH-praktijken gedurende 5 maanden. Het lijken dus representatieve gegevens.

Niet vermeld wordt dat de tabel betrekking heeft op 115 patiënten die gezien werden bij de jaarcontrole, 621 tijdens een driemaandelijke controle en 97 tijdens klachten.¹ Kortom, er werden 833 controles uitgevoerd in 5 maanden tijd in 31 LINH-praktijken. In de periode van 5 maanden hoefde slechts één diabetescontrole per patiënt te worden geregistreerd. Deze achtergrond wordt de lezer volledig onthouden.

Maar wat, als we met deze achtergrond de cijfers in de tabel bekijken? In 31 praktijken verwacht ik minimaal 1550 type-2-patiënten, van wie er mogelijk 75% (1162 patiënten) door de huisarts behandeld worden. In 5 maanden zouden al deze patiënten ten minste éénmaal op controle moeten komen waarvan een kwart voor jaarcontroles: 871 reguliere controles en 291 jaarcontroles dus. Helaas werden slechts 115 jaarcontroles uitgevoerd. Bij een intention-to-treat-analyse zou slechts bij 34% (101/291) het HbA1c gemeten zijn. Dan is het getal uit het Nijmegen Monitoring Project, 82% jaarlijks HbA1c-meting in een ongeselecteerde populatie in de huisartsenpraktijk, toch weer bijzonder fraai en beduidend hoger dan in een 'willekeurige huisartspraktijk'.²

Ook mijn berekening levert slechts een schatting op. Duidelijk maakt deze wel dat de LINH-cijfers (en welke andere cijfers van uitkomst van zorg dan ook) moeilijk beoordeeld kunnen worden zonder informatie over de gegevensverzameling. Hierdoor gaat zelfs een deel van de boodschap verloren: het in beeld houden van de diabetespatiënten die zorg behoeven is een veel groter probleem dan het volgen van het protocol als de patiënt in

beeld is. Overigens garandeert het volgen van het protocol nog geen verbetering van de uitkomst van zorg.³ Het verdient dan ook aanbeveling toekomstige LINH-cijfers te tonen met een duidelijke omschrijving van de achtergrond waartegen deze cijfers bezien moeten worden.

Wim de Grauw, huisarts,
UMC St Radboud Nijmegen

1 Tacken, M, Dijkstra R, Drijver R, Van den Hoogen H, De Bakker D, Braspenning J. De zorg rondom diabetes mellitus, type 2, patiënten in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2001.

2 De Grauw WJC, Van Gerwen WHEM, Van de Lisdonk EH, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM, et al. Monitoring met interventie is effectief bij diabeteszorg in academische huisartspraktijken Huisarts Wet 2002;45:518-23.

3 Renders CM, Valk GD, Van de Poll-Franse LV, Schellevis FG, Van Eijck JThM, Van der Wal G. De effectiviteit van een kwaliteitsbevorderingsprogramma op de zorg voor diabetespatiënten in de eerste lijn. Huisarts Wet 2002;45:512-7.

NHG-telefoonkaarten en centrale huisartsenposten

Recent zijn de NHG-telefoonkaarten aangepast aan gebruik op centrale huisartsenposten (CHP's). Het stellen van een diagnose is verlaten ten gunste van triage. Triage impliceert uitdrukkelijk niet het stellen van een diagnose. Deze twee vormen van uitvragen stellen aparte eisen aan aard en volgorde van de vragen en het is dus maar de vraag of dat in één kaart kan.

Een tweede dilemma is het compromis tussen gebruik van de kaarten op huisartsenposten en bij de praktijkvoering binnen kantoor tijden. Overdag met eigen patiënten is het focus gericht op de zwarte raven: de patiënt heeft veelal een onschuldige aandoening tot er aanwijzingen zijn voor het tegendeel. In de diensten is het ziekteaanbod van geheel andere, ernstiger aard, en gaat het om onbekende patiënten. Dan is het belangrijk om geen witte raven over het hoofd te zien: de aandacht dient vooral gericht te zijn op symptomen en symptoomcom-

plexen die kunnen wijzen op aandoeningen die – wanneer niet tijdig onderkend en behandeld – schade aan de gezondheid van de patiënt kunnen toebrengen. Volgens mij vallen deze twee benaderingen niet in één algoritme onder te brengen en had het NHG beter twee categorieën kaarten kunnen uitbrengen. In elk geval is er nu werkbaar materiaal; tijd en ervaring zullen de waarde ervan bewijzen.

Rob Jamin

Antwoord

De NHG-Telefoonwijzer is een nieuw kwaliteitsinstrument met richtlijnen voor triage en advies. Dat is wezenlijk anders dan een aanpassing van de oude telefoonkaart. De triagevragen in de NHG-Telefoonwijzer zijn gericht op de toestand van de patiënt (is er levensgevaar?) en de oorzaak. De assistente bepaalt hoe snel de huisarts de patiënt ziet en bij eenvoudige klachten of het oordeel van de huisarts nodig is. Ergo: bij de ene klacht (buikpijn) zijn de vragen sterk gericht op triage, bij de andere (luis) op het geven van advies. Soms zal het een mix van beide zijn.

Voor triage is het verschil tussen de voorafkants overdag of tijdens de ANW-dienst niet van belang. Een goede assistente laat zich bij triage mede leiden door contextuele factoren als hulpvraag, algemene alarmsignalen, specifieke kennis over de patiënt. Voor een goede interpretatie van de klacht, het vaststellen van de hulpvraag en de triage is meer nodig dan de NHG-Telefoonwijzer. Opleiding en scholing zijn een *conditio sine qua non*. Met de tijd zal blijken of er aanpassingen nodig zijn. Daarvoor zal het NHG een feedbacksysteem opzetten.

Roeland Drijver, NHG

De waarde van losartan (2)

Zowel in het augustusnummer (H&W 2002;45:455) als in het oktobernummer (H&W 2002;45:625-626) wordt commentaar geleverd op het LIFE-onderzoek en de veronderstelde beperkte winst bij het gebruik van losartan.