

De APHRODITE-studie

HOE HAALBAAR IS DE PREVENTIE VAN DIABETES TYPE 2 IN DE HUISARTSENPRAKTIJK?

In Nederland nadert het aantal diabetespatiënten de 1 miljoen. De omvang en groei van de diabetesepidemie vragen om effectief en voortvarend ingrijpen. Publiekscampagnes zijn nuttig, maar een actieve en meer doelgerichte aanpak via de huisartsenpraktijk zou meer effect kunnen sorteren. Is de huisartsenpraktijk voldoende toegerust om deze preventietaak aan te kunnen en wat zijn de succes- en faalfactoren van een preventieprogramma in deze eerstelijnsomgeving? APHRODITE moet daarop een antwoord geven.

Door: F. Wielaard, P.W.A. Vermunt en G.P. Westert

Het basale concept voor preventie van diabetes type 2 (T2D) berust op verbetering van leefstijl op het terrein van voeding en bewegen. Diverse studies hebben laten zien dat met leefstijlprogramma's in hoog-risicopopulaties een reductie van de incidentie van T2D van meer dan 50 procent is te bereiken. Echter, evaluatie van dergelijke programma's binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk heeft nog niet plaatsgevonden. Daarmee blijft het onduidelijk of de huisartsenpraktijk in staat is een effectief preventieprogramma programmatisch uit te voeren. Tegelijkertijd is het voorkómen van een aantal chronische aandoeningen hoog op de zorgagenda komen te staan en is er grote behoefte aan meer 'evidence' ten behoeve van verdere invoering van programmatische preventieprogramma's.

Visie en opzet

Het ontwerp voor de APHRODITE-studie is gebaseerd op de visie dat een actieve benadering en begeleiding door de eigen huisarts de beste succeskans oplevert. De huisarts kent de patiënt doorgaans goed, heeft veelal het nodige gezag, de patiënt vertrouwt de huisarts en de context van de huisartsenpraktijk leent zich goed voor het geven voorlichting en begeleiding. De selectie van de doelgroep, te weten personen met een

verhoogd risico op T2D, werd in lijn met deze visie gedaan door actieve toezending namens de eigen huisarts van een risicoscoreformulier, dat diende als een eenvoudig screeninginstrument. Hiervoor is een enigszins aangepaste versie van de 'FINDRISC'-score gebruikt.

De huisarts nodigde de hiermee gevonden hoog-risicopersonen uit voor een gesprek over het risico T2D, de ziekte diabetes en de mogelijkheden tot preventie. Vervolgens is hen een leefstijlprogramma aangeboden. Na ondertekening van een 'informed consent' formulier zijn de deelnemers gerandomiseerd in een controlegroep en een interventiegroep. Daarna pas zijn voor alle deelnemers nulmetingen gedaan, waarbij naast de bepaling van glucosewaarden en de meting van gewicht, buikomvang en BMI ook een uitvoerige vragenlijst is ingevuld op het gebied van een groot aantal leefstijlfactoren.

Resultaten screening

De selectie van de hoog-risicopersonen is succesvol verlopen; door de huisartsen zijn aan 16.000 personen in de leeftijd van 40 tot 70 jaar enquêteformulieren met een begeleidende brief verstuurd, 55 procent van deze formulieren werd teruggestuurd. Daarnaast zijn in 5 procent van de gevallen antwoordkaartjes ontvangen waarop niet-responders hebben aangegeven wat de reden was om af te zien van deelname. Via de FINDRISC-score zijn circa 1600 personen met een verhoogd risico op T2D geïdentificeerd, uiteindelijk hebben zich daarvan circa 1100 aangemeld voor een eerste consult. Een deel van de hoog-risico-individuen heeft niet gereageerd op de oproep voor een intakeconsult, een ander deel kon om onder andere logistieke redenen niet deelnemen. In dit hoog-risicocohort bleek bijna 10 procent van de individuen glucosewaarden te hebben die onder de WHO-definitie van diabetes vallen. Een deel van hen uitsluitend op basis van een

geïsoleerde hoge 2-uurs OGTT (orale glucosetolerantietest)-waarde. De verdere diagnostiek en follow-up van deze nieuwe diabeten is aan de reguliere zorg overgelaten. Het project startte daarna dus met circa 1000 individuen met verhoogd risico. Ongeveer 27 procent van hen had bij de nulmeting een verhoogde nuchtere en/of 2-uurs glucosewaarde en kon daarmee worden gekenmerkt als 'pre-diabetisch'.

Actieve benadering heeft voorkeur

Het op deze wijze uitvoeren van de screening met behulp van slechts een simpele scorelijst is goedkoop en effectief. Verhoging van de totale respons is in principe nog mogelijk door een telefonische of schriftelijke herinnering. Dit kan bij zowel de initiële non-responders als bij de hoog-risicopersonen die zich na kennisgeving uiteindelijk niet voor een consult meldden. De respons op de initiële oproep van 55 procent moet worden gezien in het licht van het feit dat in de oproepbrief reeds was vermeld dat bij deelname aan het project een actieve verandering van leefstijl zou worden gevraagd. Dit kan, anders dan bij programma's gericht op slechts het opsporen van onbekende diabeten, een enigszins remmende werking hebben gehad. Ten opzichte van meer passieve benaderingen (websites, folders bij apotheek, ad-hoc screening en dergelijke) heeft dit model de voordelen van een groot en effectief bereik en van de mogelijkheid het gehele proces goed in te plannen op de capaciteit van de praktijk. De directe betrokkenheid van de eigen huisarts is eveneens een sterk punt en wordt door de deelnemers zeer gewaardeerd.

Na de selectie van hoog-risico-individue: de interventie

Aan de interventie is een intensieve voorbereiding voorafgegaan. Met een aantal experts op het gebied van leefstijlaanpassing en met enkele betrokken artsen en praktijkondersteuners (PO-er) zijn diverse aspecten van de interventie besproken en is een lijst met do's en don'ts opgesteld. Daarnaast zijn de huisartsen en hun praktijkondersteuners uitvoerig getraind en voorgelicht over de filosofie, opzet en praktische aspecten van het project. De PO-ers hebben een training in 'Motivational Interviewing' gekregen, bestaande uit 5 dagdelen en enkele terugkomsessies om de eerste ervaringen te bespreken. De huisartsen zijn schriftelijk geïnformeerd over de principes van de techniek van Motivational Interviewing. Voorafgaand aan de consulten met de deelnemers worden artsen en de PO-ers steeds 'gebrieft' over de inhoud, de aandachtspunten en organisatorische aspecten van de te houden gesprekken.



Het interventieprotocol dat wordt aangeboden bestaat uit de volgende onderdelen: tweemaal per jaar een consult met de PO-er, één- of tweemaal per jaar een consult met de huisarts, enkele groepsbijeenkomsten met een diëtiste, een individueel gesprek met een diëtiste en een groepsbijeenkomst met voorlichting over het nut van bewegen. Daarnaast worden op diverse tijdstippen diverse materialen meegegeven met informatie over leefstijlverandering, voeding en bewegen. De theoretische onderbouwing van het interventietraject is gestoeld op het 'Trans-theoretische Model' van Prochaska en Diclemente. De interventie leunt op de volgende elementen: voorlichten, motiveren, hulp(middelen) aanreiken, monitoren en de omgeving (proberen te) veranderen. Met betrekking tot dit laatste wordt op een bescheiden manier gepoogd de partner van de interventie-deelnemer bij het programma te betrekken.

De algemene doelstellingen bij de interventie zijn:

- * een gewichtsreductie van 5-7 procent;
- * een vermindering van de hoeveelheid vet in het dieet tot minder dan 30 procent van de calorische behoefte;
- * een verhoging van het aandeel onverzadigde vetten;
- * een verhoging van de vezelname tot 15 gram/1000 kcal;

APHRODITE is een acronym en staat voor 'Active Prevention in High Risk individuals Of Diabetes Type 2 in and around Eindhoven'. Het project is circa een jaar geleden op uitgebreide schaal van start gegaan. Er werken 14 huisartsenpraktijken mee met ongeveer 50 huisartsen in ZO-Brabant. Deze zijn verenigd in de zorggroep 'De Ondernemende Huisarts' (DOH). Het onderzoek vindt plaats in een samenwerkingsverband met de afdeling TRANZO van de Universiteit van Tilburg, het RIVM en de zorgverzekeraars CZ en UVIT. Het project verenigt daarmee op unieke wijze de factoren wetenschap, praktijk en beleid.

* minstens 30 minuten per dag matig-intensief bewegen.

Op grond van deze algemene doelstellingen en zijn of haar persoonlijke omstandigheden maakt de deelnemer in overleg met de PO-er een lijst met persoonlijke doelstellingen en de daarvoor benodigde acties. Daarbij wordt een stap-voor-stap aanpak voorgesteld, om geleidelijk aan de veranderingen te kunnen wennen en de drempel niet te hoog te maken. Eigen ideeën en wensen van de deelnemer staan voorop. Aanscherping van de doelstellingen in de loop van het interventietraject behoort waar nodig tot de mogelijkheden.

De voorlopige bevindingen

De vastgelegde ervaringen met het interventieprogramma beslaan op het moment van schrijven van dit artikel een periode van circa 9 maanden. Over het algemeen zijn de interventiedeelnemers positief tot zeer positief over het feit dat zij aan het programma kunnen meedoen en zien de meesten van hen het nut duidelijk in. Negen maanden na aanvang van de interventie is de uitval circa 10 procent (inclusief de uitval door nieuw gediagnosticeerde diabetes). Ook in de controlegroep zijn er deelnemers die geheel zelfstandig veranderingen in hun voedings- en beweeggedrag hebben ingevoerd. Het merendeel van de interventiedeelnemers is na circa 9 maanden goed op weg en werkt aan het halen of behouden van de eigen doelstellingen. Circa 25 procent gaf aan 'vast te zitten' en nauwelijks voortgang te boe-

ken. Daarbij werden gebrek aan discipline en twijfel aan het nut genoemd als redenen.

Aan de kant van de zorgverleners zijn de inzet en het enthousiasme van met name de PO-ers zeer bemoedigend. Zij hebben de rol van 'leefstijlcoach' duidelijk naar zich toegetrokken. Gemiddeld is de betrokkenheid van de huisartsen bij de vorderingen van de deelnemers iets beperkter, wat gezien het veel bredere takenpakket van de arts binnen de praktijk goed verklaarbaar is. De deelnemende diëtisten hebben het project als zeer stimulerend ervaren door de veelal positieve reacties van de interventiedeelnemers op de voorlichtingssessies. Op basis van deze voorlopige resultaten lijkt de uitvoering van het preventieconcept in de huisartsenpraktijk haalbaar. Een goede en heldere organisatie, specifieke voorlichting en training van de zorgverleners, het gebruik van de Motivational Interviewing-methode en een hoge kwaliteit van de informatie richting deelnemers lijken in ieder geval belangrijke succesfactoren te zijn.

Nog anderhalf jaar te gaan

Het project zal doorlopen tot eind 2010, waarmee dan een interventieperiode van circa tweeënhalve jaar zal zijn verkregen. Eindpunten van de studie zijn de mate waarin de beïnvloedbare risicofactoren voor type 2 diabetes zijn gereduceerd en de veranderingen in de diverse glucosewaarden, inclusief het aantal nieuwe gevallen van diabetes type 2, dit alles in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep. Daarnaast zal worden geanalyseerd welke factoren in het interventieprotocol, in de begeleiding en bij de deelnemers zelf een rol hebben gespeeld met betrekking tot succes bij het behalen van de doelstellingen. Daarmee kan een verder geoptimaliseerd protocol worden ontwikkeld, dat een bredere toepassing kan vinden bij bestrijding van de diabetesepidemie via de eerstelijns huisartsenzorg.

Het principe van selectie van individuen met een verhoogd risico en de daarna aangeboden interventie zijn uiteraard algemener toepasbaar; te denken valt aan preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Daarmee biedt APHRODITE een platform voor meer bredere preventieprogramma's zoals het door de NHG en LHV ontwikkelde 'Preventie Consult'.

Informatie over de auteurs

Ir. Frits Wielaard is voorzitter van de stuurgroep van het project (f.wielaard@chello.nl).

Drs. Paulien Vermunt is promovendus op het APHRODITE-onderzoek bij TRANZO.

Prof.dr. Gert Westert is hoogleraar bij TRANZO en promotor voor het onderzoek.

Samenvatting

- APHRODITE is een onderzoek naar de mogelijkheden voor preventie van diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk. Het project is een uniek samenwerkingsverband tussen de Universiteit van Tilburg (afdeling TRANZO), het RIVM, de huisartsenzorggroep 'De Ondernemende Huisarts' en de zorgverzekeraars CZ en UVIT.
- In de selectiefase zijn vanuit het bestand van 14 huisartsenpraktijken circa 16.000 personen tussen 40 en 70 jaar aangeschreven en gevraagd een kort risicoscoreformulier in te vullen; hierop is circa 60% respons verkregen.
- Bij de respondenten bleek circa 16% een verhoogd risico op diabetes type 2 te hebben; 1% bleek ongediagnosticeerde diabetes te zijn.
- Circa 1000 hoog-risicopersonen zijn in de studie opgenomen; de helft daarvan is met een leefstijlinterventieprogramma gestart onder leiding van huisarts en praktijkondersteuner; de andere helft fungeert als controlegroep.
- Na circa 9 maanden is het uitvalpercentage lager dan 10% en de inzet en betrokkenheid van huisartsen en praktijkondersteuners zijn goed tot uitstekend.
- Het merendeel van de deelnemers is na 9 maanden nog goed gemotiveerd en actief bezig met de verbetering van de leefstijl.
- De uitvoering van het preventieconcept in de huisartsenpraktijk blijkt goed haalbaar. Een goede en heldere organisatie, specifieke voorlichting en training van de zorgverleners, het gebruik van de Motivational Interviewing-methode en een hoge kwaliteit van de informatie richting deelnemers lijken in ieder geval belangrijke succesfactoren te zijn.