



Arteriële hypertensie en diabetes mellitus bij asielzoekers in België. Een prevalentie studie.

Dr. van de Konijnenburg Cecile, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Van den Ende Jef, Tropisch instituut Antwerpen / UZA

Co-promotoren: Dr. Verbist Julie – Dr. Tavernier Philip, Fedasil

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde academiejaar 2012 – 2013

Inhoudsopgave

Inleiding	2
Artikel	3
Bijlage 1: tabel landen herkomst	13
Bijlage 2: gebruikte formulieren studie in asielcentra	14
Bijlage 3: uitgebreide resultaten in cijfers	24
PowerPoint presentatie	27
Dankwoord	29

Inleiding

Deze masterproef is geïnspireerd door mijn ervaringen voor en tijdens mijn HAIO opleiding.

Na mijn zevende jaar huisartsgeneeskunde heb ik de opleiding tropische geneeskunde en internationale gezondheidszorg aan het Instituut voor tropische geneeskunde te Antwerpen gevolgd. Op die manier kon ik een andere manier van geneeskunde ontdekken en interessante pathologieën onderzoeken, waardoor mijn interesse in verschillende culturen sterker werd.

Om de multiculturaliteit verder op te snuiven, heb ik er daarna voor gekozen om een half jaar in het asielcentrum in Broechem te werken. Dit half jaar overbrugde de periode tussen mijn opleiding in Antwerpen en de start als HAIO.

Dit was een grote sprong in het diepe! Je wordt verwacht er te staan als arts wat niet altijd gemakkelijk is als starter. Desalniettemin heb ik in deze periode enorm veel geleerd, ik heb hier zowel medische kennis als organisatorische ervaringen opgedaan. Contact met patiënten en culturen die je verrijken als persoon en als arts.

Toch had ik op het einde van dit half jaar behoefte aan verdere opleiding. Leren uit de ervaring van een bedreven arts, contact met andere HAIO's, extra opleiding en alle andere mogelijkheden als HAIO waren erg waardevol voor mij.

Toen het tijd werd om een onderwerp te kiezen voor mijn masterproef vond ik het een mooie gelegenheid om een brug te slaan tussen het asielcentrum en de huisartsenopleiding.

In samenspraak met de voormalig medisch coördinator van fedasil hebben we besloten cardiovasculaire aandoeningen onder de loep te nemen.

Met deze masterproef hoop ik mijn steentje bij te dragen aan wetenschappelijk onderzoek over asielzoekers en interesse op te wekken in boeiende andere culturen.

Veel leesplezier

Cecile van de Konijnenburg

ARTERIËLE HYPERTENSIE EN DIABETES MELLITUS BIJ ASIELZOEKERS IN BELGIË EEN PREVALENTIE STUDIE

van de Konijnenburg C, Gorissen H¹, Tack I², Verbist J³, Van den Ende J⁴.
1 Fedasil Broechem, 2 Fedasil Sint-Truiden, 3 Medisch coördinator Fedasil, 4 Tropisch instituut Antwerpen.

Situering: gezondheidszorg voor asielzoekers verbeteren door cardiovasculaire aandoeningen zoals hypertensie en cardiovasculaire risicofactoren zoals diabetes mellitus in kaart te brengen.

Methode: de prevalentie van deze ziekten meten door gegevens betreffende bloeddruk en glycemie op te zoeken in het elektronisch medisch dossier en het systematisch meten van bloeddruk en glycemie bij nieuwe bewoners.

Resultaten: over een periode van 7 maanden bekwamen we gegevens van 547 patiënten. Van 303 patiënten vonden we gegevens uit het elektronisch medisch dossier, van 244 andere patiënten bekwamen we gegevens door te screenen naar hypertensie en diabetes mellitus. We vonden een prevalentie van 13.5% voor hypertensie en een prevalentie van 2.9% voor diabetes mellitus. 45.5% van de patiënten met hypertensie werden gediagnosticeerd door screenen.

Besluit: verder onderzoek is nodig om prevalenties per leeftijdsgroep in kaart te brengen om populaties te kunnen vergelijken. Een bloeddrukmeting bij elke bewoner lijkt nuttig, verder onderzoek is nodig om dit te onderbouwen.

Introductie

Niet besmettelijke aandoeningen hebben een hoge mortaliteit, ze zijn de meest voorkomende oorzaak van sterfte in de wereld. In deze groep heeft sterfte door cardiovasculaire oorzaken het grootste aandeel. 80% van deze slachtoffers komen voor in laag- tot middeninkomenlanden. Dit is te wijten aan verscheidene risicofactoren zoals roken, ongezonde voeding, gebrek aan fysieke activiteit en gebruik van alcohol. Mensen die in armoede leven hebben meer kans om cardiovasculaire ziekten te krijgen terwijl ze minder toegang hebben tot gezondheidszorg. Personen die zorg en behandeling krijgen, worden vaak geconfronteerd met hoge kosten en worden zo dieper in de armoede gedrukt.

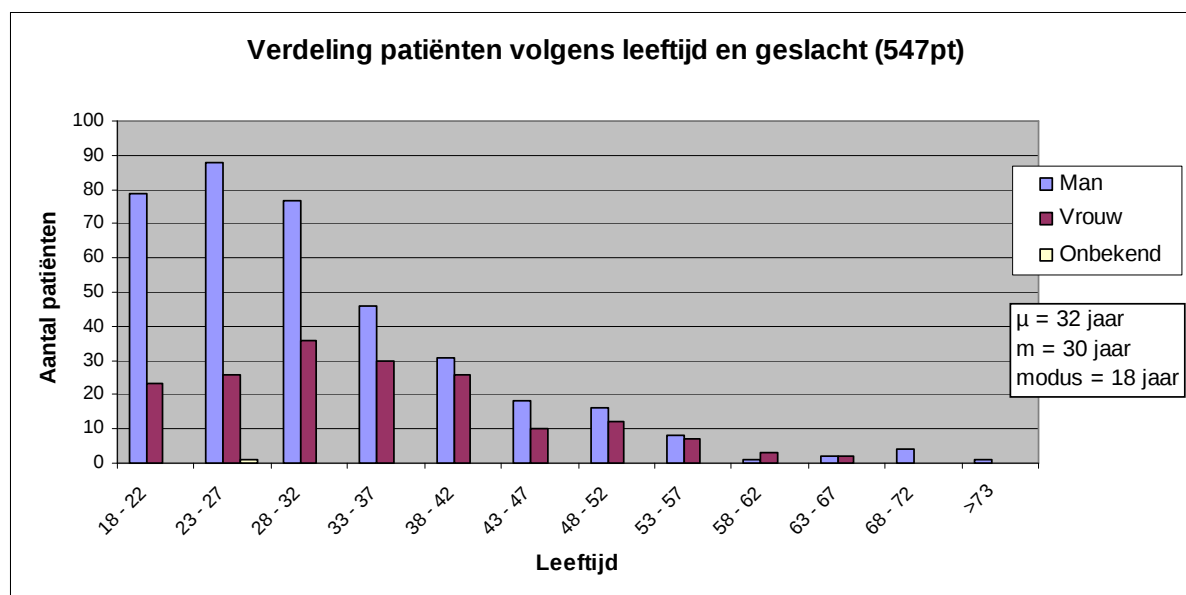
Hoewel cardiovasculaire ziekten typisch oudere personen treft, is het aandeel

patiënten jonger dan 60 beduidend groter in laag- tot middeninkomenlanden^{1,2}.

Asielzoekers zijn vluchtelingen die vrezen voor vervolging of hun leven omwille van hun ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of hun politieke overtuiging³. Het gros van de asielzoekers is afkomstig uit een land in conflict of een land waar een conflict heeft geheerst. Hierdoor kunnen we verwachten dat ze vaak blootgesteld zijn aan povere levensomstandigheden.

Daarenboven zijn de meeste asielzoekers afkomstig uit laag tot middeninkomenlanden of landen met belangrijke sociale ongelijkheid waardoor ze in het profiel van cardiovasculaire ziekten passen (*bijlage 1*).

Tevens ligt de gemiddelde leeftijd bij asielzoekers lager, waardoor je een



Tabel 1: verdeling asielzoekers van deze studie volgens leeftijdsgroep en geslacht.

populatie krijgt van jonge personen die in povere levensomstandigheden zijn opgegroeid (tabel 1). Bij autochtonen van deze groep zou je een lage prevalentie van cardiovasculaire aandoeningen verwachten⁴ (tabel 2).

Fedasil

Fedasil is het federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers. Fedasil verleent materiële hulp aan asielzoekers in België, door het organiseren - rechtstreeks of met partners - van kwaliteitsvolle opvang en begeleiding. Daarnaast zorgt fedasil voor de observatie en oriëntatie van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen - al dan niet asielzoekers⁵.

Naast hulpverlening zoals bed, bad en brood, wordt er ook gezondheidszorg aangeboden, dit onder de vorm van medische diensten in het asielcentrum.

Asielzoekers die niet in een asielcentrum verblijven, bijvoorbeeld in een lokaal opvang initiatief, kunnen terecht bij een huisarts.

De medische diensten zijn samengesteld uit artsen, verpleegkundigen en administratieve krachten. Hier krijgen ze medische begeleiding en kunnen ze

verwezen worden naar psychologische hulpverleners indien nodig.

Een eerste medisch onderzoek wordt verricht bij aankomst in België door de dienst vreemdelingenzaken in Brussel. Naast de nodige administratieve registraties wordt een longfoto gemaakt ter screening naar tuberculose. Deze RX wordt naar de Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding gestuurd waar ze de longfoto beoordelen^{6,7}.

Daarna word je als asielzoeker toegewezen aan een opvangcentrum, mogelijks bij fedasil.

Bij aankomst in een opvangcentrum van fedasil krijgt elke bewoner een intake gesprek op de medische dienst. Meestal wordt dit gesprek uitgevoerd door een verpleegkundige. Als er een significante medische voorgeschiedenis of medisch probleem is, voert een arts dit gesprek uit. Er is geen protocol voor het intake gesprek bij fedasil. Per centrum wordt er wel een stramien aangehouden. Er wordt navraag gedaan naar de voorgeschiedenis, medicatiegebruik, huidige aandoeningen, allergieën etc. In sommige centra wordt bij elke bewoner de bloeddruk gemeten, in

andere niet. Er is geen systematische registratie van deze handelingen. Wel wordt er gepoogd om met een elektronisch medisch dossier (EMD), dat hetzelfde is in alle asielcentra van fedasil, betere zorg te verlenen door registratie en de continuïteit te verzekeren indien een bewoner van asielcentrum verandert.

Opzet

Met deze studie willen we de gezondheidszorg voor asielzoekers verbeteren. Na een zoektocht in primaire bronnen zoals PubMed, bleken er geen gegevens bekend aangaande cardiovasculaire aandoeningen bij asielzoekers in België⁸.

Na overleg met de voormalige medische coördinator hebben we ervoor gekozen om de cardiovasculaire aandoeningen en cardiovasculaire risicofactoren in kaart te brengen. Omwille van logistieke en financiële redenen hebben we de focus geplaatst op arteriële hypertensie en diabetes mellitus.

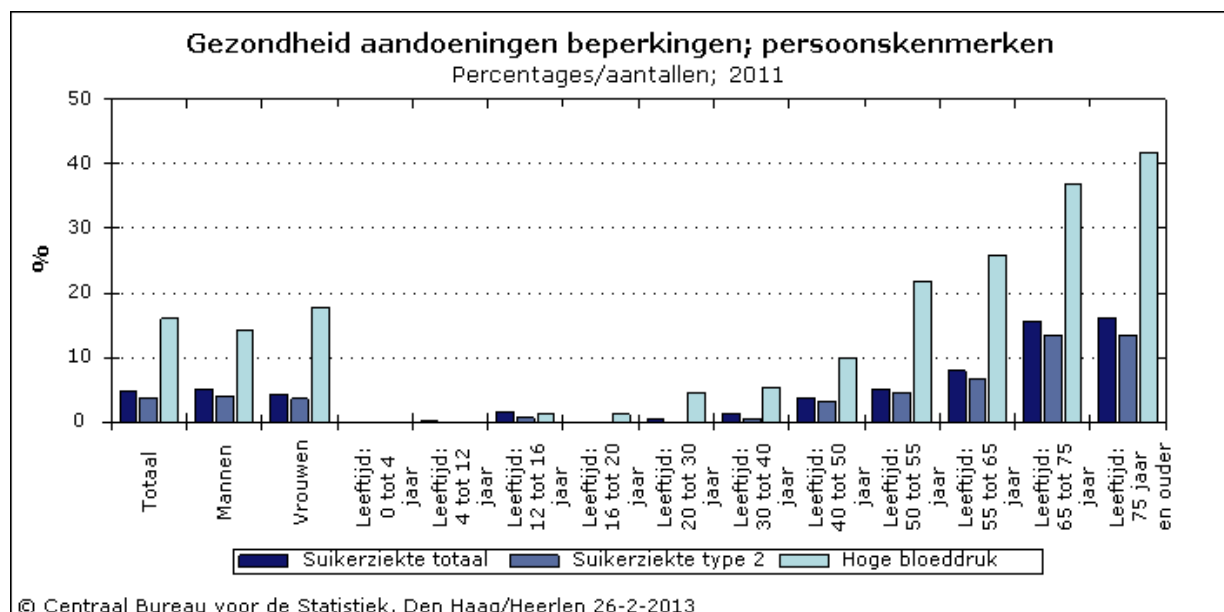
Cardiovasculaire aandoeningen zijn een belangrijk topic in de gezondheidszorg. Zowel bij ouderen als bij personen van middelbare leeftijd zijn we hier erg alert voor en controleren we regelmatig de

bloeddruk-, glycemie- en cholesterolwaarden. Tevens informeren we naar levensstijl, lichaamsbeweging, dieet, alcoholconsumptie, rookgedrag en familiale risicofactoren.

Omdat de gemiddelde leeftijd bij asielzoekers jonger is, 31 jaar, worden deze zaken niet altijd bevraagd of gecontroleerd.

We stuiten regelmatig op moeilijkheden qua zorgverlening. Er zijn taalbarrières, andere beleving van gezondheid, andere prioriteiten, psychologische moeilijkheden, etc. Kortom, medische zorgverlening aan asielzoekers is vaak een uitdaging.

Kwaliteit van zorgverlening is van verscheidene factoren afhankelijk. Eén factor is bijvoorbeeld kennis van de zorgverlener. Het is voor een arts erg belangrijk om te weten welke ziekten er bestaan, hoe vaak ze voorkomen en bij welke patiënten ze voorkomen. Dit geeft de arts een idee over onder andere de ‘waiting room probability’, het heeft invloed op zijn/haar besliskundig proces en verandert het diagnostisch landschap. Zijn er mogelijke unmet needs?



Tabel 2: verdeling diabetes mellitus type 1 + 2, diabetes mellitus type 2 en arteriële hypertensie volgens leeftijdsgroep. Gegevens van het centraal bureau voor de statistiek Den Haag/Heerlen Nederland. Gegevens betreffende een doorsnee Nederlandse populatie.

Met andere woorden, met deze studie trachten we de zorgverlening te verbeteren door een ziekte in kaart te brengen en zo de kennis hierover te verbeteren.

Methode

We voerden deze observationele, beschrijvende epidemiologische studie uit van 01/06/2012 tot 31/12/2012 in twee asielcentra van fedasil. Het asielcentrum in Sint-Truiden en het asielcentrum in Broechem.

Inclusiecriteria zijn bewoners man of vrouw, 18 jaar of ouder. Het exclusie criterium is zwangerschap.

Informed consent werd bereikt door toestemmingsformulieren in vier talen, Nederlands, Frans, Engels en Duits of door te werken met een tolk. Soms werd enkel mondelinge toestemming gegeven, analfabetisme was geen zeldzaam gegeven. De artsen en verpleegkundigen werden voorzien van verschillende formulieren waar ze mee konden werken, gebundeld in een map. Deze formulieren waren onder andere een notitieblad voor bloeddrukmeting in mmHg, een notitieblad voor glycemiemeting door middel van capillaire glucose bepaling in mg/dl, een informatieblad voor patiënten met korte uitleg in verschillende talen en beeldmateriaal over hypertensie en diabetes, een stroomdiagram voor diagnose van hypertensie en diabetes en korte informatie over behandeling van hypertensie en diabetes (*bijlage 2*).

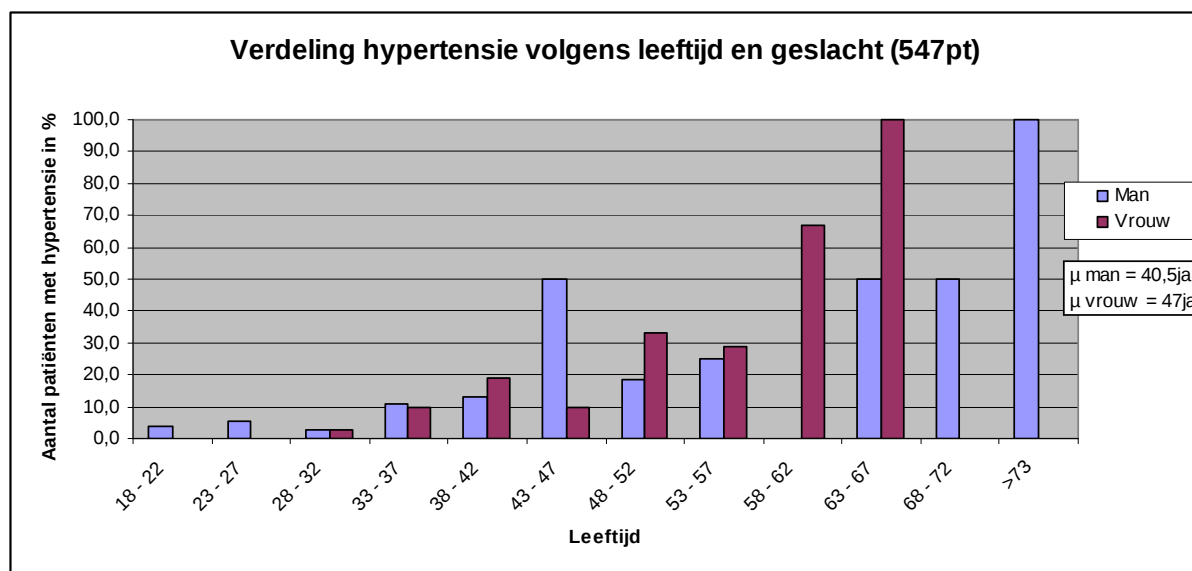
We verzamelden patiënten op twee manieren.

Een eerste groep zochten we in oude dossiers, we verzamelden gegevens betreffende bloeddruk, hypertensie, bloedsuiker, diabetes, voorgeschiedenis, medicatie, etc. We kozen patiënten willekeurig door middel van een steekproef. De eerste patiënt in deze groep was de laatste nieuwe patiënt voor 01/06/2012. Zo gingen we telkens vier patiënten terug in het systeem. Als deze

patiënt niet geschikt was om aan de studie deel te nemen omwille van exclusie criteria, kozen we de eerst daaropvolgende geschikte patiënt. Zo zaten er altijd minstens drie patiënten tussen twee opeenvolgende patiënten in de studie. Op deze manier kregen we een idee van de prevalentie van de diagnose van hypertensie en diabetes mellitus. We probeerden 150 patiënten in elk asielcentrum te verzamelen. Uiteindelijk kwam dat neer op 154 patiënten met bruikbare gegevens van Broechem en 149 patiënten met bruikbare gegevens van Sint-Truiden

Voor de tweede groep gebruikten we patiënten die op intake gesprek op de medische dienst kwamen vanaf 01/06/2012. Op die manier was het onmogelijk dat een patiënt in beide groepen voorkwam. Bij patiënten van de tweede groep werd bij het intake gesprek een vingerprik uitgevoerd om de capillaire glycemie te bepalen en werd de bloeddruk genomen volgens de huidige standaard⁹. Bij een afwijkende waarde werd de patiënt uitgenodigd voor een tweede controle alwaar bloeddruk of glycemie opnieuw werden gecontroleerd. Indien de eerste waarde van de glycemie afwijkend was, moest de tweede bepaling nuchter gebeuren. Deze resultaten werden systematisch genoteerd op de notitiebladen aangeboden aan de artsen en verpleegkundigen. Wederom probeerden we 150 patiënten uit elk asielcentrum te verzamelen. We bekwamen 98 patiënten met bruikbare resultaten van Broechem, en 146 patiënten met bruikbare resultaten van Sint-Truiden.

In totaal verzamelden we dus 252 patiënten uit Broechem en 295 patiënten uit Sint-Truiden. Wat neerkomt op 303 patiënten in groep één, 244 patiënten in groep twee en 547 patiënten in totaal.



Tabel 3: aantal asielzoekers met hypertensie volgens leeftijdsgroep en geslacht uitgedrukt in procenten.

Resultaten

Algemene gegevens:

Groep 1: 303 patiënten waarvan 187 mannen, 115 vrouwen en 1 onbekend. Gemiddelde leeftijd is 31 jaar, mediane leeftijd is 29 jaar, modus is 18 jaar.

Groep 2: 244 patiënten waarvan 184 mannen en 60 vrouwen. Gemiddelde leeftijd is 33 jaar, mediane leeftijd is 31 jaar, modus is 27 jaar (*tabel 1*).

Gegevens betreffende bloeddruk/hypertensie:

Groep 1: 24 op 303 personen hadden hypertensie. Dit komt overeen met 7.9%. De verhouding mannen vrouwen met hypertensie was 14/10. Alle patiënten waren reeds gekend met hypertensie.

Groep 2: 33 op 244 personen hadden hypertensie. Dit komt overeen met 13.5%. De verhouding mannen vrouwen met hypertensie was 23/10. 18 personen waren reeds gekend met hypertensie, 15 personen werden gediagnosticeerd tijdens het onderzoek (*tabel 3*).

Gegevens betreffende glycemie/diabetes mellitus:

Groep 1: 7 op 303 personen hadden diabetes mellitus. Dit komt overeen met 2.3%. Alle 7 personen waren gekende patiënten.

De verhouding mannen vrouwen met diabetes was 4/3. Er waren geen glycemiewaarden gekend of genoteerd in het medisch dossier.

Groep 2: 9 op 244 personen hadden diabetes mellitus. Dit komt overeen met 3.7%. Alle 9 personen waren gekende patiënten. De verhouding mannen vrouwen met diabetes was 6/3 (*tabel 4*). Er werden 151 glycemiewaarden genoteerd.

Deze waren als volgt. De gemiddelde glycemie was 111.6mg/dl, de mediaan 101mg/dl, de maximum waarde 362mg/dl, de minimum waarde 64mg/dl, Q1 93mg/dl, Q3 116mg/dl. Standaarddeviatie is 39, het betrouwbaarheidsinterval is 0.20.

Gegevens voor personen met hypertensie en diabetes:

Groep 1: 5 personen op 303 met hypertensie en diabetes. Dit is 1.65%. Zij waren allen reeds gekend met beide aandoeningen. Verhouding mannen vrouwen is 3/2.

Groep 2: 3 personen op 244 met hypertensie en diabetes. Dit is 1.23%. Zij waren allen reeds gekend met beide aandoeningen. Verhouding mannen vrouwen is 2/1 (*bijlage 3 uitgebreide resultaten*).

Bespreking

Conclusies van de analyses:

De populatie van deze studie verschilt erg met de Belgische populatie¹⁰. De verdeling volgens leeftijd en geslacht bij asielzoekers is bijzonder. Bij asielzoekers zien we een duidelijke piek in de leeftijdscurve op de leeftijd tussen 23 en 48 jaar. Overigens merken we een discrepantie op tussen het aantal mannen en vrouwen. In de Belgische populatie zijn er quasi evenveel mannen als vrouwen, terwijl er in deze studie 67.8% mannen zijn. Deze cijfers zijn geen verrassing aangezien de meeste asielzoekers alleenstaande mannen zijn. Dit heeft mogelijks een invloed op de presentatie van hypertensie en diabetes mellitus in deze populatie.

Volgens zorg en gezondheid is de prevalentie van hypertensie in België 13.4%¹¹. In deze studie zijn de resultaten van groep 2 het meest betrouwbaar aangezien we van elke patiënt gegevens hebben. De prevalentie die in deze groep gemeten werd was 13.5%. Zonder verder onderzoek lijken deze prevalenties overeen te komen. Doch als we rekening houden met verschillen in de populaties lijkt er een discrepantie te zijn.

Als we de prevalentie per leeftijdsgroep bekijken dan is er bij de meeste leeftijdsgroepen een hogere prevalentie

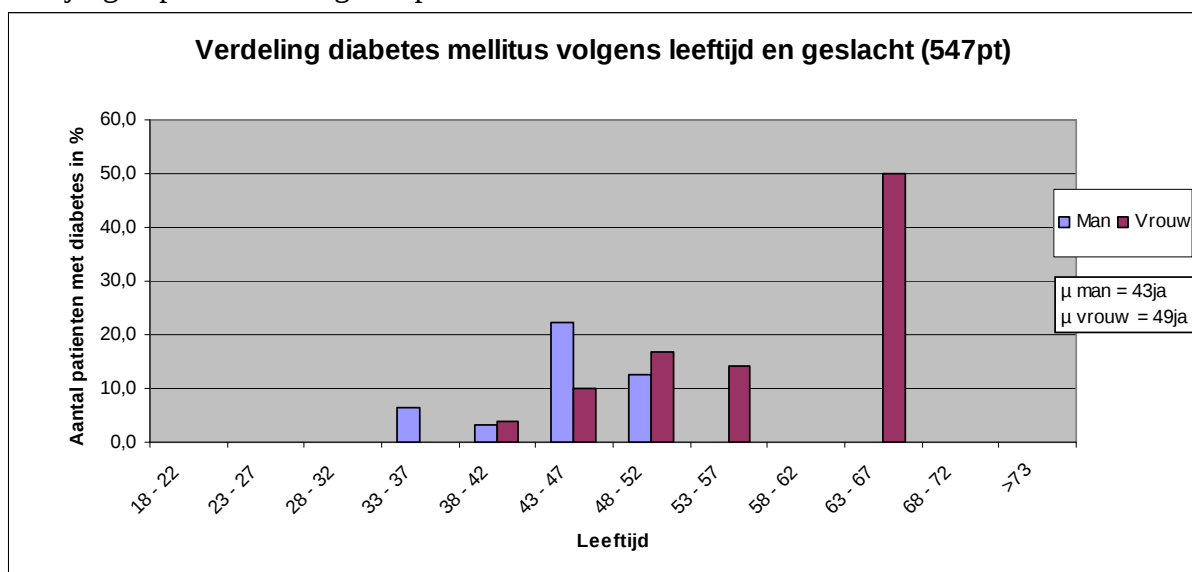
van hypertensie bij asielzoekers.

We vergelijken gegevens van asielzoekers uit deze studie met gegevens van een doorsnee populatie in Nederland. Deze gegevens zijn afkomstig van het centraal bureau voor statistiek⁴ (tabel 5). Er waren geen gegevens van een Belgische populatie beschikbaar die zich leenden voor vergelijking.

Bij het meten van bloeddrukken bij alle patiënten in groep twee kwamen er nieuwe patiënten met hypertensie aan het licht, terwijl in groep 1 alle patiënten gekend waren. Dit doet de vraag rijzen of het nuttig kan zijn om te screenen naar hypertensie bij asielzoekers. In procenten weergegeven betekent dit dat 45.5% van de patiënten met verhoogde bloeddruk in groep 2 gediagnosticeerd werden door te screenen.

De prevalentie van diabetes mellitus kunnen we meten bij zowel groep 1 als groep 2. Toch zijn beide groepen apart te klein om resultaten te meten. De prevalentie in de studie was 2.9% terwijl deze in de Belgische populatie 4.9% is. Wederom kunnen we deze resultaten beter vergelijken als we de verdeling per leeftijd onderzoeken. We gebruiken opnieuw gegevens uit Nederland ter vergelijking.

De curve van diabetes in deze studie laat ons vermoeden dat er een erg verhoogde



Tabel 4: aantal asielzoekers met diabetes mellitus volgens leeftijd en geslacht uitgedrukt in procenten.

prevalentie is van diabetes mellitus per leeftijdscategorie, vooral vanaf 30 à 40 jaar. Dit kan verklaard worden door genetische verschillen, verschillende levensstijl, armoede maar ook omwille van blootstelling aan traumatische ervaringen¹². Nochtans zijn onderzoeken met grotere patiëntengroepen nodig om dit te bevestigen (*tabel 5*).

Vergelijking met andere studies:

De reproduceerbaarheid van de studie kan niet gemeten worden omdat er geen gelijkaardige studie is tot nu toe.

We kunnen voor elke persoon in de studie de prevalentie in het land van herkomst opzoeken, maar dit zou geen goede vergelijking zijn. Een asielzoeker verschilt immers van personen in zijn land van herkomst omwille van psychologische, sociale en andere redenen. We kunnen een asielzoeker ook niet vergelijken met de gemiddelde Belg, wederom zijn hier belangrijke verschillen in afkomst, genetica en levensstijl die cardiovasculaire ziekten beïnvloeden.

Er is dus meer onderzoek nodig naar deze populatie.

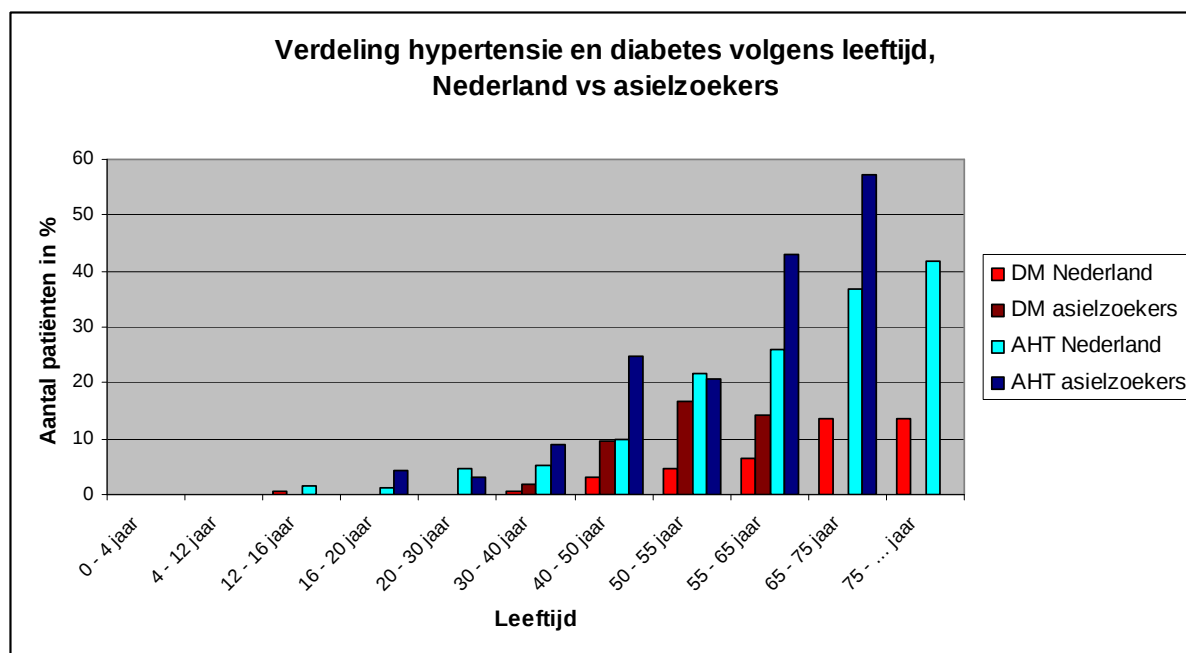
Zwaktes:

Allereerst kaarten we de accuraatheid van de bloeddrukmeting aan. De sensitiviteit en specificiteit van bloeddrukmetingen aan de bovenarm zijn niet erg hoog. Hierdoor wordt de diagnose van hypertensie bemoeilijkt. Volgens de huidige richtlijnen wordt de diagnose van hypertensie best gesteld door verscheidene bloeddrukmetingen die zowel in de huisartspraktijk als bij de patiënt thuis worden uitgevoerd¹³. De meest accurate

manier om hypertensie te diagnosticeren is met een 24-uurs bloeddrukmeting hetgeen in deze setting weinig haalbaar is¹⁴. De manier waarop we in deze studie de bloeddruk meten is dus geen ideale test, maar gezien de beperkingen in een asielcentrum is het de beste beschikbare test.

Ook bij het opsporen van diabetes mellitus weken we af van de gouden standaard. Hier zijn wederom meerdere metingen nodig die nuchter uitgevoerd moeten worden. Daarenboven wordt veneuze glycemie verkozen boven capillaire glycemie^{15,16}. Wegens financiële, logistieke en ethische redenen werd afgezien van een veneuze bloedafname bij elke patiënt. Nuchtere vingerprik werd verkozen boven een niet nuchtere, maar wegens omstandigheden was ook dit moeilijk realiseerbaar. Wel werd bij een afwijkende vingerprik overgegaan tot een nuchtere veneuze bloedafname. Het was dus een screening naar verhoogde glycemie. De resultaten bekomen in deze studie geven ons een idee van de huidige situatie. Meer onderzoek is nodig om feiten te bekomen.

Patiënten in het asielcentrum hebben zelden een medisch dossier bij. We moeten vooral voortgaan op hun verhaal in verband met voorgeschiedenis, huidige ziekten en medicatie gebruik. Vaak zijn merknamen van medicatie verschillend van de gekende medicatienamen in België. Als gevolg zijn er hier wederom fouten mogelijk.



Tabel 5: vergelijking voorkomen hypertensie en diabetes mellitus in een doorsnee populatie van Nederland, cijfers afkomstig van het centraal bureau voor de statistiek Den Haag/Heerlen Nederland, en asielzoekers uit deze studie.

De gegevens beschikbaar in groep 1 waren teleurstellend. Er werd slechts zeer weinig genoteerd in de elektronische medische dossiers. We konden enkel voortbouwen op gegevens die beschikbaar waren. Patiënten met hypertensie of diabetes mellitus waarvan de diagnose op geen enkele manier vermeld was in het dossier, zijn dus niet in deze studie terechtgekomen. Hier kunnen waardevolle lessen getrokken worden. Een correct bijgehouden medisch dossier heeft reeds zijn waarde bewezen¹⁷. Het begin naar betere zorgverlening kan gemaakt worden door een volledig dossier. Met de introductie van eenzelfde elektronisch medisch programma in elk asielcentrum creëer je een mooie kans om een correcte registratie van gegevens te realiseren.

Impact:

Over het nut van het diagnosticeren van deze aandoeningen bij asielzoekers kan uitgebreid gediscussieerd worden. Het gros van deze patiënten verblijft slechts korte tijd in België en keert daarna terug naar hun thuisland. Hier is medische zorg vaak minder toegankelijk en minder kwalitatief. Mogelijks belanden ze in de illegaliteit en

dreigen ze, zelfs in België, zonder gezondheidszorg te vallen.

Hierdoor rijst de vraag of het ethisch is om een diagnose te stellen en zorg te verlenen voor een aandoening waar, na het verblijf in een asielcentra, weinig opvolging verzekerd kan worden.

Dit argument kan je weerleggen met de vraag of het ethisch is om iemand een diagnose te ontfemen met de mogelijkheden die we in België hebben, de lage kostprijs van de diagnose en de mogelijkheid tot niet-medicamenteuze maatregelen.

De ethische discussie laten we in deze studie open.

Omdat er een aantal patiënten gediagnosticeerd werden met verhoogde bloeddruk, kunnen we ons afvragen of het nuttig is om bij elke bewoner een bloeddrukmeting uit te voeren. In een aantal asielcentra is dit reeds gebruikelijk bij de intake. Tot verder onderzoek beschikbaar is kunnen we screening naar verhoogde bloeddruk verdedigen met deze studie. Let op, niet elke persoon met verhoogde bloeddruk heeft de aandoening arteriële hypertensie.

De impact van screenen naar diabetes mellitus is minder duidelijk. Er waren in deze studie slechts weinig personen met een verhoogde glycemie. Tevens werden er geen nieuwe patiënten gevonden. Het vermoeden van een verhoogde prevalentie blijft bestaan na deze studie, maar hoe we hiermee moeten omgaan is nog niet duidelijk. Screenen blijkt uit deze studie niet nuttig, case finding lijkt een betere optie.

Verder onderzoek:

In deze studie zijn we enkele vragen tegengekomen waarop in de literatuur geen antwoord te vinden was. Hierdoor zijn er een aantal nieuwe onderzoeksvragen gevormd. Meer studie bij asielzoekers naar prevalenties van ziekten per leeftijdsgroep is nodig om vergelijkingen te kunnen maken met andere populaties. Er is meer onderzoek nodig naar cardiovasculaire aandoeningen bij asielzoekers om te duiden waar het verschil ligt tussen een asielzoeker, een persoon in het land van herkomst en een Belg. Welke rol speelt het gegeven 'asielzoeker'? Zijn er risicofactoren waar we rekening mee dienen te houden?

Zijn vrouwen een meer kwetsbare populatie onder asielzoekers?

Wat is de beste manier om arteriële hypertensie en diabetes mellitus te diagnosticeren in een asielcentrum?

Ook was het niet gemakkelijk om gegevens te vinden over de Belgische populatie. Op zorg en gezondheid waren prevalenties te vinden, maar geen prevalenties per leeftijdsgroep. Intego voorzag gegevens maar deze waren moeilijk vergelijkbaar met onze gegevens. In de literatuur zijn er verscheidene percentages van prevalentie en incidentie, wat verwarring schept.

Besluit

Een eerste les die we kunnen trekken uit deze studie is het belang van gegevensregistratie. Vele dossiers waren

onvolledig waardoor de kwaliteit van zorgverlening in gedrang kan komen.

Bloeddruk meten bij elke patiënt leek nuttig. Een aantal patiënten waar nog niet van gekend was dat ze een verhoogde bloeddruk hadden, kwamen aan het licht. Doch moeten we voorzichtig zijn om bij elke persoon met verhoogde bloeddruk de diagnose van hypertensie te stellen. Dit omwille van beperkingen waarmee we te maken krijgen in een asielcentrum. De betrouwbaarheid van bloeddrukmetingen kan in vraag gesteld worden.

Verder onderzoek zal zeker nuttig zijn om de obstakels van dit vraagstuk in kaart te brengen en onze kennis te verrijken. Om op korte en lange termijn de patiënt te helpen, complicaties te voorkomen en aan cardiovasculair risicomanagement te doen, wordt, bij mild tot matig verhoogde bloeddruk, de nadruk best gelegd op levensstijl veranderingen^{18,19,20}.

Het screenen naar diabetes door middel van een niet nuchtere capillaire glycemiemeting leek niet nuttig gezien er geen nieuwe diagnoses gesteld werden. Doch is het aantal patiënten met diabetes mellitus type 2 in deze studie erg klein, waardoor we weinig conclusies kunnen trekken uit onze resultaten.

Er is nood aan meer onderzoek om de hypothese te staven dat diabetes mellitus type twee meer voorkomt bij asielzoekers en reeds aanwezig is in een jongere populatie. Tot meer informatie beschikbaar is, lijkt het nuttig om diabetes patiënten op te sporen via case finding.

Verder onderzoek is nodig om prevalenties in kaart te brengen in deze moeilijke setting. Het vermoeden van een verhoogde prevalentie van arteriële hypertensie en diabetes mellitus bij asielzoekers blijft bestaan.

¹ WHO fact sheet non communicable diseases, september 2011

² Cause specific mortality, 2008: WHO region data by country

³ Conventie van Genève betreffende de Status van Vluchtelingen, 28 juli 1951

⁴ Centraal bureau voor de statistiek, cijfers per thema, gezondheid en welzijn, langdurige aandoeningen.

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81173NED&D1=4,16&D2=3-13&D3=0&D4=1&HDR=G3,G2,T&STB=G1&VW=T>

⁵ www.fedasil.be, laatste update 2011, datumraadpleging 14/03/2013

⁶ FOD binnenlandse zaken – vreemdelingenzaken <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Gidsvandeprocedure/Pages/Asielpcedure.aspx>, laatste update 2011, datum raadpleging 14/03/2013

http://www.vrgt.be/tuberculose/informatie_voor_professionelen/risicogroepen/nieuwkomers_asielzoekers

⁸ Zowel gebruik van Mesh termen als willekeurige zoektocht met termen zoals refugee, asylumseekers, Belgium, hypertension, blood pressure, diabetes, diabetes mellitus.

⁹ Richtlijn domus medica <http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijn/en/overzicht/hypertensie-horizontaalmenu-384.html> Laatste update: november 2009. Richtlijn domus medica

<http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijn/en/overzicht/diabetes-type-2-horizontaalmenu-378.html> Laatste update: oktober 2009

¹⁰ <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/piramide/> laatste update: 2013, Datum raadpleging 16/03/2013

¹¹ Vlaams agentschap zorg en gezondheid, cijfers uit huisartspraktijken. Bron intego databank. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Chronische-aandoeningen--incidentie-en-prevalentie/> Laatste update: 12/07/2010, datum raadpleging 16/03/2013

¹² Agyemang C, Goosen S, Anujuo K, Ogedegbe G. Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105,180 asylum seekers in the Netherlands. Eur J Public Health. 2012 Oct;22(5):658-62. Epub 2011 Sep 27.

¹³ Richtlijn domus medica <http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijn/en/overzicht/hypertensie-horizontaalmenu-384.html> Laatste update: november 2009

¹⁴ Hoe betrouwbaar zijn bloeddrukmetingen? Minerva 1999 28(110):443-445

¹⁵ Richtlijn domus medica <http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijn/en/overzicht/diabetes-type-2-horizontaalmenu-378.html> Laatste update: oktober 2009

¹⁶ WHO screening for type 2 diabetes. Report of a WHO and IDF meeting. WHO/NMH/MNC/03.1

¹⁷ Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. Costs and benefits of health information technology. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2006 Apr;(132):1-71.

¹⁸ Fodor JG, Whitmore B, Leenen F, Larochelle P. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 5. Recommendations on dietary salt. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. CMAJ. 1999 May 4;160(9 Suppl):S29-34.

¹⁹ Hu FB Globalization of diabetes: the role of diet, lifestyle, and genes. Diabetes Care. 2011 Jun;34(6):1249-57. doi: 10.2337/dc11-0442.

²⁰ Finks SW, Airee A, Chow SL, Macaulay TE, Moranville MP, Rogers KC, Trujillo TC. Key articles of dietary interventions that influence cardiovascular mortality. Pharmacotherapy. 2012 Apr;32(4):e54-87. doi: 10.1002/j.1875-9114.2011.01087.x. Epub 2012 Feb 13.

Bijlage 1

Land	Aantal pt	Aantal AHT	Aantal DM2	Prevalentie RBP*	Prevalentie RBS*
Afghanistan	55	2	1		
Afrika	4	1	0		
Albanië	15	1	0	46.3%	
Algerije	4	0	0	38%	8%
Angola	2	0	0		
Arabische origine	11	0	0		
Armenië	11	3	0	50.7%	
Azerbeidzjan	1	0	0	41.6%	
Bangladesh	15	2	1		8.4%
Benin	1	0	0	38.7%	5.6%
Bosnië	2	1	0	51.7%	
Burkina Faso	1	0	0		
Burundi	4	1	1		
China	7	1	0	38.2%	9.4%
DR Congo	23	3	0	40%	
Djibouti	3	1	0		
Egypte	1	0	0	35%	6.5%
Eritrea	2	0	0	31.7%	
Ethiopië	1	0	0	35.2%	
Georgië	14	3	1	51.4%	
Guinea	29	8	2		
Haiti	1	0	0		
Irak	24	2	0		10.6%
Iran	4	1	1	33.7%	8.3%
Ivoorkust	3	0	0	41.5%	
Joegoslavië	1	0	0		
Kameroen	13	1	0	36.9%	8.8%
Kazachstan	3	0	0		
Kenia	1	0	0	37%	
Kosovo	16	1	0		
Libanon	5	0	0	39%	11.5%
Liberia	1	0	0		
Macedonië	17	0	0		
Mali	1	0	0	34.7%	
Malinke origine	3	0	0		
Marokko	2	0	1	41.2%	9.9%
Mauritanië	4	0	0		6.8%
MiddenOosten origine	14	1	1		
Mongolië	3	0	0	40.4%	8.7%
Montenegro	1	0	0		
Myanmar	1	0	0	38.6%	6.0%
Nepal	4	0	0		8.4%
Niger	4	0	0	47.8%	
Noord Korea	1	0	0	30.6%	6.3%
Oekraïne	1	0	0	53.6%	
Onbepaalde origine	54	5	0		
Pakistan	26	2	4	35.3%	11.7%
Palestina	2	0	0		
Peul origine	3	0	0		
Rusland	39	6	1	47.6%	
Rwanda	10	3	1		
Senegal	9	0	0		
Servië	14	1	1	51.7%	
Sierra Leone	1	0	0	44.0%	
Slowakije	2	1	0		
Soedan	3	0	0		
Somalië	9	0	0		
Sri Lanka	4	1	0	39.2%	8.8%
Sudan	1	0	0		
Suriname	1	0	0		
Syrië	11	2	0		
Tanzanië	4	0	0		
Tjetjenië	10	3	0		
Togo	3	1	0		
Turkije	5	0	0	32.8%	9.0%
Venezuela	1	0	0	38%	10%
Wit-Rusland	1	0	0	50.6%	

*volgens WHO, raised blood pressure of raised blood sugar, per land.

Bijlage 2

Protocol hypertensie:

Bij elke consultatie de bloeddruk meten met een cuff rond de bovenarm.

Bij het 1^e contact altijd links en rechts meten, vervolgens meten aan de arm met de hoogste bloeddrukwaarde. Om een juiste bloeddruk waarde te bekomen is het aangeraden om 2 metingen uit te voeren aan dezelfde arm met een tussentijd van minstens 10 minuten.

Bij een normale bloeddrukwaarde handelt men als volgt:

- Een patiënt zonder bloeddrukregulerende medicatie: gegevens noteren, bloeddrukwaarde noteren.
Indien deze patiënt zich opnieuw aanmeldt voor een consult (voor eender welke reden) opnieuw de bloeddruk meten en noteren op het registratieformulier.
- Een patiënt die reeds bloeddrukregulerende medicatie neemt: gegevens noteren, bloeddrukwaarde noteren, medicatie dosis en frequentie noteren. Follow-up na 2 weken of 1 maand . Bij het 2^e consult wederom alle gegevens noteren alsook eventuele veranderingen van beleid.

Bij afwijkende bloeddrukwaarde handelt men als volgt:

- Een patiënt zonder bloeddrukregulerende medicatie: afhankelijk van de bloeddrukwaarde kiezen voor follow-up met of zonder direct behandeling te starten. Noteren van gegevens, bloeddrukwaarde noteren, noteren welk beleid gekozen wordt. Follow-up na 2 weken of 1 maand.
- Een patiënt met bloeddrukregulerende medicatie: afhankelijk van de bloeddrukwaarde kiezen voor follow-up met of zonder direct behandeling aan te passen. Noteren van gegevens, bloeddrukwaarde noteren, medicatie dosis en frequentie noteren, noteren welk beleid gekozen wordt. Follow-up na 2 weken of 1 maand.

Bij elke patiënt die geïnccludeerd is in de studie, bij elk consult (voor eender welke reden), bloeddruk noteren, beleid noteren.

Protocol diabetes:

Bij elke patiënt een willekeurige vingerprik of capillaire glycemie bepaling uitvoeren.

Een willekeurige vingerprik is positief als de glycemie groter of gelijk is aan 200mg/dl.

Indien een vingerprik positief is, dient er een nuchtere veneuze bloedname te gebeuren.

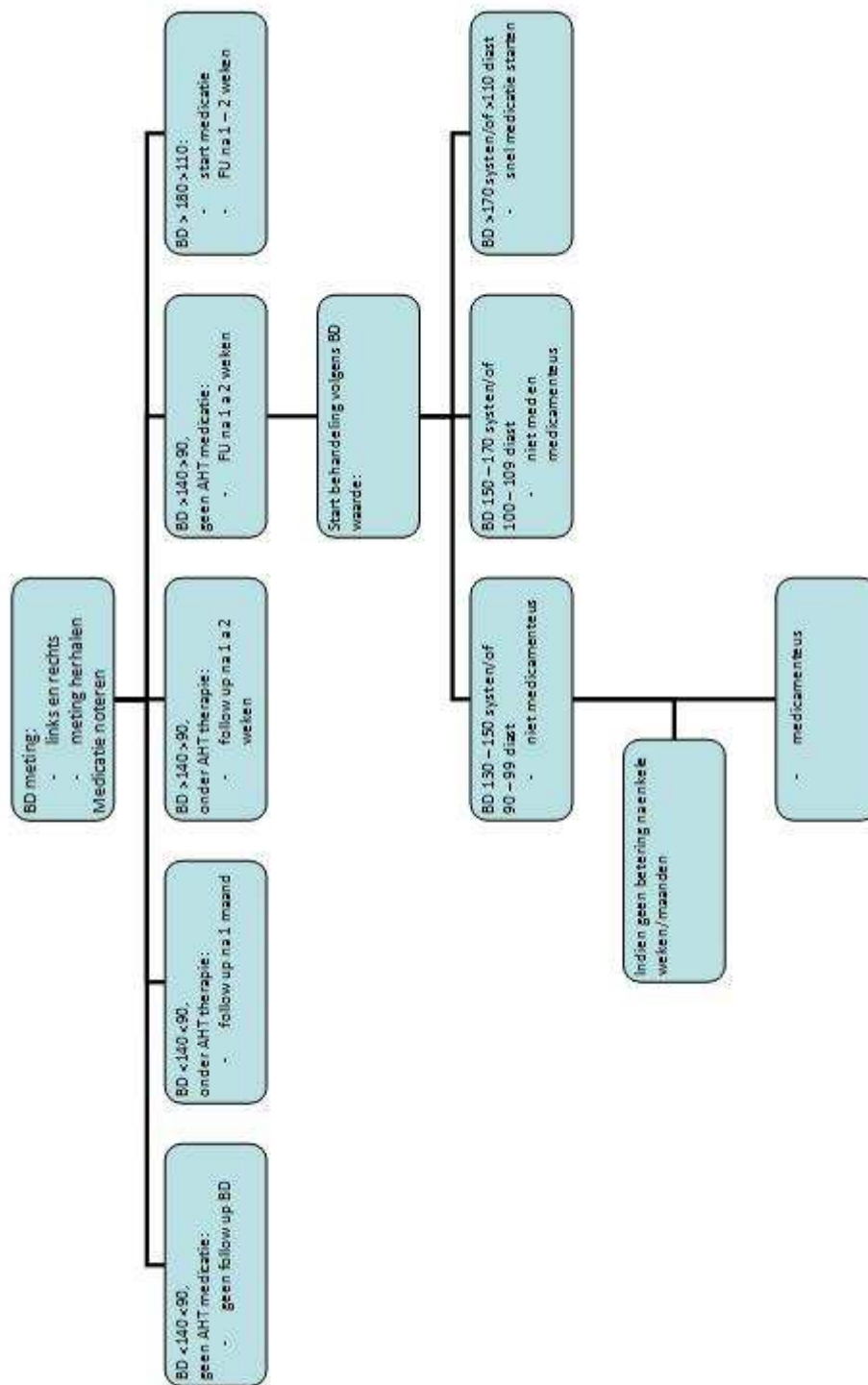
Patiënten die geen glycemieregulerende medicatie nemen:

- Vingerprik niet afwijkend: gegevens noteren, glycemie noteren. Geen follow-up nodig.
- Vingerprik afwijkend:
 - o Nuchtere bloedname voor veneuze glycemie bepaling en HbA1c bepaling niet afwijkend: behandelen als vals positieve 1^e vingerprik. Gegevens noteren, glycemies noteren, beleid noteren.
 - o Nuchtere bloedname voor veneuze glycemie en HbA1c bepaling afwijkend, 2^e nuchtere veneuze bloedname doen ter diagnose diabetes. Behandelen als diabetespatiënt. Gegevens noteren, glycemies en HbA1c noteren, beleid noteren. Follow-up na 2 maanden.

Patiënten die reeds glycemieregulerende medicatie nemen:

- Nuchtere glycemie bepaling veneus en HbA1c bepaling zoals je in een normale follow-up van diabetes zou doen. Alle gegevens noteren, glycemie en HbA1c noteren, huidige medicatie noteren alsook verder beleid. Follow-up zoals bij andere diabetes patiënten: na 3 maanden.

Stroomdiagram AHT:



Bijlage 2



Medicamenteuze behandeling AHT:

Patiënten groep	1 ^e keuze	Alternatief	Streefwaarde ... mmHg systolisch
> 60 jaar	Thiazide	Ca ⁺⁺ antagonist	140
Diabetes mellitus	ACE remmer	Thiazide of B blokker	140
Vochtretentie of hartfalen	Thiazide	ACE remmer	140
Angina pectoris of palpitaties	B blokker	Ca ⁺⁺ antagonist	140
Chronische nierziekte	ACE remmer	Thiazide	140
Negroïde ras	Thiazide	Ca ⁺⁺ antagonist	130

	Diureticum	B blokker	Ca ⁺⁺ antagonist	ACE remmer
Absolute Contra-indicatie	- Electrolyten stoornis - Nier-insufficiëntie - Levercirrose	- Slecht geregeld astma - 2/3 gr AV blok - Sinus bradycardie	- Instabiele angor - Acuut infarct - Diltiazem en verapamil: 2/3 gr AV blok en hartfalen	- Hyper K⁺ - Bilaterale stenose a. renalis - Zwangerschap
Relatieve Contra-indicatie	- Jicht - Verminderde glucose tolerantie	- Instabiel hartfalen - Astma en COPD - Gestoorde glucose tolerantie	- Diltiazem en verapamil: bradycardie	- Nierinsufficiëntie - Veralgemeende atheromatose - Labiele tensie
Bijkomende indicatie	- Water en zout retentie bij hartfalen - Combinatie amiloride en triamteren	- Angina pectoris - Infarct in laatste 2 jaar - SV ritmestoornis - Migraine	- Angina pectoris - Raynaud	- Hartfalen - DM2 met microalbuminurie
Interacties met klinisch belang	- NSAID - Lithium	- Diltiazem - Verapamil	- Digoxine - CYP3A4 inhibitoren	- NSAID - K⁺ supplementen of K⁺ sparende diuretica - Lithium

Medicamenteuze behandeling van hyperglycemie:

Eerste keuze, ook indien niet obees: biguaniden (metformine)

Toediening

- Langzaam opstarten: 1 x daags 500 mg tijdens of na maaltijd.
- Geleidelijk verhogen (1 x per week) → max. dosis = 2 550 mg ⇒ niet overschrijden!

Cave: nierinsufficiëntie (dosisaanpassing), lactaatacidose (zelden, maar verhoogde mortaliteit), RX-contrast (raadpleeg radioloog, stop evt. metformine gedurende enkele dagen).

Tweede stap: toevoegen van sulfamiden (sulfonylurea) - *talrijke sulfamiden beschikbaar*

Toediening

- Opstarten: voorkeur = kortwerkende producten (gliclazide, glipizide, gliquidone) best een halfuur voor de maaltijd.
- Na stabilisatie: eventueel langer werkende sulfamiden (glibendamide, glimepiride, gliclazide) om aantal tabletten te verminderen.

Cave: nierinsufficiëntie

Insuline

Onvoldoende effect + HbA1c $\geq 8\%$ = toevoegen/overschakelen op insuline: 1 injectie langwerkend insuline 's avonds.

Niet overschakelen naar ander product uit dezelfde klasse (geen zin).

Obligaat eerste keuze:

- Diabetes type 1.
- Zeer hoge nuchtere glycemie, niet snel reagerend op ingestelde therapie.
- Zwangerschap.
- Contra-indicaties voor orale antidiabetica.

Vaak tijdelijk nodig indien infectie, myocardinfarct, heelkunde en stress.

Opvolgblad AHT :

Centrum:

Patiënt:

Naam:

Geboortedatum:

Origine:

Code:

M/V

Intake:

Datum

BD₁: li re BD₂: li / re

Medicatie:

- ☐ Diuretica:
- ☐ β blokker
- ☐ ACE remmer
- ☐ Ca⁺⁺ antagonist
- ☐ Andere:

Actie:

- ☐ Geen
- ☐ Huidige medicatie aanpassen
 - ☐ Dosis verhogen
 - ☐ Medicatie toevoegen
 - ☐ Diuretica:
 - ☐ β blokker
 - ☐ ACE remmer
 - ☐ Ca⁺⁺ antagonist
 - ☐ Andere:
- ☐ Niet medicamenteuze behandeling:
 - ☐ Rookstop
 - ☐ Beperking Na⁺ inname
 - ☐ Lichaamsbeweging
 - ☐ Gewichtsreductie
- ☐ Opstarten medicatie:
 - ☐ Diuretica:
 - ☐ β blokker
 - ☐ ACE remmer
 - ☐ Ca⁺⁺ antagonist
 - ☐ Andere:
- ☐ Labo: ja / nee

Follow up:

Datum:

BD₁:

BD₂:

Medicatie:

- ☐ Diuretica:
- ☐ β blokker
- ☐ ACE remmer
- ☐ Ca⁺⁺ antagonist
- ☐ Andere:

Actie:

- ☐ Geen
- ☐ Huidige medicatie aanpassen
 - ☐ Dosis verhogen
 - ☐ Medicatie toevoegen
 - ☐ Diuretica:
 - ☐ β blokker
 - ☐ ACE remmer
 - ☐ Ca⁺⁺ antagonist
 - ☐ Andere:
- ☐ Niet medicamenteuze behandeling:
 - ☐ Rookstop
 - ☐ Beperking Na⁺ inname
 - ☐ Lichaamsbeweging
 - ☐ Gewichtsreductie
- ☐ Opstarten medicatie:
 - ☐ Diuretica:
 - ☐ β blokker
 - ☐ ACE remmer
 - ☐ Ca⁺⁺ antagonist
 - ☐ Andere:
- ☐ Labo: ja / nee

Follow up:

Datum:

BD₁:

BD₂:

Medicatie:

- ☐ Diuretica:
- ☐ β blokker
- ☐ ACE remmer
- ☐ Ca⁺⁺ antagonist
- ☐ Andere:

Actie:

- ☐ Geen
- ☐ Huidige medicatie aanpassen
 - ☐ Dosis verhogen
 - ☐ Medicatie toevoegen
 - ☐ Diuretica:
 - ☐ β blokker
 - ☐ ACE remmer
 - ☐ Ca⁺⁺ antagonist
 - ☐ Andere:
- ☐ Niet medicamenteuze behandeling:
 - ☐ Rookstop
 - ☐ Beperking Na⁺ inname
 - ☐ Lichaamsbeweging
 - ☐ Gewichtsreductie
- ☐ Opstarten medicatie:
 - ☐ Diuretica:
 - ☐ β blokker
 - ☐ ACE remmer
 - ☐ Ca⁺⁺ antagonist
 - ☐ Andere:
- ☐ Labo: ja / nee

Follow up:

Datum:

BD₁:

BD₂:

Medicatie:

- ☐ Diuretica:
- ☐ β blokker
- ☐ ACE remmer
- ☐ Ca⁺⁺ antagonist
- ☐ Andere:

Actie:

- ☐ Geen
- ☐ Huidige medicatie aanpassen
 - ☐ Dosis verhogen
 - ☐ Medicatie toevoegen
 - ☐ Diuretica:
 - ☐ β blokker
 - ☐ ACE remmer
 - ☐ Ca⁺⁺ antagonist
 - ☐ Andere:
- ☐ Niet medicamenteuze behandeling:
 - ☐ Rookstop
 - ☐ Beperking Na⁺ inname
 - ☐ Lichaamsbeweging
 - ☐ Gewichtsreductie
- ☐ Opstarten medicatie:
 - ☐ Diuretica:
 - ☐ β blokker
 - ☐ ACE remmer
 - ☐ Ca⁺⁺ antagonist
 - ☐ Andere:
- ☐ Labo: ja / nee

Opvolgblad DM:

Centrum:

Patiënt:

Naam:

Geboortedatum:

Origine:

Code:

M/V

Intake:

Datum:

Glc: nuchter / niet nuchter :

HbA1c:

- ☐ Medicatie:
- ☐ Metformine
- ☐ Sulfonylurea
- ☐ Incretine mimeticum oraal
- ☐ Incretine mimeticum SC
- ☐ Insuline

Actie:

- ☐ Geen
- ☐ Huidige medicatie aanpassen:
 - ☐ Dosis verhogen
 - ☐ Medicatie toevoegen
 - ☐ Metformine
 - ☐ Sulfonylurea
 - ☐ Incretine mimeticum oraal
 - ☐ Incretine mimeticum SC
 - ☐ Insuline
- ☐ Niet medicamenteuze behandeling
 - ☐ Educatie
 - ☐ Niet roken
 - ☐ Lichaamsbeweging
 - ☐ Gezonde voeding
 - ☐ Gewichtsreductie
- ☐ Opstarten medicatie
 - ☐ Metformine
 - ☐ Sulfonylurea
 - ☐ Incretine mimeticum oraal
 - ☐ Incretine mimeticum SC
 - ☐ Insuline
- ☐ Labo: ja / nee

Follow up:

Datum:

Glc: nuchter / niet nuchter:

HbA1c:

Actie:

- ☐ Geen
- ☐ Huidige medicatie aanpassen:
 - ☐ Dosis verhogen
 - ☐ Medicatie toevoegen
 - ☐ Metformine
 - ☐ Sulfonylurea
 - ☐ Incretine mimeticum oraal
 - ☐ Incretine mimeticum SC
 - ☐ Insuline
- ☐ Niet medicamenteuze behandeling
 - ☐ Educatie
 - ☐ Niet roken
 - ☐ Lichaamsbeweging
 - ☐ Gezonde voeding
 - ☐ Gewichtsreductie
- ☐ Opstarten medicatie
 - ☐ Metformine
 - ☐ Sulfonylurea
 - ☐ Incretine mimeticum oraal
 - ☐ Incretine mimeticum SC
 - ☐ Insuline
- ☐ Labo: ja / nee

Follow up:

Datum:

Glc: nuchter / niet nuchter:

HbA1c:

Actie:

- ☐ Geen
- ☐ Huidige medicatie aanpassen:
 - ☐ Dosis verhogen
 - ☐ Medicatie toevoegen
 - ☐ Metformine
 - ☐ Sulfonylurea
 - ☐ Incretine mimeticum oraal
 - ☐ Incretine mimeticum SC
 - ☐ Insuline
- ☐ Niet medicamenteuze behandeling
 - ☐ Educatie
 - ☐ Niet roken
 - ☐ Lichaamsbeweging
 - ☐ Gezonde voeding
 - ☐ Gewichtsreductie
- ☐ Opstarten medicatie
 - ☐ Metformine
 - ☐ Sulfonylurea
 - ☐ Incretine mimeticum oraal
 - ☐ Incretine mimeticum SC
 - ☐ Insuline
- ☐ Labo: ja/nee

Follow up:

Datum:

Glc: nuchter / niet nuchter:

HbA1c:

Actie:

- ☐ Geen
- ☐ Huidige medicatie aanpassen:
 - ☐ Dosis verhogen
 - ☐ Medicatie toevoegen
 - ☐ Metformine
 - ☐ Sulfonylurea
 - ☐ Incretine mimeticum oraal
 - ☐ Incretine mimeticum SC
 - ☐ Insuline
- ☐ Niet medicamenteuze behandeling
 - ☐ Educatie
 - ☐ Niet roken
 - ☐ Lichaamsbeweging
 - ☐ Gezonde voeding
 - ☐ Gewichtsreductie
- ☐ Opstarten medicatie
 - ☐ Metformine
 - ☐ Sulfonylurea
 - ☐ Incretine mimeticum oraal
 - ☐ Incretine mimeticum SC
 - ☐ Insuline
- ☐ Labo: ja / nee

Bijlage 3

Algemene gegevens:

Groep 1:

- o 303pt (patiënten) – 187 M (man) / 115 V (vrouw) / 1 O (onbekend)
- o μ (gemiddelde)= 31 jaar – m (mediaan)= 29 jaar – modus= 18 jaar
- o min (minimum)= 18 jaar – Q1= 23 jaar – Q2= 29 jaar – Q3= 48 jaar – max (maximum)= 69 jaar
- o SD (standaarddeviatie)= 10.5, BI (betrouwbaarheidsinterval)= 0.04

Groep 2:

- o 244pt – 184 M / 60 V
- o μ = 33 jaar – m= 31 jaar – modus= 27 jaar
- o min= 18 jaar – Q1= 25 jaar – Q2= 31 jaar – Q3= 39 jaar – max= 73 jaar
- o SD= 11 – BI= 0.04

Groep 1 +2:

- o 547pt – 371 M / 175 V / 1 O
- o μ = 32 jaar – m= 30 jaar – modus= 18 jaar
- o min= 18 jaar – Q1= 24 jaar – Q2= 30 jaar – Q3= 38 jaar – max= 73 jaar
- o SD= 10.7 – BI= 0.03

Gegevens betreffende bloeddruk/ hypertensie:

Groep 1:

- o 24/303 pt AHT (arteriële hypertensie) = 7.9%
- o 14 M / 10 V
- o geen nieuwe diagnoses
- o μ M= 40 jaar - μ vrouw= 48 jaar - μ allen= 43 jaar
- o 166 systolische waarden – 165 diastolische waarden
- o systolische waarden:
 - o μ = 117.9 mmHg – min= 74 mmHg – Q1= 106.2 mmHg – Q2= 120 mmHg – Q3= 128 mmHg – max= 162mmHg
 - o SD= 15.02 – BI= 0.07
- o diastolische waarden:
 - o μ = 73.2 mmHg – min= 42 mmHg – Q1= 65 mmHg – Q2= 72 mmHg – Q3= 80 mmHg – max= 100 mmHg
 - o SD= 10 – BI= 0.05

Groep 2:

- o 33/244 pt AHT= 13.5%
- o 23 M / 10 V
- o 15 nieuwe diagnoses
- o μ M= 42 jaar - μ V= 45.5 jaar - μ allen= 42.5 jaar
- o 244 systolische waarden – 244 diastolische waarden
- o systolische waarden:
 - o μ = 118.7 mmHg – min= 85 mmHg – Q1= 110 mmHg – Q2= 118 mmHg – Q3= 125 mmHg – max= 180 mmHg
 - o SD= 17.5 – BI= 0.07
- o diastolische waarden:
 - o μ = 74.6 mmHg – min 45 mmHg – Q1= 70 mmHg – Q2= 72 mmHg – Q3= 80 mmHg – max= 120 mmHg
 - o SD= 11.6 – BI= 0.05

Groep 1 + 2:

- o 57/547 pt AHT= 10.4%

- o 37 M / 27 V
- o 15 nieuwe diagnoses
- o μ M= 40.5 jaar - μ V= 47 jaar - μ allen= 43 jaar
- o 410 systolische waarden – 409 diastolische waarden
- o systolische waarden:
 - o μ = 118.4 mmHg – min= 74 mmHg – Q1= 110 mmHg – Q2= 120 mmHg – Q3= 125 mmHg – max= 180 mmHg
 - o SD= 16.6 – BI= 0.05
- o diastolische waarden:
 - o μ = 74 mmHg – min= 42 mmHg – Q1= 68 mmHg – Q2= 72 mmHg – Q3= 80 mmHg – max= 120 mmHg
 - o SD= 16.3 – BI= 0.05

Gegevens betreffende glycemie/diabetes:

Groep 1:

- o 7/303 pt DM (diabetes mellitus)= 2.3%
- o 4 M / 3 V
- o geen nieuwe diagnoses
- o μ M= 42 jaar - μ V= 56.5 jaar - μ allen= 48 jaar
- o geen glycemie waarden genoteerd in medisch dossier

Groep 2:

- o 9/244 pt DM= 3.7%
- o 6 M / 3 V
- o geen nieuwe diagnoses
- o μ M= 44 jaar - μ V= 45 jaar - μ allen= 44 jaar
- o 151 glycemie waarden:
 - o μ = 111.6 mg/dl – min= 64 mg/dl – Q1= 93 mg/dl – Q2= 101 mg/dl – Q3= 116 mg/dl – max= 362 mg/dl
 - o SD= 39 – BI= 0.20

Groep 1 + 2:

- o 16/547 pt DM= 2.9%
- o 10 M / 6 V
- o geen nieuwe diagnoses
- o μ M= 43 jaar - μ V= 49 jaar - μ allen= 44 jaar
- o 151 glycemie waarden:
 - o μ = 111.6 mg/dl – min= 64 mg/dl – Q1= 93 mg/dl – Q2= 101 mg/dl – Q3= 116 mg/dl – max= 362 mg/dl
 - o SD= 39 – BI= 0.20

Gegevens voor personen met hypertensie en diabetes:

Groep 1:

- o 5/303 pt AHT + DM= 1.65%
- o 3 M / 2 V
- o geen nieuwe diagnoses
- o μ M= 38 jaar - μ V= 59 jaar - μ allen= 46.5 jaar

Groep 2:

- o 3/244 pt AHT + DM= 1.23%
- o 2 M / 1 V
- o geen nieuwe diagnoses
- o μ M= 45 jaar - μ V= 43 jaar - μ allen= 44.5 jaar

Groep 1 + 2:

- o 8/547 pt AHT + DM= 1.46%

- o 5 M / 3 V
- o geen nieuwe diagnoses
- o $\mu M = 42$ jaar - $\mu V = 56$ jaar - μ allen = 42 jaar

Arteriële hypertensie en diabetes mellitus bij asielzoekers in België. Een prevalentie studie.

Door van de Konijnenburg Cecile
Promotor Prof. Dr. Van den Ende Jef
Co-promotoren Dr. Verbiest Julie, Dr. Tavernier Philip



Inhoudstafel

- Introductie
- Methode
- Resultaten
- Bespreking
 - Conclusie analyses
 - Zwaktes
 - Vergelijking andere studies
 - Impact
 - Verder onderzoek
- Besluit



Introductie

- Gezondheidszorg in asielcentra verbeteren door cardiovasculaire aandoeningen in kaart te brengen
- Hypertensie en diabetes mellitus
 - logistieke en financiële redenen
 - vertrouwde aandoeningen voor huisarts



Methode

- In 2 asielcentra van fedasil gegevens van 600 patiënten verzamelen
- Groep 1 = gegevens in EMD opzoeken
- Groep 2 = informatie verschaffen bij intake



Resultaten

- Verhoogde bloeddruk:
 - 13.5%
 - Helpt patiënten gevonden bij screening intake
- Diabetes mellitus:
 - 2.9%
 - Geen nieuwe patiënten bij screening intake



Bespreking

- Conclusie analyses
 - Prevalenties komen overeen met die van België
 - Doch vergelijking maken per leeftijdsgroepen
 - Vermoeden van verhoogde prevalentie bestaan



Bespreking

- Zwaktes
 - Accuraatheid van bloeddruk meting
 - Accuraatheid van glycemie meting
 - Onvolledige informatie afkomstig van asielzoeker en uit EMD's
 - Veranderende populatie
- Vergelijking met andere studies
 - Geen andere of gelijkaardige studies



Bespreking

- Impact
 - Arts kan betere zorg verlenen als hij meer kennis heeft over bepaalde aandoeningen
 - Nut van diagnosticeren
 - Voorlopig lijkt het nuttig om bij elke intake de bloeddruk te meten
 - Betere gegevensregistratie EMD
- Verder onderzoek
 - Verschil asielzoeker – Belg?
 - Verschil asielzoeker – persoon land van herkomst?
 - Risicofactoren asielzoekers?
 - Vrouwen meer kwetsbaar?
 - Hoe diagnose stellen in asielcentrum?



Besluit

- Betere gegevensregistratie EMD's fedasil
- Bloeddrukmeting bij elke patiënt nuttig tot verder onderzoek beschikbaar is
- Vermoeden verhoogde prevalentie blijft, onderzoeken per leeftijdsgroep nodig



Bedankt voor uw aandacht,
zijn er nog vragen?

Graag wil ik de volgende personen bedanken:
Mijn promotor, de medische diensten van fedasil,
de medisch coördinatoren van fedasil, mijn familie.



Dankwoord

Mijn dank gaat uit naar iedereen die mij bijgestaan heeft met raad en daad tijdens mijn onderzoek en tijdens de uitwerking van deze masterproef.

Mijn praktijkopleider, Dr. Lurquin Guido, om mij de kans te geven een masterproef uit te voeren buiten de praktijk.

De voormalig medisch coördinator van fedasil, Dr. Tavernier Philip, voor de mogelijkheid een masterproef huisartsgeneeskunde uit te voeren in twee asielcentra. Alsook de nieuwe medisch coördinator van fedasil, Dr. Verbist Julie, om mij hier verder bij te helpen.

Mijn promotor, Prof. Dr. Van den Ende Jef, voor zijn hulp bij het opstarten van deze studie, het kritisch analyseren van de resultaten, de aanmoedigingen en zijn hulp bij het verwerken van het onderzoek in een artikel.

De centrumartsen van de asielcentra in Broechem en Sint-Truiden, Dr. Gorissen Hanne en Dr. Tack Ilse voor hun toezicht bij het registreren van gegevens.

De verpleegkundigen in de asielcentra van Broechem en Sint-Truiden, voor het registreren van gegevens, ze hebben mij enorm geholpen, waarvoor mijn dank.

De lector van deze masterproef, Dr. Bruyninckx Rudi, en de jury van het ICHO voor hun tijd en hun hulp bij het opleiden van huisartsen.

Verder gaat mijn dank uit naar mijn ouders die mij de mogelijkheid geven verder te studeren.

Tenslotte wil ik mijn vriend en zussen bedanken voor hun geduld, hun nuttige tips in het herschrijven van bepaalde zinnen en voor het nalezen van deze masterproef.

Zonder al deze mensen had ik mijn masterproef nooit tot een goed einde kunnen brengen, waarvoor mijn oprechte dank.

Cecile van de Konijnenburg

