

Diabetes mellitus in een huisartspraktijk

CHRIS VAN WEEL* EN WIM TIELEMANS**

In 1978 riep het Nederlands Huisartsen Instituut een deskundigenadviesgroep in het leven, met als opdracht het formuleren van richtlijnen voor de behandeling van diabetes mellitus in de huisartspraktijk; dit resulteerde in 1979 in een *Schema diabetes mellitus*. Inmiddels is nog weinig bekend over de feitelijke behandeling van diabetes mellitus in de huisartspraktijk. De auteurs onderzochten in één praktijk, hoe de zesenzestig bekende diabeten werden behandeld, gecontroleerd en gescreend op chronische complicaties.

Inleiding

Circa 2 procent van de bevolking wordt verondersteld te lijden aan diabetes mellitus en ongeveer de helft hiervan zou als zodanig zijn geïdentificeerd en worden behandeld (*Joslin*). De rol die de huisarts bij de behandeling van een chronische ziekte als diabetes mellitus zou kunnen spelen, lijkt veelbelovend:

- een behandeling dichtbij de eigen leefomgeving, met de grootste kans dat de betekenis van de ziekte voor het functioneren van de patiënt en het gezin voldoende aandacht krijgt;
- een behandeling waarbij niet al te zeer de nadruk ligt op de medische technologie;
- de kleinste kans om patiënten tijdens verwijzing te verliezen doordat diagnose en behandeling in één hand blijven.

Om de huisarts te stimuleren tot een actievere rol bij de behandeling van diabetes mellitus werd door het Nederlands Huisartsen Instituut in 1978 een deskundigen-adviesgroep in het leven geroepen. Deze adviesgroep formuleerde zijn opvattingen in een op de huisarts toegespitst *Schema diabetes mellitus*. Van Weel (1979³) stelde in een commentaar dat dit schema zou kunnen dienen als uitgangspunt voor toetsing van het eigen handelen.

Inmiddels zijn nog slechts weinig gege-

vens bekend over de feitelijke behandeling van diabetes mellitus in de huisartspraktijk. Dit onderzoek is opgezet om enig inzicht te krijgen in de bestaande situatie. Wij hebben ons daarbij beperkt tot de somatische aspecten van diabetes mellitus.***

Doelstelling en methode

Doel van dit onderzoek was het krijgen van inzicht in de wijze waarop diabetes mellitus door ons wordt behandeld. Met name waren wij geïnteresseerd in de volgende vragen:

- hoeveel patiënten zijn bekend als diabeten?
 - door wie worden zij behandeld (huisarts of internist)?
 - hoe is de diagnose diabetes mellitus indertijd gesteld en welke klachten speelden een rol bij het tot stand komen van de diagnose?
 - kan er iets worden gezegd over de behandeling en over het bewaken van de chronische complicaties?
- Het reeds genoemde *Schema diabetes mellitus* heeft hierbij als referentiekader gediend.

Wij hebben ons beperkt tot de patiënten van onze eigen praktijk, een van de vijf praktijken in het Gezondheidscentrum Ommoord. Alle registratiekaarten van deze praktijk zijn doorgenomen en van de patiënten bij wie de diagnose diabetes mellitus was gesteld, zijn de volgende gegevens genoteerd:

- leeftijd;
- geslacht;

- de datum waarop de diagnose is gesteld en de wijze waarop deze diagnose tot stand is gekomen (zo mogelijk);
- de wijze van behandelen: dieet, orale hypoglycaemica, insuline;
- de behandelend arts: huisarts, internist;
- de wijze van controle en de resultaten van de laatste controle;
- de screening van de chronische complicaties als retinopathie, atherosclerose.

Daarbij is de toestand op 31 december 1979 aangehouden en zijn wij ervan uitgegaan dat het kaartsysteem overeenkomt met de werkelijke praktijkpopulatie.

Resultaten

• *Aantal patiënten.* Op 31 december 1979 bleek van zesenzestig patiënten bekend dat zij diabetes mellitus hadden (vijfendertig mannen en eenendertig vrouwen). De gemiddelde leeftijd was 64 jaar (mannen 60 jaar, vrouwen 65 jaar); 51,5 procent van de patiënten was 65 jaar of ouder. De praktijk had op die datum een omvang van 2190 patiënten, 48 procent mannen en 52 procent vrouwen; de gemiddelde leeftijd was 37 jaar. Ruim 15 procent van de praktijk was ouder dan 65 jaar. De „point prevalence” bedraagt 29.

• *Wie behandelt de diabetes mellitus?* Het *Schema diabetes mellitus* is opgesteld met de bedoeling de huisarts te stimuleren zich bezig te houden met de behandeling van deze ziekte. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat patiënten die met insuline behandeld worden, doorgaans door de internist zullen worden gecontroleerd en patiënten die niet afhankelijk zijn van insuline door de huisarts.

Van de zesenzestig patiënten werden er twaalf met insuline behandeld, vierenvijftig waren niet afhankelijk van insuline. Alle twaalf van insuline afhankelijke patiënten werden ook door de internist behandeld. Van de vierenvijftig andere patiënten waren er negenenvertig onder behandeling van de huisarts, terwijl vijf hiervoor toch nog de internist bezochten.

Waarom werden deze laatste vijf patiënten niet behandeld door de huisarts?

- een 54-jarige man is enkele jaren geleden met succes overgestapt van insuline op orale therapie; zijn internist heeft uitdrukkelijk de wens geuit hem (voorlopig nog) verder te behandelen;
- twee vrouwen, 64 jaar en 71 jaar oud,

* Huisarts te Rotterdam, afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de G.G. en G.D.

** Destijds arts-assistent.

*** Ook een rol bij het opzetten van dit onderzoek speelde de overweging dat de opleiding tot huisarts gebaat is met tenminste een kennismaking met het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Tabel 1. Wijze van behandelen door huisarts en internist. N=66.

Behandeling	Huisarts		Internist	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Dieet	34	69	3	18
Dieet + orale hypoglykemische middelen	15	31	2	12
Dieet + insuline	–	–	12	70

Tabel 2. Glucosewaarden van door huisarts behandelde groep tijdens de laatste controle vóór 31 december 1979. N=49.

Bloedglucose in mmol/l	Aantal	Percentage
< 10 (of glucose urine negatief)	38	78
10-15	9	18
10-20	2	4
> 20	–	–

gaven er beiden de voorkeur aan een reeds jarenlang bestaande behandeling door een internist voort te zetten, hoewel dit medisch gesproken niet zo nodig lijkt;

– een 72-jarige vrouw is om andere redenen onder internistische behandeling en een gelijktijdige behandeling van haar diabetes mellitus lijkt praktisch;
– een 76-jarige vrouw wordt nog door de internist behandeld na een opname wegens myocardinfarct; overeengekomen is inmiddels dat binnenkort de behandeling door de huisarts zal worden overgenomen.

Over de zeventien door de internist behandelde patiënten kan nog worden opgemerkt dat het merendeel (veertien) gedurende het laatste halfjaar vóór ons onderzoek het spreekuur van de huisarts bezocht en deze onder meer over de diabetes mellitus consulteerde. Deze conclusie wordt ingegeven door een vergelijking van de gegevens met de resultaten van het monitoringproject (Lamberts); bij dit project worden uitsluitend die diagnoses ingevoerd die tijdens het contact tussen huisarts en patiënt aan de orde komen.

Hoewel de bijzondere belangstelling van deze huisarts zich hier zonder twijfel manifesteert, lijkt het erop dat „behandeling door de internist” niet impliceert dat de huisarts daar geheel buiten blijft. In ieder geval kan worden geconcludeerd dat conform de intentie de meeste patiënten die daarvoor in aanmerking komen ook door de huisarts worden behandeld. Voorzover dit niet gebeurt, liggen de oorzaken daarvoor voornamelijk buiten de invloed van de huisarts.

• *Wijze van behandelen.* In het *Schema* wordt met nadruk gewezen op de noodzaak de patiënt te behandelen en niet de glucosurie c.q. de verhoogde glucosewaarde in het bloed. Het normaliseren van het gewicht en het dieet staan centraal in de behandeling. Het gebruik van de bloedsuikerverlagende medicatie komt eerst daarna aan de orde.

In *tabel 1* staat aangegeven op welke wijze de zesenzestig patiënten behandeld werden. Het grootste deel van de door de huisarts behandelde patiënten gebruikte hiervoor uitsluitend dieet, 31 procent gebruikte ook bloedsuikerverlagende medicijnen; het normaliseren van het gewicht is een op zich effectieve, maar moeilijk te realiseren therapie.

Van de zesenzestig patiënten met diabetes mellitus werd bij tweeëntwintig de diagnose gesteld terwijl zij tot de praktijk behoorden. Bij de helft van deze groep werd op dat moment een overgewicht geconstateerd. Uit het monitoringproject blijkt echter, dat eind 1979 bij 26 procent van alle door de huisarts behandelde patiënten de diagnose adipositas nog steeds actueel was; het normaliseren van het gewicht lijkt dus nogal eens te blijven steken in goede bedoelingen.

• *Wijze van controleren; resultaten behandeling.* In het *Schema* is aangegeven dat onderzoek van 24-uurs urine op glucose kwantitatief de meest gewenste vorm van het controleren van de diabetes mellitus is. De praktijk in ons Gezondheidscentrum is echter niet in overeenstemming met deze richtlijn. De mogelijkheid om in het Gezondheidscentrum een dagcurve te laten prikken en

zo nodig hiervoor bij patiënten aan huis bloed te laten afnemen, brengt met zich mee dat de meeste patiënten op deze wijze worden gecontroleerd: bij vijfenveertig patiënten (92 procent) vond de laatste controle vóór 31 december 1979 plaats door middel van een dagcurve. Wij hebben getracht een indruk te krijgen van de resultaten van de gevolgde behandeling. Voor alle negenveertig door de huisarts behandelde patiënten is nagegaan hoe hoog de bloedsuikerwaarden (dagcurve) of glucosewaarden waren in 24-uurs urine tijdens de laatste controle vóór 31 december 1979. Uit *tabel 2* blijkt dat 78 procent van de patiënten bij de vervaardigde dagcurve steeds een bloedsuikergehalte van 10 mmol/l of lager had dan wel 24-uurs urine vrij van reducerende stoffen. Daarnaast was bij negen patiënten minstens een van de bloedsuikerwaarden bij de dagcurve tussen de 10 - 15 mmol/l (18 procent). Twee patiënten hadden bloedsuikerwaarden tussen de 15 - 20 mmol/l. Een van deze twee, een 67-jarige man, was in toenemende mate ontregeld en ontwikkelde ook klachten; in feite is hij de enige patiënt bij wie tijdens de vervolcontroles klachten konden worden teruggevonden, samenhangend met diabetes mellitus. Begin 1980 is zijn therapie veranderd; hij krijgt nu een sterker werkend oraal hypoglycaemicum. De andere patiënt, een 75-jarige vrouw, onttrekt zich aan de behandeling van haar adipositas en diabetes. Klachten zou zij niet hebben.

• *Hoe is de diagnose diabetes mellitus tot stand gekomen?* Van de zesenzestig patiënten kwamen er vierenveertig in de praktijk op een tijdstip dat de diagnose diabetes mellitus reeds was gesteld. Bij tweeëntwintig patiënten is deze diagnose na die tijd gesteld. Hiervan is in vijf gevallen de diagnose tijdens een ziekenhuisopname gesteld (driemaal myocardinfarct, tweemaal cardiovasculair accident). Eén patiënt bleek een – op diabetes mellitus berustende – glucosurie te hebben bij een onderzoek op een interne polikliniek.

De huisarts was verantwoordelijk voor de diagnostiek bij de overige zestien patiënten.

• *Klachten ten tijde van de diagnose.* Wij zijn nagegaan – door het raadplegen van de gegevens op de patiëntenkaart zoals die destijds waren verzameld – welke klachten er waren op het moment dat de diagnose diabetes mellitus werd gesteld. Zeer tot onze verbazing was het mogelijk retrospectief nog een goede

indruk te krijgen van die klachten. Niet uit te maken valt echter in hoeverre deze klachten indertijd ook de aanleiding vormden tot het consulteren van de huisarts.

Drie patiënten richtten zich tot de huisarts nadat een asymptomatische glucosurie was vastgesteld. De „klassieke” symptomen dorst, polyurie en polydipsie konden bij ruim de helft (negen) worden achterhaald. Bij één patiënt vormden recidiverende huidinfecties aanleiding tot nader onderzoek waarbij vervolgens een diabetes mellitus aan het licht kwam. Drie patiënten hadden vage klachten (duizeligheid, malaise, onduidelijke visusstoornissen); op grond hiervan ingesteld onderzoek leidde tot de diagnose diabetes mellitus.

Een en ander is nog eens samengevat in tabel 3.

Tabel 3. Voornaamste klachten bij door huisarts ontdekte diabetes. N = 16.

Klachten	Aantal
Asymptomatische glucosurie	3
Dorst, polyurie, polydipsie	9
Recidiverende huidinfecties	1
Overige klachten	3

• *Testen glucosetolerantie.* In het *Schema* is gesteld dat het bepalen van een glucoseconcentratie in het bloed twee uur na een koolhydraatrijke maaltijd de aangewezen test is om tot de diagnose diabetes mellitus te komen. Een glucosetolerantietest (GTT) is niet nodig. Van de zestien gevallen waarin de huisarts tot de diagnose diabetes mellitus kwam, gebeurde dat negen maal op grond van het feit dat de glucosewaarde in het bloed twee uur na een koolhydraatrijke maaltijd boven de 10 mmol/l steeg; één patiënt bleek bij deze test een grenswaarde te bereiken en daar er behoefte aan een snelle diagnose bestond, is vervolgens een GTT vervaardigd. Bij zes patiënten is in eerste instantie een GTT verricht; al deze patiënten vertoonden op drie punten een gestoorde glucosetolerantie. Eén patiënt bleek tijdens een acute ziekteperiode een glucosurie en een acetonurie te hebben, hetgeen uiteraard reden was tot spoedopname, voordat verdere diagnostiek mogelijk was.

• *Opsporing chronische complicaties.* Belangrijk bij de behandeling van diabetes mellitus zijn de chronische complicaties: cardiovasculaire afwijkingen,

retinopathie, neuropathie en nefropathie. Hoewel het voor de hand ligt dat achterwege of zoveel mogelijk beperkt blijven van deze complicaties van grote betekenis kan zijn, bestaat onzekerheid over de bijdrage hieraan van een gerichte behandeling en van vroegtijdige opsporing.

In het *Schema* wordt een advies gegeven voor het bewaken van deze chronische complicaties. Het wordt wenselijk geacht bij eerste onderzoek vast te leggen: lengte, gewicht, bloeddruk, status voetarteriën, fundus oculi, perifere zenuwstelsel (reflexen, sensibiliteit, vibratiezin), plasma kreatininegehalte, bevindingen routine-onderzoek, urine en dipslide en eventueel een ECG. Vervolgens dienen jaarlijks of eens per twee jaar bloeddruk, fundus oculi en voeten te worden onderzocht, aangevuld met een routine-onderzoek, urine, dipslide en plasma kreatininebepaling.

Bij de negenveertig patiënten die door de huisarts werden behandeld, is nagegaan in hoeverre aandacht is besteed aan de mogelijkheid van het optreden van chronische verwickelingen. Daartoe werd gekeken naar notities op de patiëntenkaart betreffende:

- bloeddruk;
- verwijzing naar de oogarts;
- funduscopie;
- onderzoek perifere arteriële pulsaties;
- onderzoek perifere zenuwstelsel;
- ECG;
- bepaling cholesterollipiden bloed;
- plasmakreatininebepaling.

Daarbij ging het erom of dit onderzoek überhaupt had plaatsgevonden en werd voorbijgegaan aan de vraag of er een periodieke herhaling was geweest. Uiteraard is uitsluitend dat onderzoek geteld, dat ook destijds op de kaart is vastgelegd. In tabel 4 is weergegeven bij welk percentage van de door de huisarts behandelde patiënten ooit een onderzoek is ingesteld naar complicaties. Bij

Tabel 4. Onderzoek naar chronische complicaties bij door huisarts behandelde groep (percentages). N=49.

Onderzoek	Percentage
Funduscopie oogarts	43
Funduscopie totaal	53
Arteriële pulsaties	41
Neurologisch onderzoek	41
ECG	39
Bloeddruk	69
Nierfuncties	18
Cholesterol	20

69 procent van de patiënten blijkt bepaling van de bloeddruk te hebben plaatsgevonden; inspectie van de fundus oculi bij 53 procent. De andere onderzoeken blijken bij (aanzienlijk) minder dan de helft van de betreffende patiënten verricht te zijn. Dit beeld verandert niet, wanneer de leeftijd van de patiënten in de beschouwing wordt betrokken: van de patiënten jonger dan 65 jaar bleek steeds een zelfde fractie onderzocht als van de oudere groep.

Bespreking

We hebben getracht ons een beeld te vormen van de behandeling van diabetes mellitus in onze praktijk. Uitgangspunt bij dit retrospectieve onderzoek was de aanwezigheid van registratiekaarten voor alle patiënten in de praktijk; de aantekeningen die in het verleden op deze kaarten zijn gemaakt, vormden het grondmateriaal.

In Nederland – evenals in Groot-Brittannië – zou het gemakkelijk zijn vanuit de huisartspraktijk epidemiologisch onderzoek te gaan doen, omdat elke huisarts een vaste groep patiënten heeft en omdat de onderzoekspopulatie bekend is. In de praktijk blijkt deze schone theorie vaak moeilijk te realiseren (*Morrell*). Wij menen dat in onze praktijk het kaartstelsel overeenstemt met de praktijkpopulatie. In 1979 is de laatste hand gelegd aan de voorbereiding van het Monitoringproject (*Lamberts*), waarin de hier onderzochte praktijk participeert. De basisgegevens van dit project zijn ontleend aan het kaartstelsel en om deze reden is alles in het werk gesteld om ervoor te zorgen dat het kaartstelsel een zo getrouw mogelijke afspiegeling vormt van de praktijkpopulatie en om dit vervolgens zo te houden.

De op de kaart vastgelegde gegevens hebben wij alleen in beschouwing genomen, indien deze eenduidig te interpreteren waren. Dit zal ongetwijfeld aanleiding zijn tot enige onderschatting van de diverse frequenties, maar in het algemeen hebben wij de indruk dat de op de patiëntenkaart geregistreerde gegevens – en meer nog het ontbreken daarvan – een getrouwe weergave vormen van wat zich in de werkelijkheid heeft afgespeeld.

De groep patiënten die wordt behandeld voor diabetes mellitus vertoont de door *Oliemans* beschreven karakteristiek: geen geslachtsverschil en vooral voorkomend in de oudere leeftijdsgroep. Wanneer we ervan uitgaan dat de huisarts zich vooral dient te belasten

met de behandeling van diabetespatiënten die niet afhankelijk zijn van insulinetherapie, dan blijkt dat in deze praktijk voor 90 procent van deze groep ook het geval te zijn. Daarnaast ligt het initiatief voor de behandeling van de overige 10 procent door de internist niet bij de huisarts. Van alle patiënten met diabetes mellitus wordt 74 procent door de huisarts behandeld.

Opvallend was dat de „klassieke” symptomen polyurie en polydipsie zo frequent hadden geleid tot het stellen van de diagnose. Daarnaast bleek nogal eens een acuut myocardinfarct of cardiovasculair accident het moment te zijn geweest waarop een diabetes mellitus werd gediagnostiseerd. Ongetwijfeld is dit een periode waarin intensief gespeurd wordt naar risicofactoren als diabetes mellitus, maar ook de stress van de cardiovasculaire ziekte op zich zou een rol kunnen spelen. Bij het uiteindelijk stellen van de diagnose bleek nogal eens in eerste instantie een GTT te zijn afgenomen (zes van de vijftien patiënten). Deze belastende en vaak moeilijk te

interpreteren test dient een veel minder grote rol te spelen bij de diagnostiek. Beter zou ook bij deze patiënten een eenmalige glucosebepaling twee uur na een koolhydraatrijke maaltijd gehanteerd kunnen worden als diagnosticum. De behandeling van de diabetes mellitus lijkt niet al te veel problemen op te leveren: twee patiënten hebben bij de dagcurve hoge bloedsuikerwaarden (15 - 20 mmol/l); één van hen heeft - als enige van de hele groep - volgens de patiëntenkaart klachten die verband houden met een onvoldoende behandeling van de diabetes mellitus.

De reden dat de controle van de behandeling door middel van dagcurves en niet via 24-uurs urine plaatsvindt, is reeds genoemd. Deze wijze van controleren voldoet in zo'n mate, dat er geen reden bestaat tot verandering. De hier gehanteerde criteria voor de behandeling - resultaten bij dagcurve of 24-uurs urine bij laatste controle - zijn natuurlijk vrij willekeurig en hoeven weinig te zeggen over de instelling op langere termijn. Dit kan geïllustreerd worden met

de volgende observatie: twee patiënten moesten in de eerste helft van 1980 met insuline worden behandeld omdat hun toestand onder behandeling met orale hypoglycaemia vrij plotseling verslechterde. Beiden waren op grond van de hier gehanteerde criteria echter goed ingesteld (één patiënt had bij dagcurve driemaal waarden lager dan 10 mmol/l, de andere patiënt 24-uurs urine zonder reductie). De in de naaste toekomst mogelijk voor ons bereikbare bepaling van het geglycolyseerde hemoglobine (HbA1c (Casprie en Miedema) zou in deze meer informatie kunnen geven.

Duidelijk is dat bij de hier beschreven groep patiënten de bewaking van chronische complicaties van diabetes mellitus onvoldoende is. Een belangrijke vraag is natuurlijk welke bijdrage vroege opsporing en behandeling van deze complicaties kan leveren aan het welbevinden van de patiënt. Daarnaast ontbreken gegevens over de mate waarin de door de huisarts behandelde diabetespatiënten getroffen worden door chronische complicaties. Interessant is

Figuur. Leeftijds- en geslachtsverdeling van patiënten met diabetes mellitus in twaalf huisartspraktijken. Bron: Monitoringsproject.

-- M A L E --						- F E M A L E -		
MALE TOTAL NO						FEMALE TOTAL NO		
			100					
			98					
0,6 0,2 1			X 96					
			94 XX			0,8 0,5 2		
0,6 0,2 1			X 92 X			0,4 0,2 1		
			90 XX			0,8 0,5 2		
1,2 0,5 2			XX 88 XXXX			1,6 0,9 4		
0,6 0,2 1			X 86 XXX			1,2 0,7 3		
			84 XXXXXXXXXXXXXXXX			5,5 3,3 14		
4,1 1,7 7			XXXXXXXX 82 XXXXXXXXX			3,5 2,1 9		
5,9 2,4 10			XXXXXXXXXX 80 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			9,8 5,9 25		
6,5 2,6 11			XXXXXXXXXX 78 XXXXXXXXXXXXXXXX			5,5 3,3 14		
4,1 1,7 7			XXXXXXXX 76 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			8,3 5,0 21		
5,3 2,1 9			XXXXXXXXXX 74 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			7,9 4,7 20		
1,8 0,7 3			XXX 72 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			7,9 4,7 20		
9,5 3,8 16			XXXXXXXXXXXXXXXXXX 70 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			7,9 4,7 20		
4,7 1,9 8			XXXXXXXXXX 68 XXXXXXXXXXXXXXXX			4,7 2,8 12		
4,1 1,7 7			XXXXXXXXXX 66 XXXXXXXXXXXXXXXX			5,1 3,1 13		
3,0 1,2 5			XXXXX 64 XXXXXX			2,4 1,4 6		
5,9 2,4 10			XXXXXXXXXX 62 XXXXXXXXXXXX			3,9 2,4 10		
7,7 3,1 13			XXXXXXXXXXXXXXXXXX 60 XXXXXXXX			2,8 1,7 7		
4,7 1,9 8			XXXXXXXXXX 58 XXXXX			2,0 1,2 5		
3,0 1,2 5			XXXXX 56 XX			0,8 0,5 2		
3,0 1,2 5			XXXXX 54 X			0,4 0,2 1		
4,1 1,7 7			XXXXXXXX 52 XXXXX			2,0 1,2 5		
2,4 0,9 4			XXXX 50 XXX			1,2 0,7 3		
3,0 1,2 5			XXXXX 48 XXXXX			2,0 1,2 5		
1,2 0,5 2			XX 46 XX			0,8 0,5 2		
0,6 0,2 1			X 44 XXXXX			2,0 1,2 5		
			42 XX			0,8 0,5 2		
			XX 40 X			0,4 0,2 1		
1,2 0,5 2			XX 38 XX			0,8 0,5 2		
2,4 0,9 4			XXXX 36 XXX			1,2 0,7 3		
			34 X			0,4 0,2 1		
1,8 0,7 3			XXX 32 XXX			1,2 0,7 3		
0,6 0,2 1			X 30 X			0,4 0,2 1		
0,6 0,2 1			X 28 X			0,4 0,2 1		
0,6 0,2 1			X 26 XX			0,8 0,5 2		
			24 XX			0,8 0,5 2		
1,2 0,5 2			XX 22 X			0,4 0,2 1		
			20					
			18					
			16 X			0,4 0,2 1		
0,6 0,2 1			X 14 X			0,4 0,2 1		
			12					
0,6 0,2 1			X 10					
0,6 0,2 1			X 8					
0,6 0,2 1			X 6 X			0,4 0,2 1		
			4					
0,6 0,2 1			X 2 X			0,4 0,2 1		
TOTAL : 40,0 %			MALE	FEMALE	TOTAL	TOTAL : 60,0 %		
NUMBER : 169			61	67	65	NUMBER : 254		

in dit verband *figuur 1*, een leeftijds- en geslachtsverdeling van de diabetespatiënten in twaalf huisartspraktijken, ontleend aan het Monitoringproject (*Lamberts*). In tegenstelling tot het hierbeschreven onderzoek, zijn deze gegevens ontleend aan een registratie van vis-a-vis contacten tussen huisarts en patiënt. Met name door de internist behandelde patiënten uit de twaalf praktijken kunnen in deze figuur onderverdeeld worden. Duidelijk blijkt uit *figuur 1* hoezeer de nadruk ligt op de ouderen: 62 procent van de patiënten is 65 jaar of ouder. Men kan zich afvragen of het nu juist bij deze groep nog wel mogelijk is atherosclerotische veranderingen te voorkomen. De betekenis van hypertensie bijvoorbeeld is voor deze leeftijdsgroep aanzienlijk minder groot dan voor jongere patiënten.

De gegevens uit *figuur 1* onderstrepen ons inziens de twijfel aan de zin van al te veel onderzoek, die doorklonk in het *Schema diabetes mellitus*. Voor de resultaten van het hier beschreven onderzoek vormt het punt van de leeftijd echter geen verklaring, gezien het feit dat de patiënten jonger dan 65 jaar in dezelfde mate zijn onderzocht als de patiënten van 65 jaar en ouder.

Wél van betekenis is het onderzoek naar „behandelbare” complicaties als retinopathie en voetafwijkingen, waarop in *huisarts & praktijk 3* zozeer de nadruk wordt gelegd (*Van Weel 1979^b; Radder*), maar ook dit onderzoek is kennelijk achterwege gebleven.

Het zijn in het algemeen de oudere patiënten met diabetes die door de huisarts worden behandeld. De gemiddelde leeftijd in deze groep was 66,5 jaar. Dit neemt niet weg dat 10 procent jonger is dan 50 jaar. Bij het beschouwen van de individuele patiënten viel ons op dat vier vrij jonge patiënten (31, 44, 52 en 43 jaar) met uitsluitend een dieet lange tijd stabiel ingesteld waren en nimmer klachten vertoonden die konden samenhangen met de diabetes mellitus. Drie van deze patiënten waren indertijd onder behandeling gekomen omdat ooit een asymptomatische glucosurie was vastgesteld. Hoewel op grond van de gehanteerde criteria de diagnose indertijd lege artis is gesteld, dringt zich toch de vraag op of hier behalve van gestoorde glucosetolerantie ook echt sprake is

van diabetes mellitus. Hiervoor zal het nodig zijn, inzicht te hebben in de ontwikkeling van de voor diabetes mellitus karakteristieke complicaties. Het ontbreken van dat inzicht bij door de huisarts behandelde patiënten vormt naar onze mening een zeer belangrijk punt, met name als men wil uitmaken waaruit nu precies een optimale behandeling moet bestaan.

Samenvatting. Verschillende aspecten van de behandeling van diabetes mellitus in een huisartspraktijk worden besproken. In de onderzochte praktijk (2190 patiënten) zijn zesenzestig patiënten onder behandeling voor diabetes mellitus, van wie twaalf met gebruik van insuline; deze twaalf patiënten worden door de internist gecontroleerd. Van de niet-insuline-afhankelijke patiënten behandelt de huisarts 90 procent. De meesten van deze groep (60 procent) gebruiken uitsluitend een dieet, de overigen daarnaast ook bloedsuikerverlagende medicijnen. Adipositas speelt een belangrijke rol.

De mate waarin de bloedsuikerwaarden onder controle zijn gebracht, lijkt bevredigend: 96 procent had bij de laatste controle steeds glucosewaarden lager dan 15 mmol/l bij de vervaardigde dagcurve. De opsporing van chronische complicaties geschiedt in onvoldoende mate: bij 69 procent van de door de huisarts behandelde patiënten was een bloeddrukwaarde bepaald, bij 53 procent had onderzoek van de fundus oculi plaatsgevonden, terwijl ander onderzoek naar mogelijke chronische complicaties bij (aanzienlijk) minder dan de helft van de patiënten was verricht.

Summary. Diabetes mellitus in a general practice. Several aspects of the treatment of diabetes mellitus in a general practice are discussed. In the practice studied (2190 patients), sixty-six patients are receiving treatment for diabetes mellitus, including twelve who receive insulin. The general practitioner is treating 90 percent of the non-insulin-dependent patients, most of whom (60 percent) are exclusively on a diet while the remainder receive hypoglycaemics in addition. Obesity plays an important role. The degree of control over blood sugar values seems satisfactory: at the last follow-up, 96 percent had glucose levels below 15 mmol/l in the day curve. Detec-

tion of chronic complications has been insufficient: blood pressure was determined in 69 percent, and funduscopy was done in 53 percent. Other attempts to identify possible chronic complications has been made in (significantly) less than 50 percent of the patients.

Casparie A. F. en K. Miedema. HbA1c en diabetes mellitus. (1980) *Ned. T. Geneesk.* **124**, 930.

Joslin, S. Diabetes mellitus. 11th ed. *Lea and Febiger, Philadelphia*, 1971.

Lamberts, H. Primary health care monitoring project. (1980) *huisarts en wetenschap* **23**, 293-305.

Morrell, D. Now and then. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **29**, 457.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. *Stenfert Kroese, Leiden*, 1969.

Radder, J. K. De diabetische voet. (1979) *huisarts & praktijk* **3**, 16-17.

Schema diabetes mellitus. (1979) *huisarts & praktijk* **3**, 5-7.

Weel, C. van. Commentaar bij het schema diabetes mellitus. (1979^a) *huisarts & praktijk* **3**, 8-10.

Weel, C. van. Diabetische retinopathie. (1979^b) *huisarts & praktijk* **3**, 18-19.

Summary. Headache and the family doctor-patient relationship (pages 9-12)

Previous studies have revealed that a good family doctor-patient relationship is of essential importance in the treatment of headaches. On the basis of an example from actual practice, the subject-object and the subject-subject relationship are discussed; the latter is defined as an I-you relationship in the sense attached to it by the philosopher Martin Buber. This relationship presupposes communication, verbal as well as non-verbal. The substance and nature of this communication are discussed, as are the socio-cultural aspects which play a role in it. It is concluded that – in the treatment of a patient with complaints of no demonstrable somatic aetiology – it is important that such a subject-subject relationship be established.