

Wegblijvende diabetes

Een literatuuronderzoek en raadpleging van Nederlandse huisarts-deskundigen

H.A. VAN DAM
H.F.J.M. CREBOLDER
S. KÜLCÜ
ET AL.

Van Dam HA, Crebolder HFJM, Külcü S, Van Veenendaal S, Van der Horst FG. Wegblijvende diabetes. Een literatuuronderzoek en raadpleging van Nederlandse huisarts-deskundigen. *Huisarts Wet* 1998;41(1):10-5.

Inleiding Wegblijven van controle en behandeling van diabetes is een fenomeen waarover, ook in Nederland, veel onduidelijkheid bestaat.

Methode Om het voorkomen, de achtergronden en de gevolgen van dit fenomeen te onderzoeken, werd een literatuuronderzoek uitgevoerd, en werden Nederlandse huisarts-deskundigen geraadpleegd.

Resultaten Het literatuuronderzoek, uitgevoerd in 1996 over de voorafgaande 15 jaar, leverde negen publicaties op over poliklinische populaties van type-I- en type-II-diabetes en slechts één studie over diabetes in de huisartspraktijk. Wegblijven van diabetes heeft hierin een spreiding tussen 1 en 44 procent. Er worden uiteenlopende en tegenstrijdige kenmerken en motieven van wegblijvers vermeld. De huisarts-deskundigen noemden een gemiddeld wegblijfspercentage van ongeveer 5 procent, met een spreiding van 0 tot 17 procent. Het absolute aantal wegblijvende type-II-diabetes is per huisartspraktijk relatief gering (0-6 personen), maar in totaal gaat het in Nederland om tienduizend patiënten die een jaar of langer wegblijven van controle. Bij nieuw ontdekte diabetes met alleen een voedingsadvies lijkt het percentage het hoogst.

Conclusie Nader onderzoek is gerechtvaardigd om te kunnen beoordelen of wegblijven wel een reëel gezondheidsprobleem is en of, waarom, wanneer en hoe er iets tegen ondernomen zou moeten worden.

H.A. van Dam, huisarts, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, hoogleraar huisartsgeneeskunde, dr. F.G. van der Horst, medisch socioloog, allen verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht. S. Külcü, arts; drs. H. van Veenendaal, gezondheidswetenschapper, Coördinatiecentrum Chronisch Zieken Limburg (CCZ Synchron), Hoensbroek.
Correspondentie: H.A. van Dam, Gezondheidscentrum Withuis, Straelseweg 193, 5914 AL Venlo.

Inleiding

Diabetes mellitus type II wordt in Nederland gerekend tot de aandoeningen die door de huisarts gecontroleerd en behandeld kunnen worden. Betrokkenheid van de patiënt en samenwerking tussen behandelaar en patiënt is hierbij vereist. Aan een goede diabeteszorg dragen aan de kant van de huisarts deskundigheid, interesse, adequate voorlichting en een goede praktijkorganisatie bij, en aan de kant van de patiënt kennis, inzicht, motivatie en therapietrouw. Aan beide aspecten van deze zorg blijkt vaak het een en ander te mankeren.

In veel huisartspraktijken kunnen organisatie en inzet voor een optimale diabeteszorg worden verbeterd.¹⁻³ Non-compliance bij de patiënt kan een belangrijke oorzaak zijn van een niet-optimale metabole regulatie.⁴ Dit roept vragen op, onder meer over de afstemming van verantwoordelijkheden tussen behandelaar en patiënt, en over de kwaliteit van de communicatie en werkrelatie tussen arts en patiënt.⁵⁻⁷

De NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II geeft als richtlijn een controlefrequentie van eens per drie maanden – of vaker wanneer nodig – met een uitgebreidere controle eenmaal per jaar. Op basis van deze richtlijn is één consult per jaar bij de (huis)arts een absoluut minimum. Het missen van een of twee afspraken door vergeetachtigheid, door een onduidelijk systeem van vervolgafspraken of door andere gezondheidsproblemen is bij type-II-diabetes in de huisartspraktijk echter niet ongewoon.

Het gedurende langere tijd wegblijven van controles en behandeling is een speciale vorm van non-compliance, die wel 'non-attendance' wordt genoemd. Wij stellen als vertaling het Nederlandse woord 'wegblijven' voor. Dit houdt in dat de patiënt gedurende langere tijd niet terugkomt voor een – noodzakelijk geachte – controle en behandeling.

Nog niet eerder is onderzocht in welke mate het fenomeen wegblijven voorkomt, en in hoeverre het een probleem oplevert voor de gezondheidstoestand van diabe-

ten. Aangenomen mag worden dat meer inzicht hierin van nut kan zijn bij de individuele en collectieve benadering van deze patiënten en bij de organisatie van de zorg. Deze vaststelling heeft geleid tot de volgende vraagstellingen:

- In welke omvang doet het fenomeen wegblijven zich voor bij (type-II-)diabetes?
- In hoeverre onderscheiden wegblijvers zich van andere patiënten? Gaat het hier om een aparte groep? Onttrekken zij zich bewust aan professionele hulp? Wat zijn hun motieven?
- Lopen deze wegblijvers extra gezondheidsrisico's?
- Welke adviezen en maatregelen worden voorgesteld om (de gevolgen van) wegblijven tegen te gaan?

Methoden

Voor het onderzoek zijn twee zoekstrategieën gevolgd.

Eerst is een literatuuronderzoek uitgevoerd. Via Medline werd over de periode januari 1980 t/m maart 1996 naar artikelen gezocht met als zoektermen '(non-)attendance', '(non-)adherence' en 'no-show'. In een tweede ronde werden deze termen gebruikt in combinatie met 'diabetes mellitus (type 2/NIDDM)'. Via literatuurreferenties bij de gevonden artikelen werd verder gezocht. Voorts werden de indices van *Huisarts en Wetenschap* en *The Practitioner/Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde* geraadpleegd over de periode januari 1984 t/m maart 1996 op basis van dezelfde zoektermen.

De kwaliteit van de gevonden literatuur is beoordeeld aan de hand van de volgende criteria: relevantie voor de huisartspraktijk, hypothese, studie-opzet, patiëntselectie, respons, statistische analyse en interne consistentie.

Vervolgens is een aantal Nederlandse huisarts-diabetesdeskundigen geraadpleegd van wie bekend was dat zij konden beschikken over relevante informatie. Deze raadpleging vond plaats door middel van een kort, gestructureerd interview (telefonisch of schriftelijk). De voorgelegde

vraag was: beschikt u over kwantitatieve en kwalitatieve gegevens betreffende het gedurende 12 maanden of langer wegblijven van controle van door de huisarts begeleidde type-II-diabeten, in eigen praktijk dan wel in huisartsgeneeskundig onderzoek?

Resultaten

Literatuur

De opbrengst van het literatuuronderzoek bedroeg tien publicaties over wegblijven van diabetespatiënten.⁸⁻¹⁷ Alle publicaties op één na hadden betrekking op poliklinisch behandelde populaties van zowel type-I- als type-II-diabeten. Over uitsluitend type-II-diabeten werden geen publicaties aangetroffen.

Doelstelling, hypothese en onderzoeksopzet werden in deze publicaties adequaat beschreven. Dat geldt ook voor de selectie van de patiëntenpopulatie en de statistiek. Correctie voor grote uitval (non-respons) is in drie publicaties niet uitgevoerd.^{8,10,11}

Ondanks deze beperkingen kan een aantal gegevens uit de gevonden publicaties op een verantwoorde wijze worden gebruikt voor het beantwoorden van de vraagstellingen.

Prevalentie van wegblijven

In zeven van de negen publicaties wordt besproken hoe vaak het wegblijven van controle voorkwam; dat varieerde van 1 tot 43 procent van de onderzochte diabetespopulatie (tabel 1). Daarbij werden overigens niet in alle gevallen dezelfde criteria gehanteerd.

- *Kemple* publiceerde, als enige, wegblijfgegevens over de diabetespatiënten van een gezondheidscentrum (in het Verenigd Koninkrijk). Het percentage wegblijvers liep terug van 14 naar 9 procent tijdens een project waarbij jaarlijks werd getoet op de resultaten van de geleverde diabeteszorg.⁸

- *Hammersley et al.* stelden vast dat het wegblijven samenhangt met de aard van de behandeling. Van de patiënten die alleen met dieet werden behandeld, bleef 11 procent langer dan een jaar weg. Bij patiënten die orale antidiabetica kregen, was dat 6 procent, en bij de insulinegebruikers respectievelijk 4 procent (1x daags) en 1 procent (≥2x daags).¹²

- Ook *Graber et al.* vonden dat de behandelwijze van belang was. Van de patiënten met alleen dieet viel 35 procent uit, van de groep met orale antidiabetica 16 procent en van de insulinegebruikers 10 procent. Na het eerste consult bleef gemiddeld 12 procent weg van de vervolgspraak. Van de groep patiënten die wel voor controle terugkwamen (88 procent), bleef 35 procent na zes maanden weg, en 34 procent na nog eens zes maanden. Het wegblijven was het sterkst onder patiënten die ver weg woonden, niet met insuline behandeld werden of rookten. Over het hele eerste jaar bleef 43 procent van de totale groep onderzochte diabeten weg.¹³

Wegblijven in Nederland

De telefonische en schriftelijke rondvraag onder de Nederlandse huisarts-diabetesdeskundigen leverde het volgende op:

- Het Nijmegen Monitoring Project is

een longitudinaal interventieproject, waarin sinds 1986 gegevens worden verzameld door 24 huisartsen in 20 praktijken.^{18,19} Volgens *De Grauw* was het percentage wegblijvers onder de 547 patiënten met diabetes type II die door de huisartsen werden gecontroleerd, in 1986 7 procent tegen 3 procent in 1995.

- *Querido* beschreef in 1995 een zorgproject ten behoeve van type-II-diabeten in een uit drie huisartspraktijken bestaand gezondheidscentrum.^{20,21} Van de 51 patiënten over wie ten tijde van onze enquête gedetailleerde gegevens beschikbaar waren, was 8 procent één jaar of langer niet bij de huisarts verschenen.

- *Reenders* leidde in 1995 het Diabetesproject Assen-Hoogeveen, dat betrekking had op 507 type-II-diabeten in 19 praktijken.^{22,23} Hij antwoordde op de enquête dat 5 procent twaalf maanden of langer wegbleef.

- *Van der Does* had een deel van de 'Hoorn-studie' onder zijn hoede. Een groep van 164 diabeten die onder behandeling van de huisarts waren, werd gedurende twee jaar gevolgd.²⁴ Ruim 7 procent bleef minimaal een jaar weg. Na correctie voor onduidelijke diagnose en onduidelijkheid over de hoofdbehandelaar werd het percentage wegblijvers 6 procent. Onder de nieuw ontdekte diabeten was het aandeel wegblijvers echter veel hoger: 17 procent.

- *Dekker* leidt vanaf 1995 een onderzoek naar het managen van type-II-diabeten in een aantal Amsterdamse huisartspraktijken.²⁵ Van de 829 patiënten in deze studie verscheen ruim 4 procent twaalf maanden of langer niet bij de huisarts op controle. Het wegblijven varieerde van 0 tot 6 patiënten per praktijk (0-13 procent).

- Zes huisartsen in Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord vonden in 1995 in het kader van een kwaliteitsbewakingsproject een gemiddeld percentage wegblijvers van bijna 6 procent onder de 253 type-II-diabeten (spreiding 4-8 procent) [interne rapportage].²⁶ Dit gezondheidscentrum hanteert een recall-systeem, waarmee wegblijvers eenmaal worden opgeroepen.

- *Cromme*, huisarts te Twello, promoveerde in 1991 op een studie naar glucose-

Tabel 1 Gegevens uit de literatuur over wegblijven van diabetespatiënten

Bron	n	Criterium (duur wegblijven)	Percentage wegblijvers
Kemple, ⁸ 1994	223	≥13 maanden	9-14
Scobie et al., ⁹ 1983	972	≥12 maanden	1,4
Kellett, ¹⁰ 1988	131	≥12 maanden	12
Lloyd et al., ¹¹ 1990	715	≥1x	18
Hammersley et al., ¹² 1985	1117	≥12 maanden	1-11
Graber et al., ¹³ 1992	422	≥12 maanden	44
Lemain & Moser, ¹⁴ 1996	531	≥ 6 maanden	34

tolerantie onder ouderen in Twello.²⁷ In een telefonische mededeling schatte hij het percentage wegblijvers onder type-II-diabeten in zijn praktijk op 0.

• *Verhoeven*, huisarts in Heerde, promoveerde in 1989 op een dissertatie over type-II-diabetes in de huisartspraktijk.²⁸ Hij schatte in een telefonische reactie dat 5 à 10 procent van de 63 type-II-diabeten in zijn praktijk één jaar of langer wegblijft.

Kenmerken van wegblijvers

In *tabel 2* is weergegeven welke kenmerken bij de groep wegblijvers werden vastgesteld.

In de meeste publicaties werden bij wegblijvers meer gezondheidsproblemen en risicofactoren gevonden. Zo vonden *Kellett et al.* dat wegblijvers vaker rookten en alcohol dronken, vaker alleenstaand en vaker werkloos waren.¹⁰ *Hammersley et al.* vonden dat wegblijvers langer diabetes, en vaker hoge HbA1c-waarden en overgewicht hadden. Fors overgewicht is een voorspeller van het wegblijven, stellen zij. Daarnaast vonden zij bij de wegblijvers vaker hogere bloeddrukwaarden, neuropathie en retinopathie.¹² Ook *Jennings et al.* constateerden dat wegblijvers van een diabetes-voorlichtingsdag langer diabetes, vaker overgewicht en hogere bloedglucosewaarden hadden.²⁹ Zowel *Hammersley et al.* als *Graber et al.* vonden de hoogste wegblijfpercentages onder diabeten die alleen dieet kregen voorgeschreven.^{12,13} *Van der Does* constateerde dat nieuw ontdekte type-II-diabeten vaker wegblijven dan langer bekende diabeten; nieuwe diabeten zijn in veel gevallen patiënten met overgewicht die eerst met alleen adviezen over voeding en vermagering worden behandeld.²⁴

Anderzijds vonden *Kellett et al.* geen verschillen in gemiddelde HbA1c-waarden en leeftijd.¹⁰ *Graber et al.* vonden geen verschillen in leeftijd, geslacht, soort diabetes, relatief gewicht, HbA1c-waarden en duur van de diabetes.¹³

Concluderend: de wegblijvende diabetespatiënten vormen waarschijnlijk een heterogene groep; verschillende onderzoekers noemen allerlei, soms tegenstrijdige, kenmerken.

Tabel 2 Kenmerken van wegblijvers*

Kenmerk	Wel verschil	Geen verschil
<i>Achtergrondkenmerken</i>		
- lagere leeftijd		10, 13
- (meer) mannen	17	13
- ongetrouwd, relatieproblemen	10	
- werkloos, lage economische status	10	29
- slechte arts-patiënt-relatie	13, 32	
<i>Diabeteskenmerken</i>		
- duur van de ziekte	12, 29	13
- hoge HbA1c-waarden	12, 29	10, 13, 15
- type diabetes		15
- compliantie (volgen van dieet)	12	
<i>Risicofactoren</i>		
- roken	10, 13	
- alcoholgebruik	10	
- overgewicht	12, 17	13, 25
- hypertensie	12, 17	
- hoge lipidenspiegel	17	
<i>Complicaties</i>		
- psychosociale problemen		
- comorbiditeit/complicaties	12	29

* De cijfers verwijzen naar de nummers in de literatuurlijst.

Tabel 3 Motieven van wegblijvers*

Te druk met werk, afspraak vergeten	11, 12, 15, 17
Geen steun van familie	15
Te ziek op het moment van de afspraak	11
Moeite met voorschriften in dagelijkse routine	15
Niet ziek genoeg, geen klachten, vindt zichzelf geen diabeet	12, 30
Voor de diabetes naar een andere hulpverlener	11
Vertrouwen in zelfzorg	30
Houdt niet van ziekenhuizen	17
Vindt polikliniek/controle/huisarts niet nuttig	11, 30, 32
Afstand tot ziekenhuis te groot	13, 17
Slechte arts-patiëntrelatie, slechte ervaring met arts	30, 31

* De cijfers verwijzen naar de nummers in de literatuurlijst.

Tabel 4 Adviezen om (de gevolgen van) wegblijven tegen te gaan*

Oproepbrief, telefoontje of vragenlijst aan alle wegblijvers	9, 10, 12, 17
Schriftelijke of telefonische herinnering vooraf bij elke (nieuwe) afspraak	11
Betere samenwerking tussen ziekenhuis- en eerstelijns diabetesteam	16
Centrale controle van follow-up door automatiseren van vervolgsafspraken voor alle diabeten in een bepaalde regio	12, 16
Kortere wachttijden door betere organisatie van (polikliniek)sprekuren	12
Avond- of weekendsprekuren om patiënten die wegblijven vanwege druk werk tegemoet te komen	11
Verbeteren van de arts-patiënt relatie	11, 13, 32
Volhardend aanbieden van voorlichting over: bloedsuikercontrole, gewichtsreductie, en het voorkómen van ulcera en amputaties aan voeten	29
Bepaalde gespecialiseerde huisartsen leveren gestructureerde diabeteszorg	12

* De cijfers verwijzen naar de nummers in de literatuurlijst.

Gevolgen van wegblijven

Over de gevolgen van het wegblijven zijn de gegevens schaars.

Hammersley et al. vonden bij de wegblijvers stijgende HbA1c-waarden, diastolische hypertensie, neuropathie en retinopathie.¹² *Kellett et al.* vonden daarentegen bij een substantiële subgroep van de wegblijvers – 13 van de 38 – een verbetering van de HbA1c-waarden.¹⁰ Kennelijk zijn ook de gevolgen van wegblijven niet eenduidig te interpreteren.

Motieven van wegblijvers

Tabel 3 geeft een overzicht van de motieven van patiënten om weg te blijven van controles.

- *Lloyd et al.* zond vragenlijsten aan wegblijvers en vond als redenen: niet in de stad, te ziek, andere arts, vergeten, geen tijd vanwege werk, opgenomen in ziekenhuis, verwacht geen nut van controle, en nog enkele andere motieven.¹¹
- In Nederland vond *Beukema-Siebenga* bij patiënten – niet specifiek diabetes – die vijf jaar of langer hun huisarts niet bezochten als motieven: geen klachten, klachten niet erg genoeg, vertrouwt meer op zelfzorg, ongeloof in mogelijkheden van de arts, eerder slechte ervaringen met arts.³⁰
- *Van der Steen* ondervroeg patiënten die – ongeacht de klachten – de huisarts bezochten. Bijna 8 procent kwam niet terug op of omstreeks de afgesproken controledatum. Met wegblijven hingen vele factoren samen, onder andere: langere duur van de ziekte, als minder bedreigend ervaren aandoening, minder klachten, weinig sociale steun, lange wachttijd en minder empathisch gedrag van de arts.³¹
- *Cohen et al.* ontdekten grote verschillen in denkwijze over de ziekte diabetes tussen hulpverleners en patiënten. Patiënten leggen de nadruk op sociale problemen en de invloed van de ziekte op de kwaliteit van leven, terwijl hulpverleners diabetes voornamelijk zien als een pathofysiologisch regulatieprobleem. Ook bleken patiënten zich vaak onvoldoende bewust van de ernst van de aandoening. Hulpverleners wisten vaak weinig over de denkwijze van hun diabetespatiënten te weten, terwijl dat andersom wel het geval was.³²

Adviezen en maatregelen

Verschillende auteurs doen suggesties voor interventies om het wegblijven te verminderen of te voorkomen (tabel 4). Sommige auteurs geven adviezen op grond van hun persoonlijke mening. Vier interventiestudies beschrijven het effect van interventies in de dagelijkse praktijk.

- *Kemple* beschrijft dat het wegblijven van 14 tot 9 procent verminderde door systematische – jaarlijkse – monitoring van de diabetes in een gezondheidscentrum.⁸
- *Kellett et al.* constateerden dat alle 55 wegblijvers na een formele schriftelijke uitnodiging ('recall') alsnog de diabetespolikliniek gingen bezoeken.¹⁰
- In het Nijmegen Monitoring Project worden jaarlijks gegevens over de eigen diabetespatiënten teruggerapporteerd aan alle deelnemende huisartsen; het wegblijven verminderde daardoor van 7 tot 3 procent.^{18,19}
- *Estey* beschrijft een interventie bestaande uit vier telefonische contacten en een huisbezoek in een periode van drie maanden. De experimentele groep ging de bloedsuikerwaarde vaker meten dan een controlegroep. Tussen beide groepen ontstond echter geen verschil in HbA1c-waarden en in relatief gewicht.¹⁵

Beschouwing

Ons onderzoek maakt duidelijk dat over het wegblijven van diabetes nog veel onduidelijkheden bestaan. Het fenomeen is ook in Nederland nauwelijks in kaart gebracht. Gegevens over beïnvloedende factoren, motieven en gevolgen zijn schaars.

Het literatuuronderzoek leverde slechts een beperkt aantal publicaties op, die bovendien hoofdzakelijk betrekking hadden op beschrijvend onderzoek onder poliklinische populaties van type-I- en type-II-diabetes. Daarin worden uiteenlopende – en soms tegenstrijdige – kenmerken van wegblijvers gerapporteerd. Causale verbanden kunnen al helemaal niet worden gelegd. Onduidelijk blijft of mensen wegblijven, omdat zij er slechter of beter aan toe zijn, of andersom. Wel is in twee studies gevonden dat de kans op wegblijven groter was bij diabetes die met alleen dieet

werden behandeld. Eén publicatie geeft cijfers van wegblijven bij diabetes in een Engels gezondheidscentrum.

Uitgaande van de mededelingen van de geraadpleegde Nederlandse deskundigen zou ongeveer 5 procent van de type-II-diabetes wegblijven, met een spreiding van 0-17 procent. Mogelijk zijn deze cijfers te optimistisch; in de onderzochte praktijken wordt immers bijzondere aandacht besteed aan de begeleiding van deze patiënten.

Hoewel het aantal wegblijvers per huisartspraktijk relatief gering zal zijn, gaat het in zijn totaliteit om grote aantallen. Ongeveer driekwart van de 250.000 in Nederland bekende type-II-diabetes wordt begeleid door de huisarts; 5 procent daarvan is bijna 10.000.³³ Deze wegblijvers lopen de passend geachte zorg mis. Op landelijke schaal zijn de gezondheidseffecten van het wegblijven misschien aanzienlijk, en dat geldt zeker voor bepaalde subgroepen.

Ook in de gevonden Nederlandse studies blijkt bij nieuw ontdekte diabetes en bij diabetes die alleen met een voedingsadvies worden behandeld (vaak 'beginnende' type-II-diabetes) de kans op wegblijven het grootst. De bevinding dat een groep Japanse jongeren met type-II-diabetes zeer hoog scoorde wat wegblijven betreft, kan hierbij passen.¹⁷ Chronisch zieke mensen worstelen vaak emotioneel met het aanvaarden van hun ziekte. Het proces van verwerken van de kort tevoren gestelde diagnose vertoont volgens *Cox* vaak overeenkomst met een rouwproces: verlamming, ontkenning en uitvluchten zoeken, boosheid en dramatiseren, en tenslotte berusten en aanvaarden.³⁴ Zij ervaren vaak angst en schaamte, en voelen zich minderwaardig in contacten met anderen.⁴ De eerste reactiefase ('verlamming, ontkenning en uitvluchten zoeken') kort nadat de diabetes is vastgesteld, of bij een latere verslechtering van de metabole regulatie, brengt wellicht een verhoogd risico op wegblijven met zich mee. Hierbij kunnen uiteenlopende factoren een rol spelen: schuldgevoelens over het niet kunnen volhouden van het dieet, frustraties over het eigen overgewicht, ergernissen over de

houding van hulpverleners, en een slecht inzicht in de ernst van de ziekte.

De motieven die patiënten zelf opgeven voor wegblijven zijn divers. Sommige ervan zijn relevant voor de huisartspraktijk en gelden ook voor andere aandoeningen: afspraak vergeten, afstand te groot, geen tijd vanwege het werk, negatief oordeel over het nut van controle-afspraken, zich niet ziek voelen, en meer vertrouwen op zelfzorg. Daarnaast blijken hulpverleners en patiënten vaak verschillend te denken over diabetes mellitus, en weten hulpverleners weinig over de denkbeelden van hun patiënten. Veel wegblijvers onderschatten de ernst van de aandoening. Mogelijk leidt dit alles tot slechte communicatie en afstemming, en tot een verschil van mening over de speerpunten in de behandeling.

Door enkele auteurs werd geconcludeerd dat factoren als weinig sociale steun, alleenstaand zijn, slechte toegankelijkheid en organisatie van de zorg, evenals een slechte arts-patiëntrelatie, wegblijven kunnen bevorderen. Systematisch monitoren van de resultaten van de geleverde diabeteszorg is de basis van de enige gevonden publicatie over wegblijven van diabetes in de huisartspraktijk. De meest genoemde suggestie voor het verminderen van wegblijven is het gebruik van een oproepsysteem (recall). *Bigby et al.* en *Vikander et al.* vonden dat telefonisch of schriftelijk oproepen van wegblijvers even effectief was bij algemene interne poliklinieken.^{35,36}

De frequentie van wegblijven van diabetescontroles en de hieraan verbonden gezondheidsrisico's blijken onvoldoende onderzocht te zijn. Dat geldt ook voor de eventuele gezondheidswinst die met een vermindering van het wegblijven zou kunnen worden behaald. Daarom is het op dit moment nog voorbarig te pleiten voor een 'campagne tegen het wegblijven'. Het onmiskenbare gebrek aan kennis over wegblijven van type-II-diabetes in de huisartspraktijk rechtvaardigt wel nader onderzoek.

Dankbetuiging

Met dank aan de geraadpleegde huisartsdiabetesdeskundigen voor het leveren van gegevens uit hun praktijk of onderzoek (waarvoor zij soms hun gegevens opnieuw moesten bewerken), en aan drs. Irmgard Eijkelberg, staffunctionaris van het Coördinatiecentrum Chronisch Zieken Limburg (Synchron), voor het kritisch doorlezen en commentariëren van het manuscript voor dit artikel.

Literatuur

- 1 Van der Horst FG, Meulders M. Een beetje suiker. Een onderzoek onder oudere diabetespatiënten. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.
- 2 Konings GPJM, Wijkkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? Huisarts Wet 1995;38:10-4.
- 3 Konings GPJM, Rutten GEHM, Wijkkel D. Waarom werken huisartsen niet volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? Huisarts Wet 1995;38:602-7.
- 4 Van der Horst FG, et al. Compliance en patiëntenvoorlichting. In: Demoiseaux V, et al, redactie. Patiëntenvoorlichting, een interdisciplinaire benadering. Assen: Van Gorcum, 1987.
- 5 Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks, etc.: Sage Publications, 1995.
- 6 Stimson G, Webb B. Going to see the doctor. Consultation process in GP. London/Boston: Routledge & Kegan Paul, 1975.
- 7 Balint M. Dokter, patiënt, ziekte. Utrecht/Antwerpen: Spectrum, 1965.
- 8 Kemple T. Systematic care of diabetic patients. Br J Gen Pract 1994;44:216.
- 9 Scobie IN, Rafferty AB, Franks PC, et al. Why patients were lost from follow-up at an urban diabetic clinic. BMJ 1983;286:189-90.
- 10 Kellelt J. Diabetic clinic attendance and metabolic control; a pilot pan clinic study. Ann Intern Med 1988;109:95-7.
- 11 Lloyd J, Sheriff R, Fisher M, et al. Non-attendance at the diabetic clinic. Pract Diab 1990;16:191-5.
- 12 Hammersley MS, Holland MR, Walford S, et al. What happens to defaulters from a diabetic clinic? BMJ 1985;291:1330-2.
- 13 Graber AL, Davidson P, Brown AW, et al. Dropout and relapse during diabetes care. Diab Care 1992;15:1477-83.
- 14 Lemain IK, Moser EC. Het niet verschijnen op het controlesprekuren van de diabetespoli ('No-show'). Rapport VU-Ziekenhuis, Inwendige Geneeskunde. Amsterdam, 1996.
- 15 Estey AL, Meng TH, Mann K. Follow-up intervention; its effect on compliance behavior to a diabetes regimen. Diab Educ 1990;13:79-80.
- 16 Sullivan FM. Whose problem is the diabetic who does not attend a hospital clinic? Scott Med J 1988;33:259-60.
- 17 Kawahara R, Amemiya T, Yoshino M, et al. Dropout of young non-insulin dependent diabetics from diabetes care. Diab Res Clin Pract 1994;24:181-5.
- 18 De Grauw WJC. Nijmegen Monitoring Project 1986-95. Schriftelijk verslag. Nijmegen, 1996.
- 19 De Grauw WJC, Van de Lisdonk EH, Van den Hoogen HJM, et al. Screening for microalbuminuria in type 2 diabetic patients: The evaluation of a dipstick test in general practice. Diab Med 1995; 657-63.
- 20 Querido JD, Von Veh V. De zorg voor type-II-diabetes in een achterstandsbuurt. Evaluatie van een zorgproject in drie huisartspraktijken. Huisarts Wet 1995;38:246-9.
- 21 Querido JD. De prevalentie van diabetes mellitus type II in een achterstandsbuurt. Een onderzoek in drie huisartspraktijken. Huisarts Wet 1995;38:250-4.
- 22 Miedema K, Veltmaat LJ, Reenders K. Overschakelen op insuline bij NIADM-patiënten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar belemmerende factoren. Huisarts Wet 1995;38:614-7.
- 23 Reenders K. Complicaties van niet-insuline afhankelijk diabetes mellitus in de huisartspraktijk [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.
- 24 Van der Does FEE. Influence of glycemic control on well-being and cardiovascular risk indicators in type 2 diabetes. A randomised trial in general practice [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.
- 25 Dekker J. Verslag Diabetesproject Amsterdam 1996/97.
- 26 Geboers H, Van Montfort P, Mookink H, et al. Ontwikkeling van een kwaliteitssysteem in de huisartspraktijk. Eindrapportage Werkgroep Onderzoek Kwaliteit 1992-1996. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1996.
- 27 Cromme PVM. Glucose tolerance in a typical Dutch community [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.
- 28 Verhoeven S. Behandeling, controle en metabole instelling van patiënten met diabetes mellitus type II, en de prevalentie van late complicaties bij deze patiënten [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989.
- 29 Jennings AM, Mackinnon M, Sparkes P, et al. Education for patients with established NIDDM; disparities between patients who do and do not attend. Diab Care 1990;13:79-80.
- 30 Beukema-Siebenga H. To go or not to go. An explorative study on people who seldom consult a general practitioner [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
- 31 Van der Steen JJ. Terugkomtrouw in de huisartspraktijk [dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1987.
- 32 Cohen M, Tripp T, Smith C, et al. Explanatory models of diabetes patient - practitioner varia-

- tion. Soc Sci Med 1994;38:59-66.
- 33 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Chronische Ziekten in het jaar 2005: scenario's voor diabetes mellitus 1990-2005 (deel 1). Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990.
- 34 Cox S. How I coped emotionally with diabetes in my family. Prof Care Mother Child 1994;4:139-41.
- 35 Bigby JA, Giblin EM, Goldman L. Appointment reminders to reduce no-show rates. A stratified analysis of their cost-effectiveness. JAMA 1983;250:1742-5.
- 36 Vikander T, Parnicky K, Demers R, et al. New patient no-shows in an urban family practice centre: analysis and intervention. J Fam Prac 1986;22:263-8.

Abstract

Van Dam HA, Crebolder HFJM, Külcü S, Van Veenendaal H, Van der Horst FG. Non-attending diabetes patients. A literature search and enquiry of Dutch general practice diabetes experts. Huisarts Wet 1998;41(1):10-5.

Introduction On the subject of non-attendance (≥ 12 months) of diabetic patients, especially those with type 2 diabetes, hardly any information is available.

Method In order to explore the quantitative and qualitative aspects a literature search through Medline and an enquiry of Dutch general practice diabetes experts was executed.

Results In the literature search in 1996 over the previous fifteen years, ten publications about non-attendance among diabetics of different types at hospital outpatient departments were selected. Only one publication described non-attendance of diabetic patients in a general practice health center in the UK. Non-attendance rates in these studies varied between 1 and 44 per cent. Various and often contradictory characteristics and motives of

non-attenders were mentioned. The GP diabetes experts in the Netherlands reported non-attendance rates of between 0 and 17 per cent of GP controlled NIDDM patients. The absolute numbers of non-attending patients per practice were low, between 0 and 6 persons. On a nationwide scale however, about 10,000 of the total number of 250,000 known NIDDM patients in the Netherlands might be non-attendant during 12 months or more. Newly diagnosed type 2 diabetes patients with only a dietary therapy have the highest non-attendance rate.

Discussion Further research on this phenomenon is warranted to find out if non-attendance is a real health problem and to judge if, why, when and how attempts to lower non-attendance rates should be made.

Key words Diabetes Experts; Diabetes mellitus; Family Practice; NIDDM; Non-attendance.

Correspondence H.A. van Dam MD, Health Centre Withuis, Straelseweg 193, 5914 AL Venlo, The Netherlands.