

De elementen patiëntenregister, oproepsysteem, controlesysteem, feedback en kwaliteitsbewaking op praktijkniveau blijken goed inpasbaar in één model. Daarmee lijkt het te gaan om een veelbelovend model, waarmee de huisartsenpraktijk kan voldoen aan vigerende richtlijnen.¹⁸ Verder onderzoek zal moeten uitwijzen wat de effecten zijn op de gezondheidstoestand van de diabetespatiënten die zorg krijgen volgens het zorgmodel.

Dankbetuiging

Wij bedanken de zorgverzekeraars CZ en VGZ voor hun financiële bijdrage om dit onderzoek mogelijk te maken.

Literatuur

- 1 Convenant LHV, ZN en VWS inzake de versterking van de huisartsenzorg d.d. 30 juni 1999. <http://www.ctgzorg.nl/apus/render.php?type=15&%20id=1967&template=default>.
- 2 Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AH, Uitwaal PJM, Van der Does FEE, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (tweede herziening). Huisarts Wet 2006;49:137-52.
- 3 McCullough DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner EH. A population-based approach to diabetes management in a primary care setting: early results and lessons learned. Eff Clin Pract 1998;1:12-22.
- 4 Khunti K. Use of multiple methods to determine factors affecting quality of care of patients with diabetes. Fam Pract 1999;16:489-94.
- 5 Koch JLM. Effectiviteit van educatie en systematische huisartscontrole van diabetespatiënten: een onderzoek in enkele huisartspraktijken [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.
- 6 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002;288:1775-9.
- 7 De Grauw WJ, Van Gerwen WH, Van de Lisdonk EH, Van den Hoogen

- HJ, Van den Bosch WJ, Van Weel C. Outcomes of audit-enhanced monitoring of patients with type 2 diabetes. J Fam Pract 2002;51:459-64.
- 8 Kirkman MS, Williams SR, Caffrey HH, Marrero DG. Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians. Diabetes Care 2002;25:1946-51.
- 9 Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. BMJ 2002;325:925.
- 10 Grabert M, Schweiggert F, Holl RW. A framework for diabetes documentation and quality management in Germany: 10 years of experience with DPV. Comput Methods Programs Biomed 2002;69:115-21.
- 11 Vening RA, Dercks EWCC. Districtsplan Praktijkondersteuning DHV Zuidoost Brabant, afdeling Praktijkorganisatie. Eindhoven: DHV Zuidoost Brabant, 2000.
- 12 Koenigsberg MR, Bartlett D, Cramer JS. Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. Am Fam Physician 2004;69:309-16.
- 13 Lerman I. Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. Arch Med Res 2005;36:300-6.
- 14 Griffin SJ. Lost to follow-up: the problem of defaulters from diabetes clinics. Diabet Med 1998;15 Suppl 3:S14-24.
- 15 Hardy KJ, O'Brien SV, Furlong NJ. Information given to patients before appointments and its effect on non-attendance rate. BMJ 2001;323:1298-300.
- 16 Lucas AEM. Modellenwegwijzer Diabetes mellitus type 2. Eindhoven: Districts Huisartsen Vereniging Zuidoost Brabant, 2001.
- 17 Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. Diabetes Care 2001;24:695-700.
- 18 Showstack J, Lurie N, Larson EB, Rothman AA, Hassmiller S. Primary care: the next renaissance. Ann Intern Med 2003;138:268-72.

Intermezzo

Eerste bevolkingsonderzoek diabetes

Het opsporen van diabetes ging bijna tegelijkertijd van start met de officiële huisartsgeneeskunde. In 1958 publiceerden Mulder en Van de Weg, huisartsen in Noordwijk en Nieuw-Vennep, in H&W de resultaten van een van de eerste bevolkingsonderzoeken op diabetes. Het screeningsonderzoek vond plaats samen met het bevolkingsonderzoek op tuberculose. 'Door de huisbezoekers van het schermbeeldonderzoek werd tevens propaganda gemaakt voor het diabetesonderzoek. Iedereen werd aangeraden aan het onderzoek deel te nemen. Op de oproepkaart die iedere deelnemer werd toegezonden, stond nog vermeld: "Denkt u om het flesje!" Handige bloedsuikermeters bestonden nog niet en dus toog iedereen met urinefles naar het onderzoek, waarna assistentes een stickje in het flesje hingen. Dat stickje was revolutionair omdat een glucosebepaling meestal met de Fehlingreactie werd gedaan. Bij een positieve test onderzocht de eigen huisarts vier verschillende porties urine. Waren die positief dan werd er 'onderzoek met de polarimeter of Burmann's reagens gevraagd'. En zo werkte men zich stapsgewijs door alle destijds bekende diagnostica heen. Van de 14.225 Noordwijkse inwoners leverden er maar liefst 9964 een eerste portie urine in: 3,5% had een positieve clinistix, en uit-

	20-40 jaar	Leeftijd 40-60 jaar	>60 jaar	Overgewicht Wel	Geen	Totaal
<i>Noordwijk:</i>						
- licht	3	7	10	6	14	20
- matig		5	5	4	6	10
- flink		4	7	3	8	11
<i>Haarlemmermeer:</i>						
- licht		3	13	9	7	16
- matig		4	7	5	6	11
- flink		9	11	13	7	20

eindelijk bleken er 41 diabetes te hebben. In de Haarlemmermeer hadden 645 van de ongeveer 14.000 deelnemers een positieve urine en hadden er 32 diabetes.

Gezien ons huidige meetgeweld en cijferfetisme doet de indeling in ernst bijna weldadig simplistisch aan: op basis van een enkele GGT maakte men een indeling in lichte, matige of flinke diabetes (tabel). Het levert allemaal toch niet zo heel veel nieuwe diabetes op: 0,28% van de deelnemers, maar veel kost de opsporing volgens de auteurs ook niet: 10-15 cent per onderzochte urine. Als de huisartsen alle vervolgonderzoeken bij een positieve urine maar 'zeer minutieus uitvoeren' kan het allemaal best. De huisartsen moeten wel 'hun volledige medewerking willen en kunnen geven'. Eigenlijk is er in vijftig jaar dus niet zo heel veel veranderd in alle overwegingen van huisartsen over preventie in de huisartsenpraktijk.

Joost Zaat