

DE HERZIENE NHG-STANDAARD DIABETES MELLITUS TYPE 2

# Highlights

Guy Rutten

Op verzoek van de redactie beschrijft *DiHAG*-voorzitter Prof.Dr. Guy Rutten enkele bijzondere aspecten van de pas verschenen Herziening van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2. Deze 'highlights' verdienen onze bijzondere aandacht. In andere media en fora zal de herziene versie van de Standaard ongetwijfeld breder dan hier uitgemeten worden. De *DiHAG*-Nieuwsbrief volstaat hier met Guy Ruttens bespreking van enkele van de meest opvallende punten.

Waar velen al lange tijd naar uitzagen, is nu gepubliceerd: de tweede herziening van de NHG-Standaard. Bepalend voor de nieuwe tekst zijn voortschrijdend inzicht in de pathofysiologie van diabetes mellitus, toegenomen kennis over de mate waarin complicaties van diabetes kunnen worden voorkomen, het huidige niveau van de Nederlandse diabeteszorg, en last but not least de noodzaak om in de pas te lopen met de NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement. Waar leidt dat toe?

- Op de eerste plaats tot lagere streefwaarden voor de bloeddruk. Een systolische bloeddruk <140 mm Hg zal vooral bij ouderen niet gemakkelijk zijn, gegeven het huidige gemiddelde in de Nederlandse huisartsenpraktijk van ongeveer 146 mm Hg.
- De grens voor de indicatie voor een statine is verlaagd tot een absoluut 10-jaarsrisico van 10% op CV morbiditeit en mortaliteit. Dat betekent dat meer mensen dan nu een statine moeten krijgen; gelukkig niet allemaal, want bij een lager risico worden de 'numbers needed to treat' wel erg hoog (rekent u zelf maar uit, uitgaande van een relatieve risicodaling van 30% door een statine). De streefwaarde is verlaagd naar een totaal cholesterolgehalte < 4.5 mmol/l (LDL < 2.5).
- Het behandelen van hyperglykemie wordt gestart met metformine. De volgende stap bestaat uit ofwel een sulfonyleureumderivaat, ofwel pioglitazon. Pioglitazon wordt alleen voorgeschreven aan de groep van patiënten zoals die onderzocht is in de Proactive-trial. De Standaard maakt zodoende geen enkele extrapolatie naar andere groepen van patiënten.
- Bij de insulinetherapie, die steeds meer ingeburgerd raakt in de eerste lijn, wordt onomwonden gekozen voor eenmaaldaags insuline met handhaven van de orale medicatie. Tegenover deze vereen-

voudiging staat de uitdrukkelijke vermelding van de randvoorwaarden die vervuld moeten zijn voordat een huisarts verantwoordelijkheid voor behandeling met insuline mag nemen. Ook de vervolgstappen staan gedetailleerd beschreven – met ruimte voor lokale invulling in overleg met de internist.

- Bewaking van de nierfunctie met behulp van de kreatinineklaring en behandeling van micro-albuminurie krijgen veel aandacht. Al in de eerste Standaard uit 1989 werd een lans gebroken voor het berekenen van de klaring – en nu moet het er echt van gaan komen. Polyfarmacie bij mensen van hoge leeftijd en toegenomen mogelijkheden de nieren te beschermen maken dat noodzakelijk.
- Langzamerhand wordt de zorg voor mensen met een diabetische voet in Nederland beter georganiseerd, maar er is nog veel te winnen. Lang niet iedereen hoeft naar de podotherapeut, maar er zijn nog steeds mensen die er te laat komen. Met 5 minuten aandacht voor de voet bij de jaarcontrole komen we al een eind. De Standaard geeft heldere richtlijnen.
- Een jaarlijkse fundusfoto bij alle mensen met type 2 diabetes. Dat moet volgens de Standaard.
- Uniek in de wereld: indicaties voor consultatie en verwijzing. Nu de internisten nieuwe evidence-based richtlijnen hebben ontwikkeld voor de behandeling van nefropathie, diabetische voetproblemen en retinopathie, staat de deur naar een evidence-based diabetesketenzorg open.
- Tenslotte: educatie – integraal onderdeel van goede diabeteszorg. Alleen effectief als het niet een eenmalige actie is. De Standaard somt alle aandachtspunten op. Leefstijladviezen krijgen ruime aandacht. Gelukkig hoeft niet alles in één keer.

**Samengevat:** met de nieuwe Standaard is de diabeteszorg er niet gemakkelijker op geworden. Meer dan ooit is diabeteszorg teamzorg. Goede coördinatie, maar ook op de individuele patiënt toegesneden maatwerk, zijn daarbij nodig. We kunnen aan de slag!

## INHOUD

De herziene NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2	1
Benchmarks voor de verzekeraar	2
Collega's vooraf	3
Publiekscampagne 'Kijk op Diabetes'	4
NHG-Kadercursus Diabetes	4
<i>DiHAG</i> tien jaar	4
Standpunt van de <i>DiHAG</i>	5
<i>DiHAG</i> SLAG	5
Diabetes op internet	6
De DIEP-code	6
EADV-jubileum	6
Proefschrift Bas Houweling	7
NHG-Kaderopleiding Diabetes	7/8
Diabetesteam Gorinchem	8
Beknopt jaarverslag 2005	9
Proefschrift Manon van Hecke	10
Het Redactiestatuut	10

# Benchmarks voor de verzekeraar

Raynold Bruessing

**Op verschillende plekken in het land worden onderhandelingen gevoerd tussen Diabetes-Zorggroepen en verzekeraars om te komen tot (experimentele) Diabetes Keten-DBC-contracten. Zo'n Keten-DBC kan een hulpmiddel zijn: een zorgverzekeraar koopt diabeteszorg in op basis van afgesproken kwaliteit. De prijs van zo'n Keten-DBC is vrij onderhandelbaar. De overheid verwacht dat de marktwerking die de prijsonderhandelingen weerspiegelen, taakherschikking in de diabeteszorg zal stimuleren en de kwaliteit zal verbeteren. Omdat de prijs gekoppeld is aan een afgesproken kwaliteitsniveau is de zorgaanbieder verplicht benchmarkgegevens aan te leveren.**

Benchmarkgegevens zijn gegevens over het proces en de uitkomsten van diabeteszorg, ofwel indicatoren voor de kwaliteit van de zorg. Bijvoorbeeld: in welke mate vond jaarcontrole plaats, vond voet- en fundusonderzoek plaats, werden HbA1c, bloeddruk, lipiden gemeten, (procesindicatoren), of in welke mate waren de gevonden waarden binnen de norm/streefwaarden, waren er wel of geen diabetescomplicaties, of was de door patiënten ervaren kwaliteit van leven en geleverde zorg goed?

## Bonus

Goede medische uitkomsten samen met positieve uitkomsten van patiëntenquêtes kunnen in sommige contracten de zorgaanbieders een bonusuitkering opleveren. Veel regionale zorggroepen zijn op zoek naar mogelijkheden om hiermee te scoren. En dat is niet eenvoudig - want een totaalproduct (softwareprogramma) dat alle gegevens verzamelt en in de gewenste vorm weergeeft ten behoeve van benchmarking bestaat nog niet. Er zijn op lokaal en regionaal niveau wel allerlei experimenten gaande. Sturing ontbreekt echter, want de overheid laat het tot op heden over aan 'de vrije markt'. Dat heeft landelijk gezien langdurige stagnering opgeleverd.

## Enkele opmerkingen

Privacybescherming: Veilige linking (koppeling) van gegevens over patiënten aan de bestanden van verzekeraars is alleen te regelen via een zogenaamde 'trusted third party'-overeenkomst. Daarmee wordt voorkomen dat proces- en eindpuntgegevens van mensen met diabetes tot hun individuele persoonsgegevens herleidbaar zijn. Het is echter nog nergens gelukt deze constructie juridisch en technisch goed af te timmeren. Daarom is het nu gebruikelijk om benchmark-gegevens alleen anoniem aan de verzekeraar te leveren. Leeftijd en geslacht mogen wel meegeleverd worden, want die zijn nodig voor correctie voor de prestatienorm.

Standaard: De Taakgroep Diabetes van het Ministerie van VWS heeft een landelijke standaard opgesteld waaraan indicatoren voor benchmarking moeten voldoen. De uitvoering wacht echter nog op implementatie. Dat zou onder auspiciën van het overheidsinstituut voor ICT in de gezondheidszorg NICTIZ moeten gebeuren in het kader van het zogenaamde 'Medicatie- en Waarneemdossier' (in de internationale standaard voor communicatie, het HL7-format).

## Hoe aanleveren?

Een probleem is hoe het digitaal aanleveren van de gevraagde gegevens van Diabetes-Zorggroepen gefaciliteerd wordt. Tot op heden is

dit erg moeilijk zolang men de voorwaarde stelt dat de gegevens vanuit het HIS moeten worden aangeleverd. De diabetesmodule Prodigmo voor HIS'en is vooralsnog niet werkzaam. De HIS'en hebben vaak wel de laatste versie van de meetwaardentabel overgenomen, maar niet de (WCIA)-waarden van het diagnostisch archief. Dat beperkt de mogelijkheden sterk. Omdat vele huisartsen toch waarden willen vastleggen en toetsen, hebben zij vaak eigen normen zonder standaard ingevoerd en meetwaarden in gebruik die moeilijk naar de WCIA-waarden zijn te converteren.

De farmaceutische industrie speelt al langer in op deze problemen. Sommige firma's deden dat door eigen diabetessoftware te leveren of door programma's van anderen te financieren. Voorbeeld van dit laatste is Diagnosis for Health (D4H). Inmiddels heeft D4H de band met de farmacie doorgesneden. Sinds kort is D4H gecontracteerd door verzekeraar AGIS voor ondersteuning van Diagiszorg: de diabeteszorg-DBC ingekocht en betaald door AGIS en geleverd door huisartsengroepen, ondersteunt door het Diabetes Zorg Protocol van D4H. Een apart door D4H ontwikkeld elektronisch patiëntendossier (EPD) biedt beslissingondersteuning en de mogelijkheid van individuele spiegel- en benchmarkinformatie. Helaas betreft het nog altijd een programma dat náást het HIS werkt. Wel kunnen gegevens aan het eind van de dag naar het HIS worden verzonden en ingelezen. Deze ICT-faciliteit wordt niet door verzekeraar AGIS betaald en valt buiten het Diagis-tarief van 250 Euro per patiënt per jaar.

Sommige universiteiten met huisartsmonitoring-projecten hebben al jaren scripts ontwikkeld om benchmarkgegevens uit de HIS'en te kunnen halen. Van die zijde is her en der ondersteuning gekomen. Sommige universitaire huisartsinstituten leveren een soort benchmarkprogramma aan huisartsengroepen waarmee zij een onderzoeksrelatie hebben. Zij vragen daarvoor soms een bedrag per geregistreerde diabetespatiënt. Een vast tarief voor deze vorm van structurele ICT-ondersteuning hoort zeker thuis in de Diabetes Keten-DBC.

## Leegzuigen

Het via scripts ophalen ('leegzuigen') van meetwaarden en waarden uit de diagnostische tabel in het HIS is een methode die het best werkt in zogenaamde 'ASP-achtige' netwerken. ASP: application service provider, een bedrijf dat je online via internet alle applicaties levert die je nodig hebt, die ook het onderhoud en de upgrades doet etc. voor een maandelijks bedrag per werkplek. Dat wil zeggen dat een centrale server alle terminals in het regionale of lokale netwerk bedient. Eenmaal of vaker per dag, of direct naar behoefte (via XML), kan hiermee een uitspoel ('run') worden gedaan. Een voorbeeld daarvan is het zogenaamde Diabetes Smartdossier van het bedrijf Infotechnology. De basis van deze applicatie is een database die bestaat uit een verwijfsindex. Daarin is vastgelegd wie een diabetespatiënt behandelt en in welk traject van de keten. Via die verwijfsindex is het mogelijk de medische gegevens uit verschillende databases op te halen en aan verschillende behandelaars geïntegreerd te tonen. Het programma (versie 1) werkt in Amsterdam Zuidoost. Uitbreiding met benchmarkfaciliteit is op komst.

## Diabcare

Diabcare is het benchmarkprogramma van het Instituut voor Richtlijnontwikkeling CBO. Het is gebaseerd op een internationaal Diabcare-registratieprogramma en voor ons land geformatteerd door internist Fred Storms. Al jaren wordt het op meerdere plaatsen in het land gebruikt, door diabetespoliklinieken en huisartsgroepen. Vanaf de start van het Amsterdamse Diabetesproject (1999) worden Diabcare-gegevens van veel huisartsenpraktijken in een beperkte dataset verzameld ten behoeve van onderlinge vergelijking en benchmarking. Deze gegevens moesten tot voor kort handmatig aangeleverd worden, maar nu heeft het Amsterdamse huisartsenlaboratorium ATAL het programma in beheer genomen. Het programma kreeg een webbased upgrade. De basisset lijkt sterk op wat verzekeraar AGIS in Diagis aangeleverd wil zien. ATAL wil het programma op internet hebben ('ghost'), zodat aanlevering van benchmarkgegevens

en feedback via internet mogelijk worden. Koppeling met een ASP is in bespreking.

## D/HAG-site

Er zijn ongetwijfeld in andere regio's meer diabetesapplicaties in gebruik die onderdelen van het benchmarken ondersteunen. Uitwisseling van ervaringen zou in een grote behoefte onder huisartsen kunnen voorzien. Idealiter zou diabeteszorg in een regio goed ondersteund moeten worden door een complete diabetesapplicatie met EPD-functie en benchmarkmogelijkheid. Dit zou gefinancierd moeten worden vanuit het afgesloten DBC-tarief. De D/HAG wil deze zaken ondersteunen. Het zal binnenkort op de eigen website ([www.dihag.nl](http://www.dihag.nl)) een aantal vaste pagina's wijden aan diabetesapplicaties die op dit moment gebruikt worden, en aan de ervaringen van gebruikers ermee.

# Collega's vooraf

Henk van Dam

**We peilden middels een emailinterview in februari de persoonlijke verwachtingen en ideeën van een viertal collega's (drie huisartsen waarvan een D/HAG-lid en de andere twee betrokken in diabeteszorg, en een internist/diabetoloog) over de herziene NHG-Standaard - vóórdat deze officieel verscheen. Geen van deze collega's was betrokken bij de opstelling van de Standaard. De voorgelegde vragen waren (hier ingekort weergegeven):**

- (1) Wat denk en verwacht je dat er aan 'nieuwigheden' in de nieuwe Standaard komt te staan? Bijvoorbeeld over statines, aspirine, TZD's?
- (2) Wat zou je willen dat er in de Standaard komt over de onder (1) aangestipte punten?

Twee van de drie huisartsen meldden het voorschrijven van een 'statine aan iedereen' nog niet direct toe te willen passen, een is daar wel voor. Hetzelfde geldt voor een 'aspirine voor iedereen'. Hard evidence voor deze twee ideeën wordt door de huisartsen nog gemist. Hoe zit het nu, vragen zij zich af, moeten we nou sturen op de Ratio Totaalcholesterol/HDL, op het LDL-gehalte, of op beide? De internist weet vanuit de CARDS- en HPS-studies dat je moet afgaan op het LDL en Totaalcholesterol, en minder op de ratio. Aspirine zou zijns inziens laagdrempelig moeten worden ingezet bij alle hoog cardiovasculaire risicopatiënten.

Ook op grote schaal inzetten van de thiazolidinediones (TZD's) wordt door de huisartsen met de nodige scepsis gezien. Een collega hoopt dat de Herziene Standaard hier een duidelijke plaats aan geeft. De internist meldt vanuit de UKPDS- en Pro-Activestudies zeker te zijn dat Metformine eerste keus is, met een TZD of SU als tweede keus. De SU

would volgens hem in de behandelrichtlijnen voor Type 2 Diabetes en Metabool Syndroom zonder hartfalen of cardiale problemen minder prominent moeten zijn, de TZD juist meer. Consensus van huisartsen en internisten hierover wordt door een huisarts verwelkomd. Metformine wordt door de huisartsen al ruimer toegepast dan de vorige versie van de Standaard aangaf, en is eigenlijk al eerstekeus-middel.

Van alle maatregelen die zinvol zouden zijn om complicaties te voorkomen wordt door een van de huisartsen rookstop als nummer één genoemd, gevolgd door behandeling van hypertensie – ook al vindt hij 135/85 een (te) ambitieuze streefwaarde. Het is al een enorme opgave om veel mensen onder 160/90 te krijgen. Een andere collega accepteert de strengere norm wel omdat dit ook in de nieuwe NHG-Standaard Cardiovasculair Risico Management wordt voorgesteld. Een ander refereert aan een streefwaarde van 140/90 conform de NHG-Standaard Hypertensie. De internist haalt voor hypertensiebehandeling bij DM2 diverse studies aan (IRMA, RENAAL, LIFE) om de AT2- en ACE-antagonisten als eerste keus te gebruiken, naast bètablokker en thiazide. Zeker bij Microalbuminurie. Vaker dan tweemaaldaags insuline in de huisartspraktijk wordt door één respondent gekoppeld aan een waarschuwing voor 'de insulinemaffia'. Praktijkondersteuners

would door artsenvertegenwoordigers fors beïnvloed worden. Een andere collega vindt dat verdere controle van viermaaldaagse insulinebehandeling in de huisartspraktijk goed mogelijk is. De toepassing van mixinsulines tweemaaldaags kan volgens de internist best door praktijkondersteuners in de huisartspraktijk worden begeleid, mits er goede bekwaamheid is en supervisie door gespecialiseerde diabetesverpleegkundigen. In de nabije toekomst wordt insulinebehandeling ingewikkelder met de nieuwe insulines (mix/analoog, kort, lang, inhaleerbaar etc.), dus duidelijke taakafbakening en goede samenwerking van eerste- en tweedelij zijn noodzakelijk.

Voorschrijven of wijzigen van medicatie door praktijkondersteuners wordt als goed mogelijk gezien door de huisartsen, mede omdat zij nu meestal al met juiste medicatievoorstellen komen – de internist laat zich hier niet over uit. Een van de huisartsen noemt de POH onmisbaar in de diabetesbehandeling. Een huisarts sprak de wens uit dat diabeteszorg volgens de herziene Standaard wat meer flexibiliteit zou propageren (bijvoorbeeld streefwaarden mede afhankelijk van leeftijd), onder verwijzing naar een oudere editie van het Zwolse Protocollenboek (Taakdelegatie) dat deze flexibiliteit zou uitdragen.

Meer aandacht voor voetzorg en ondersteuning van lifestyleveranderingen ter preventie van complicaties wordt door de internist en twee van de huisartsen van cruciaal belang geacht. Een van de huisartsen vindt dat patiënten door professionele educatie moeten leren hun eigen verantwoordelijkheid op te pakken.

De geënuquêteerde collega's zijn allen voor geprotocolleerde regionale samenwerking tussen de eerstelij (huisartsen, praktijkondersteuners) en tweedelij (internisten/diabetologen, DV) in de diabeteszorg.

## Publiekscampagne 'Kijk op Diabetes'

De campagne 'Kijk op Diabetes' start binnenkort. De campagne richt zich op de versnelde opsporing van mensen met nog 'onbekende diabetes', en op mensen die een verhoogd risico hebben om binnen afzienbare tijd diabetes type 2 te krijgen. Daarmee kunnen hen mogelijkheden geboden worden voor vroegtijdige behandeling van diabetes of een adequaat leefstijlprogramma bij een verhoogd risico op diabetes. Doelgroepen van de campagne zijn mensen met overgewicht in de leeftijd van 45-70 jaar.

De aftrap is een symposium dat plaatsvindt op 6 april in het Koninklijk Instituut voor de Tropen in Amsterdam. Minister Hoogervorst opent het symposium. Daarna houdt Dr. Jaakko Tuomilehto uit Finland een presentatie over diabetespreventie en gaat Prof.Dr. G.J. Kok in op de nieuwe richtlijnen omtrent campagnevoering. Tot slot bespreekt Prof.Dr. Ir. J. Brug de meerwaarde van advies op maat. Op de informatiemarkt presenteren lokale deelnemers de interventies en materialen die zij als voorbereiding op de campagne hebben ontwikkeld.

U kunt zich voor het symposium inschrijven via de website [www.elitazoer.nl](http://www.elitazoer.nl). Klik aan de linkerkant van de site op de button 'Congres registratieformulier' en daarna op de knop 'Kijk op Diabetes'. Vul het formulier in en klik op verzenden. Het maximale aantal deelnemers is 450. Inschrijving vindt plaats op volgorde van aanmelding. De kosten voor deelname, inclusief lunch en conferentiemap, bedragen € 15,- per deelnemer.



## NHG-Kadercursus Diabetes: ruimte voor nieuwe deelnemers

(maar wel snel erbij zijn)

**Diabetes en aanverwante risicofactoren voor hart- en vaatziekten vormen een steeds belangrijker deel van ons werk. Er is een grote behoefte aan huisartsen die diabeteszorgprojecten in de eerste lijn kunnen entameren en leiden, zowel in de eigen HAGRO als in de regio. Marktonderzoek heeft aangetoond dat kaderartsen op een betaalde baan kunnen rekenen.**

Het NHG startte in december 2005, in samenwerking met de universiteiten van Utrecht, Nijmegen en Amsterdam (VU), een tweejarige kaderopleiding voor huisartsen die zich willen ontwikkelen tot eerste lijns diabetes specialist. Er zijn nog opleidingsplekken vrij.

De kaderopleiding onderwijst in de eerste plaats diepgaande kennis van diabetes, de samenhang met hart- en vaatziekten en andere complicaties. Gerichte zelfstudie op deelonderwerpen wordt gevolgd door interactief onderwijs van specialisten op betreffende gebieden. Korte stages in geselecteerde ziekenhuizen geven meer inzicht in de mogelijkheden van de tweede lijn.

Projecten in en om de eigen praktijk optimaliseren de diabeteszorg van de deelnemers en hun omgeving, niet in de laatste plaats door de uitwisseling met de medecuristen.

De cursus is gebaseerd op Evidence Based Medicine. Vaardigheden als zoeken op internet, interpreteren van wetenschappelijke

artikelen en schrijven van een wetenschappelijk manuscript maken deel uit van de leerstof. Er is aandacht voor de ontwikkeling en presentatie van onderwijs en de organisatie en uitvoering van projecten.

### NHG-Certificering

De Kaderopleiding duurt tot december 2007. Bij een positieve beoordeling verstrekt het NHG een certificaat en volgt opname in het register van kaderartsen. De studiebelasting is 6 á 8 uur per week. Er zijn driemaandelijke plenaire onderwijsbijeenkomsten van een hele dag. De deelnemer maakt deel uit van een regionaal groepje cursisten met een huisarts-diabetoloog als mentor. Deze groep komt zesmaal per jaar bijeen. Huiswerk en praktijkopdrachten worden dan besproken. Stages worden in overleg gepland, evenals deelname aan een (buitenlands) congres.

De eigen bijdrage van de deelnemer bedraagt € 5.000,- voor de hele cursus<sup>1</sup>. Het volgen van de cursus levert 60 accreditatiepunten op.

<sup>1</sup> De kaderopleiding diabetes wordt gesponsord door Pfizer bv, Merck Sharp & Dohme bv, Novo Nordisk Farma bv, Sanofi-Aventis en Servier Nederland bv.

### LAATSTE OPROEP

Aanmelding is mogelijk tot 31 maart.  
Inlichtingen en aanmelding bij  
Dr. Ymte Groeneveld, coördinator  
([y.groeneveld@lumc.nl](mailto:y.groeneveld@lumc.nl))

PS: DE LEIDING VAN DE KADEROPLEIDING BERICHTTE BIJ HET TER PERSE GAAN VAN DIT NUMMER DAT DE OPLEIDING INMIDDELS VOL ZIT EN DAT NIEUWE INSCHRIJVINGEN HELAAS NIET MEER MOGELIJK ZIJN.

VOORAANKONDIGING

## DiHAG TIEN JAAR

De DiHAG bestaat in oktober tien jaar. Een goede aanleiding voor een DiHAG-jubileumsymposium voor huisartsen.

Het thema is **Diabeteszorg: Huisarts waar sta je ...10 jaar na de oprichting van de DiHAG**

Dit symposium gaat plaatsvinden op  
vrijdag 6 oktober 2006 in het Evaluon te Eindhoven.

Nadere informatie volgt per brief, email en op de website: [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl).

Houd deze dag vrij in uw agenda!

# POH en insulinetherapie bij DM2

In het maandblad *Huisarts&Wetenschap* publiceerde de *DiHAG* onlangs zijn standpunt over instellen op insulinetherapie van mensen met type 2 diabetes (DM2) in de huisartspraktijk – en dan met name de rol van de Praktijkondersteuners daarin.

In deze verklaring wordt gesteld dat goed overwogen dient te worden waarom, met welk doel, en binnen welke voorwaarden dit proces kan plaatsvinden. In sommige gevallen kan beter besloten worden alleen de begeleiding van door anderen stabiel op insuline ingestelde mensen op te pakken, in andere gevallen kan het starten met en instellen op insuline uitgevoerd worden. In de onderstaande ingezonden brief in *H&W* van maart 2006 komen de kernpunten van het *DiHAG*-standpunt aan bod.

## BRIEF VANUIT DE DiHAG

Jaarlijks komt circa 5 tot 10% van een eerste-lijns populatie patiënten met diabetes type 2 (DM2) in aanmerking voor behandeling met insuline. Sinds de herziene NHG-Standaard DM2 uit 1999 zijn er voor de eerste lijn richtlijnen voorhanden om patiënten zelfstandig in te stellen op insuline in de eerste lijn. In de nieuwe NHG-Standaard DM2 (zie *H&W* maart 2006) worden de richtlijnen en handvatten nog uitvoeriger beschreven. Het komt dan ook steeds vaker voor dat de huisarts over gaat op het inzetten van insulinetherapie.

De Diabetes Huisartsen Adviesgroep (*DiHAG*) heeft een standpunt ingenomen onder welke voorwaarden insulinetherapie in de huisartsenpraktijk ingezet kan gaan worden. Zo moet, voor men besluit de praktijkondersteuner te betrekken bij de insulinetherapie, een aantal overwegingen worden gemaakt. Dit standpunt is voorgelegd aan de Sectie Praktijkondersteuners van de LVW, de EADV en de NVDA. We zullen in deze brief de belangrijkste punten uit dit standpunt beschrijven.

Wilt u het hele standpunt lezen surf dan naar onze website: [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl).

- *De huisarts is de eindverantwoordelijke voor de insulinetherapie. De huisarts moet kennis van en ervaring met insulinetherapie hebben. Als in een samenwerkingsverband met meerdere huisartsen wordt gewerkt (bijvoorbeeld in een HOED), dan heeft tenminste één huisarts die kennis en bekwaamheid.*
- *Er moet een protocol over insulinetherapie in de praktijk aanwezig zijn. De verschillende handelingen zijn in procedures (bijvoorbeeld peninstructie) beschreven. Het verdient de voorkeur de insulinetherapie af te stemmen met een van de diabetologen uit de regio, bijvoorbeeld in het kader van het FTO.*
- *Om ervaring te houden is het nodig om een minimaal aantal patiënten per jaar in te stellen. Een minimum van een tiental patiënten is vereist.*
- *Er moeten afspraken worden gemaakt over de continuïteit van de bereikbaarheid in verband met vragen en problemen waar de patiënt tijdens de eerste fase van het instellen op insuline mee geconfronteerd kan worden.*
- *De praktijkondersteuner dient de officiële*

*beroepsopleiding aan één van de Hogescholen te hebben gevolgd. De praktijkondersteuner moet aanvullende kennis en vaardigheden hebben op het gebied van insulinetherapie, bovenop de kennis en vaardigheden vastgelegd in de competenties medisch-inhoudelijke eindtermen. De praktijkondersteuner heeft hiervoor een post-POH-certificaat behaald (zoals middels de cursus die hieronder beschreven wordt). Daarnaast blijft na- en bijscholing op dit terrein van belang.*

- *Bij insulinetherapie is het verstandig om goede samenwerkingsafspraken te maken met andere bij de diabeteszorg betrokken zorgverleners, bijvoorbeeld de diëtiste en de podotherapeut en met de diabetesverpleegkundigen werkzaam in de regio. Wat zijn aanvullende bekwaamheden en vaardigheden? Welke afspraken kunnen samen gemaakt worden?*

Begin 2006 is de landelijke cursus “insulinetherapie in de eerste lijn” van start gegaan. Deze cursus wordt gegeven door Stichting Langerhans onder auspiciën van de EADV en de *DiHAG*. De cursus wordt gegeven aan huisartsen en praktijkondersteuners. Meer informatie hierover op [www.langerhans.com](http://www.langerhans.com).

Namens de *DiHAG*,  
B. Bakker, G.S. Eisma, S.T. Houweling,  
M. van Kruijsdijk en E.C. Romijn

TIPS & TRUCS, WEETJES EN ANDERE NIEUWS. OFWEL ...

## DiHAGELSLAG

- Metformine kan helpen ovariumfunctie en ovulatoire cyclus bij vrouwen met Poly Cysteus Ovarium Syndroom (PCOS) te herstellen. Het PCOS gaat vaak samen met obesitas, Metabool Syndroom en DM2.

Of Metformine een veilige en effectieve behandeling is - gemeten aan eindpunten als betere gezondheid, normale zwangerschap en geboorte van gezonde baby - blijft echter onbewezen. Speerpunt van behandeling van PCOS blijft leefstijl aanpak: meer bewegen, gezonde voeding, gewichtsverlies. (Bronnen: *BMJ* 2003;327; *Lancet* 2003;361; *NEJM* 2005;352; *Fert Steril* 2003;79 en *Hum Reprod*, januari 2006).

- Bij elke 1% stijging van het HbA1c bij type 2 diabetes is het risico op een macrovasculaire complicatie mogelijk 15% hoger. (Bron: *Ann Intern Med* 2004;141).

- Stoppen met roken verhoogt het (gunstige) HDL-cholesterolgehalte in bloed. Een extra motief dus voor mensen die hun ‘cholesterol’ en risiconiveau willen verbeteren. (Bron: *Prev Med* 2003;37:283-90).

- Betere bloedglucoseregulatie verbetert het kortetermijngeheugen. Misschien is dit effect groter naarmate de glucoseregulatie slechter is. (Bron: *Diabetes Care*, februari 2006).

## INTERESSANTE SITES EN TIPS

Peter Wessels

**1** <http://dermatlas.med.jhmi.edu/derm/>. Dit is een **dermatologieatlas**. Type in diabetes en je vindt het nodige. Bijvoorbeeld diabetic ulcer, allerlei casus en zoekmogelijkheden zoals PubMed en e-Medicine. Een heel praktische site.

**2** Volgens de nieuwe **NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2** zult gij de kreatinineklaring berekenen. Nu werk ik in Promedico met de diabetesmodule van het WOK (met dank aan collega De Grauw). Daar bepaalden we al jaren de microalbuminurie en de AC-ratio (Albumine/Kreatinine). Sinds de meetwaarde-module wordt de Cockcroft-formule nu ook als "ongevraagd" drukwerk bij geleverd. En dat was het eerste jaar schrikken. Ik heb consequent van de mensen met een klaring <60 ml/min, een echo nieren gedaan en o.a. 2x een niet-symptomatische niertumor ontdekt! Bij beide patiënten was de urine zonder ery's. Waar een meetwaardenmodule al niet toe leidt. Ik heb geen idee hoe dat bij andere HIS'en is.

**3** Heeft je HIS zo'n meetmodule niet, dan kun je de **Cockroftberekening** downloaden via <http://nephron.com/cgi-bin/CGSIdefault.cgi>. Vul maar in en je hebt je getallen voor klaring etc.! Als je dat de POH of je assistente van tevoren laat doen... scheelt je dat werk en tijd en het levert enorm belangrijke informatie. Bij een kreatinineklaring <60 zou je via de ICPC-tabel 'nierinsufficiëntie' in de Probleemlijst of Voorgeschiedenis kunnen zetten. Je krijgt dan waarschuwingen over de contra-indicaties van SU en Metformine. Soms komt dan NovoNorm in beeld (via lever gemetaboliseerd).

**4** Kennen jullie de site **www.fnt.nl**? Dit is de site van de Nederlandse trombosediensten. Kies de ingang voor artsen. Klik op interacties (in PDF 64 pagina's). Nu vind je nauwelijks problemen met antidiabetica, maar des te meer met polyfarmacie (bij diabetespatiënten eerder regel dan uitzondering).

## De DIEP-code

Henk van Dam

Nee, dit is geen bespreking van het nieuwste boek van Dan Brown of Ludlum, maar een toelichting op een nieuw diabetes-educatieprogramma (DIEP). In ons vorige nummer berichtten we al over de lancering van DIEP in november: het Diabetes Interactief Educatie Programma. Het is toegankelijk via internet en levert op een interactieve, veelzijdige manier gedegen informatie en zelfzorgkennis over diabetes aan de gebruiker. Deze informatie is gebaseerd op de nieuwste richtlijnen en standaarden en zal regelmatig worden 'geüpdatet'. DIEP is bedoeld voor mensen met type 2 diabetes. Vereist is dus een computer met internettoegang... en een diabetesbehandelaar.

Bedoeling is uitdrukkelijk niet dat iedere patiënt hiermee zomaar zelf wat aan het rommelen gaat. Nee, de uitgever (de werkgroep DIEP in Maastricht) beoogt dat mensen met DM2 die er gebruik van willen en kunnen maken, van hun behandelaars de toegangscode ontvangen – en vervolgens in dialoog en overleg met die behandelaars het DIEP-programma gaan gebruiken. Dat kan bijvoorbeeld door in DIEP antwoord te zoeken op vragen die uit diabetesconsulten voortkomen. Of andersom, door vragen die vanuit DIEP rijzen in consulten te bespreken. In de meeste gevallen zal de praktijkondersteuner, diabeteswijkverpleegkundige of diabetesverpleegkundige de centrale gesprekspartner zijn, naast de huisarts.

Het vorige nummer van de *DiHAG*-Nieuwsbrief leverde een toegangscode die slechts tijdelijk toegang gaf tot de proefversie, de eerste operationele editie van DIEP. Inmiddels is die code uit de lucht. Professionele diabetesteams kunnen nadere informatie verkrijgen bij de regionale artsvertegenwoordiger van LifeScan, of direct door een telefoontje naar nummer 0800- 022 24 45 (LifeScan Nederland). De site is met toegangscode te gebruiken: 'www.diep.info'.



## EADV-JUBILEUM

**Op 26 februari bestond de Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen (EADV) precies twintig jaar. De EADV is de belangenvereniging van diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners.**

Ze is een van de dragende organisaties van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), waarin verder ook de patiëntenvereniging DVN, de vereniging van diabetes-onderzoekers NVDO, de internistenvereniging (NIV) en de huisartsenexpertgroep *DiHAG* participeren. Diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners spelen een steeds nadrukkelijker rol in de diabeteszorg. Dit hangt samen met het toenemende aantal diabetespatiënten en de overname van taken van internist of huisarts door verpleegkundigen (taakdelegatie). In ziekenhuizen werken voor de behandeling van mensen met diabetes vaak teams met een centrale rol voor diabetesverpleegkundigen. En in steeds meer huisartsenpraktijken werken praktijkondersteuners

voor de begeleiding van mensen met diabetes. Naast de ruim duizend gewone leden (diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners) kent de EADV vijfhonderd buitengewone leden, zoals artsen, psychologen, diëtisten, podotherapeuten en andere professionals.

### Suriname

In het kader van het jubileumjaar wil de EADV de vorming van een zustervereniging in Suriname steunen. Doel is de verpleegkundige diabeteszorg in Suriname een impuls te geven, zodat behandeling en begeleiding van patiënten kunnen verbeteren. De EADV werkt hiertoe samen met de Stichting COGESUR (Coördinatie en Ondersteuning Gezondheidszorg Suriname), de Stichting Langerhans en de Stichting COVAB (het nationale opleidingsinstituut in Suriname).

Het EADV-jubileumjaar wordt afgesloten met een groot nationaal jubileumsymposium op vrijdag 24 november 2006, getiteld 'Back to the Future'.

MEER WETEN OVER DE EADV? KIJK OP [WWW.EADV.NL](http://WWW.EADV.NL).

# Taakdelegatie in de eerste- en tweedelijns diabeteszorg

Marianne van Brederode

**Het doel van deze dissertatie is de vraag te beantwoorden of verpleegkundigen de diabeteszorg, inclusief het voorschrijven van medicijnen, kunnen overnemen van artsen, met behoud van kwaliteit.**

Hiertoe zijn de DISCOURSE-studies (Diabetes Specialist nurse Carrying Out Usual and Reasonable Schemes and Education) uitgevoerd nadat hiertoe protocollen ontwikkeld waren en getest op hun bruikbaarheid. De kern van het proefschrift wordt gevormd door twee studies betreffende taakdelegatie.

In de eerste studie werd in een huisartsen-groepspraktijk onderzocht of er verschillen waren in een aantal uitkomsten bij behandeling van DM2-patiënten door de huisarts of door een praktijkondersteuner. Het bleek dat getrainde POH's werken volgens goede protocollen effectieve en zelfstandige zorg kunnen leveren aan DM2 patiënten, inclusief het voorschrijven van medicatie. De patiënten waren meer tevreden over de zorg van de ondersteuner dan over de zorg geleverd door de huisarts.

De andere studie is verricht in de tweede lijn. Vergeleken werden een controlegroep die de gebruikelijke zorg ontving van internist en diabetesverpleegkundige en een groep waarvan een 'diabetesverpleegkundi-

ge-plus' de hoofdbehandelaar was. De populatie bestond uit DM2-patiënten die door de huisarts verwezen waren wegens ontregeling van hun diabetes. De conclusie uit dit onderzoek was dat de medische zorg geleverd door een getrainde diabetesverpleegkundige gelijk is aan de door een internist geleverde zorg, maar dat ook hier de tevredenheid van de patiënten groter is.

Naast deze serieuze zaken wordt nog een aardig onderzoekje beschreven. Gedurende zes weken is geturfd hoeveel patiënten op weg naar de diabetespoli op de eerste verdieping de trap of de lift gebruiken. Aanvankelijk maakte 55% gebruik van de trap. Na 2 weken werd op de liftdeur een bordje gehangen met de tekst 'beweging is gezond, neem de trap'. De laatste twee weken werd dit vervangen door: 'Gebruik lift uitsluitend voor personeel en minder validen'. Deze interventie deed het aantal traplopers toenemen tot 63 resp. 70%. Het personeel vond deze maatregelen betuttelend en niet klantvriendelijk.

Opvallend is dat dit onderzoek, in tegenstelling tot de hierboven beschreven twee delegatiestudies, niet de tevredenheid van de patiënten mat.

Tijdens de promotie in Groningen kwamen onder andere de volgende opmerkingen en vragen aan de orde: (1)Is het niet te vroeg voor regelgeving om het voorschrijven van medicatie door praktijkondersteuners en verpleegkundigen mogelijk te maken? Een valkuil voor de verpleegkundige is immers dat ze niet mag afwijken van de kookboek-geneeskunde (het protocol), terwijl dokters getraind worden in het herkennen van uitzonderingen. Een goede dokter weet wanneer hij van de protocollen moet afwijken. (2)En is een geprotocolleerde zorg wel wat de patiënt wil?

De vraag die Houweling zich in zijn proefschrift stelt (zie de openingsalinea van dit stukje) beantwoordt hij positief, en hij doet aan het slot van zijn proefschrift aanbevelingen voor de praktijk en de politiek. Het proefschrift is fraai uitgevoerd en bevat een DVD. Het is zeer leesbaar geschreven - je kunt merken dat de promovendus gewend is educatiecursussen, nascholing, lessen en colleges te geven.

IMPRESSIE

## Start van de NHG-Kaderopleiding Diabetes

Ymte Groeneveld

Op 14 december ging in de Domus Medica in Utrecht de tweejarige kaderopleiding Diabetes van start. De opleiding, een initiatief van het NHG, wordt georganiseerd door de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Juliuscentrum (UMC Utrecht), in nauwe samenwerking met de afdelingen huisartsgeneeskunde van het UMC St Radboud en het VUmc. In aanwezigheid van cursisten, sponsors, mentoren en vertegenwoordigers van NHG en Julius Centrum schetste projectleider Prof. G. Rutten de belangrijke positie die de kaderartsen in de eerstelijnsdiabeteszorg zullen innemen. Mevrouw. E. van der Jagt maakte duidelijk hoeveel belang het NHG hecht aan de

kaderopleidingen. Nadat het programma en de functie van de mentoren waren gepresenteerd begon de cursus echt met een stevig college over de pathofysiologie en epidemiologie van de complicaties van diabetes.

Na deze start begonnen de eerste tien cursisten hun huiswerk te maken, en wisselden dat uit in de regionale mentorgroepen.

Het aanvankelijk aantal inschrijvingen viel wat tegen. Een laatste oproep per brief, ingesloten in het maartnummer van Huisarts & Wetenschap waarin ook de nieuwe Diabetes Standaard stond, kreeg

echter een positieve respons. In het daar op volgende weekend vroegen tientallen collega's om informatie of meldden zich aan. Enkelen waren zo enthousiast en flexibel dat ze meteen de dinsdag erna (7 maart) al deelnamen aan de eerste plenaire onderwijsdag in het VUmc in Amsterdam.

Deze dag begon met een uitwisseling van opvattingen en ervaringen over psychosociale problemen, m.n. depressie, die met diabetes gepaard gaan. De toegestuurde artikelen droegen bij aan een gelijkwaardige uitgangspositie van de deelnemers. De in diabetes gespecialiseerde psychologe M. Hogenelst presenteerde daarna de methodiek van Motivational Interviewing en demonstreerde die in een rollenspel.

Na de lunch volgde een 'hands on'-training in het zoeken naar literatuur op het internet in het fraaie leslokaal van de bibliotheek.

Oogarts M. Suttorp besprak de veranderingen en controverses rondom de screening op diabetische retinopathie. Met deze kennis kunnen de kaderartsen in opleiding in hun eigen regio zoeken naar de beste manier om die screening vorm te geven. Een hernieuwde kennismaking met fundusbeelden completeerde haar verhaal.

Na het diner wist gastheer Giel Nijpels de aandacht goed vast te houden toen hij uitlegde hoe wetenschappelijke artikelen gelezen moeten worden.

De deelnemers vonden deze dag zeer leerzaam. Dergelijke onderwijsdagen zullen elke drie maanden plaatsvinden. In de tussentijd zijn er maandelijks mentorgroepbijeenkomsten, met het accent op de persoonlijke activiteiten van de deelnemers en aan de hand van hun huiswerkopdrachten.

De kadercursus is dus uitstekend begonnen!

PRAKTIJKVOORBEELD SUCCESVOLLE DIABETESZORG

## Ontmoeting met diabetesteam Gorinchem

Marianne van Brederode

**Op 31 augustus 2005 werd de redactie-commissie gastvrij ontvangen door enkele leden van de stuurgroep in het Beatrix Ziekenhuis te Gorinchem.**

De Rivas Zorggroep is een zorgconglomeraat van ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg, maar huisartsenzorg behoort er niet toe. In 1996 is de Stuurgroep Diabeteszorg van de RHV Gorinchem en Omstreken opgericht en is gestart met Eerstelijns Diabeteszorg in de praktijken van de leden van de Zorggroep. Thans doen 5 Hagro's met 65 huisartsen mee met het project waarvan 60 tot 70% praktijkondersteuning heeft. Uitgangspunt is dat de zorg voor

DM2 patiënten bij de huisarts thuishoort. Elke praktijk zorgt zelf voor 3-maandelijks controles. De jaarcontrole is ook een taak van de huisarts, maar voorafgaand hieraan doorloopt de patiënt in één middag in het ziekenhuis de carrousel. De huisarts ontvangt een verslag, waarna hij de patiënt oproept voor de jaarcontrole. Op verzoek van de huisarts kunnen patiënten op insuline overgezet worden.

Per jaar worden 75-100 patiënten omgezet. Dit gebeurt in principe door de diabetesverpleegkundige die een grote expertise heeft. Een sterk punt is de voorlichting die gegeven wordt. Nieuwe patiënten kunnen deelnemen aan twee middagen groeps-

educatie. Voor patiënten die eerder voor jaarcontroles zijn geweest wordt jaarlijks een themabijeenkomst georganiseerd. Ook worden er avonden voor praktijkondersteuners georganiseerd. Er is een subproject voor screenen van patiënten in de thuissituatie en in verpleeghuizen. De handleiding waar mee gewerkt wordt, en die wij mee kregen, is zeer compleet. Wij kregen een duidelijk beeld van goed werkende diabeteszorg met als uitgangspunt dat de diabeteszorg thuishoort in de huisartsenpraktijk, en de huisarts zelf de jaarcontrole verricht na ontvangst van de rapportage vanuit de carrousel. Het feit dat 65 van de 68 huisartsen meedoen, toont aan dat de formule succesvol is.



*In het Gorinchemse Eerstelijns Diabetes Zorg-model ziet de patiënt tijdens de Jaarcontrole-carrousel de diabetesverpleegkundige, diëtist, podoloog en oogarts en er wordt labonderzoek verricht. Bevingingen en adviezen worden naar de huisarts verstuurd. Deze kan daarmee zijn beleid vaststellen.*



# BEKNOPT JAARVERSLAG 2005

## ***DiHAG*-beleid**

Evaluatie van het in de periode 2002 t/m 2005 gevoerde beleid leidde tot de conclusie dat de *DiHAG* een herkende en erkende expertgroep is geworden op het gebied van de huisartsenzorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2. Toch zou de invloed van de *DiHAG* op de kwaliteit van de huisartsenzorg verder kunnen worden versterkt. Uitbreiding van het Netwerk is onvoldoende tot stand gekomen. Individuele leden van de *DiHAG* zijn wel in eigen kring herkenbaar als expert.

De oorspronkelijk bedoelde 'olievlekwerking' heeft nog onvoldoende resultaat gehad. Wijzigingen in de structuur en opheffing van DHV's, maakten deze doelstelling lastig realiseerbaar. Daarvoor zal een alternatief gevonden worden. De beschikbaarstelling van expertise aan de achterban van de *DiHAG* is een van de belangrijkste opgaven voor de komende jaren - naast het stimuleren van informatie-uitwisseling vanuit de periferie naar centraal over regionale activiteiten op diabetesgebied in de ruimste zin.

## **Diabetes-DBC**

De *DiHAG* nam in 2005 het initiatief om een advies over transparante financiering van eerstelijns diabetes-DBC's uit te brengen: een handreiking met relevante documenten en praktijkervaringen van *DiHAG*-Netwerkleden. Met de toevoeging van het NHG-Standpunt Chronisch Zieken is deze uitgave een NHG/*DiHAG* productie geworden in de reeks 'Concretisering Visie NHG'. De titel van de handreiking is: 'Diabeteszorg in de eerstelijns - werk in uitvoering'. Ze kwam tot stand onder redactie van Dr. K. Reenders van de *DiHAG* en eindredactie door het NHG.

Op 21 september werd het digitale Steunpunt Eerstelijns Diabeteszorg geïntroduceerd, een samenwerking van NHG, *DiHAG*, LHV en LVG. De website van dit steunpunt informeert over verschillende aspecten van diabeteszorg in de huisartsenpraktijk en over actuele (regionale) ontwikkelingen, mede rond DBC's. Het steunpunt wordt ondersteund door een redactieraad waarin de deelnemende partners vertegenwoordigd zijn.

In 2005 bracht de *DiHAG* een standpunt "Insulinetherapie in de eerstelijns" uit, en samen met het bestuur van de Eerste Associatie van Diabetesverpleegkundigen (EADV) een statement over verpleegkundige ondersteuning van de diabeteszorg in de huisartspraktijk.

## ***DiHAG* als organisatie**

De kerngroep bestaat uit 11 huisartsen waarvan vier bestuursleden. In 2005 is afscheid genomen van Dr. Y. Groeneveld, secretaris van de *DiHAG*, en Dr. K. Reenders, bestuurslid. De kerngroep is in 2005 versterkt met Drs. L. Harms, huisarts te Eindhoven, Dr. B. Houweling, huisarts in opleiding te Groningen en mevrouw Dr. M. van Kruijsdijk, huisarts te Den Bosch. Dr. W. de Grauw is benoemd tot secretaris van de *DiHAG*.

## **Het *DiHAG*-Netwerk**

Het Netwerk bestond in 2005 uit 72 Netwerkleden, experts die de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk een warm hart toedragen en bereid zijn daar extra tijd en energie in te stoppen.

Het Netwerk kwam in 2005 tweemaal bijeen. Op 22 april was er een wetenschappelijke Netwerkdag met het thema 'Controversen in de Diabeteszorg' en op 24 november was het thema 'Taakdelegatie in de Diabeteszorg'. Tijdens deze Netwerkdagen was er veel gelegenheid om onderling expertise uit te wisselen.

## **De site [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl)**

In 2005 is de *DiHAG*-website vernieuwd. Ondanks de impulsen door de websitecommissie werd van het interactieve gedeelte nog onvoldoende gebruik gemaakt. Communicatie door middel van mailgroepen zou wellicht meer succesvol zijn geweest. Het beheer van de website is in handen van het NHG. Leden van de websitecommissie kunnen zelf hun eigen pagina onderhouden. Met de komst van de website van het Steunpunt Diabeteszorg wordt gewerkt aan domeinafbakening en afstemming van beide websites, om overlap en uitholling te voorkomen.

## ***DiHAG* als expertgroep van het NHG**

De *DiHAG* heeft als expertgroep haar onderkomen bij het NHG. Om als expertgroep namens het NHG te kunnen functioneren worden beleidsmatige ontwikkelingen besproken en strategische beslissingen afgestemd tijdens het bestuurlijk overleg *DiHAG*-NHG. Ook met het bestuur van de LHV vond bestuurlijk overleg plaats. Tijdens dit overleg is het mandaat van de *DiHAG* namens de LHV bekrachtigd onder de voorwaarde dat periodiek én bij belangrijke besluiten vooraf, overleg plaatsvindt.

## **De *DiHAG* en de Nederlandse Diabetes Federatie NDF**

De *DiHAG* vertegenwoordigt namens NHG en LHV de huisarts binnen de NDF. In 2005 traden Dr. K. Reenders en Dr. W. de Grauw af, en trad mevrouw Drs. L. Romijn toe tot het NDF-bestuur. Het jaar stond mede in het teken van de voorbereidingen voor de Lifestyle-campagne "Kijk op Diabetes" (start april 2006) die zich richt op versnelde opsporing van de onbekende diabetes en van mensen met een verhoogd risico op diabetes. De campagne wordt georganiseerd door de NDF samen met Voedingscentrum, Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB). De campagne wordt gefinancierd door ZonMw. Namens de *DiHAG* zijn twee Netwerkleden vertegenwoordigd in de werkgroep Professionals van de campagne, en in de commissie Voorlichting van de NDF.

De *DiHAG* en deskundigheidsbevordering voor huisartsen en praktijkondersteuners. In 2005 heeft de *DiHAG* een commissie Onderwijs en Praktijkvoering geïnstalleerd. Het doel van de commissie is gevraagd en ongevraagd advies te geven over afstemming van verschillende opleidingen en bevorderen van kwaliteit en efficiëntie. Het Onderwijsprogramma voor Huisartsen in Opleiding is geüpdatet en omgezet in een digitale versie, die gedownload kan worden van de *DiHAG*-website.

## **Insuline cursus voor praktijkondersteuner en huisarts**

Insulinetherapie is steeds meer gemeengoed aan het worden in de eerste lijn. Dit komt mede door de sterke groei van het aantal patiënten met type 2 diabetes mellitus én de opkomst van de praktijkondersteuner. Insulinetherapie is ook goed uit te voeren in de eerste lijn. Dit is de reden dat de *DiHAG* én de EADV de Stichting Langerhans opdracht hebben gegeven om een cursus insulinetherapie voor de eerste lijn te ontwikkelen van in totaal 13 uur, verspreid over vier dagdelen.

## **Kaderopleiding**

Met de wisseling van het coördinatorschap van de kaderopleiding is een nieuwe impuls gegeven aan de ontwikkeling van het curriculum en de samenwerking van de deelnemende faculteiten. De eerste kaderopleiding Diabetes Mellitus is officieel van start gegaan op 14 december 2005.

# Diabetic Retinopathy, risk factors, cardiovascular disease and mortality

Marianne van Brederode

**Dit proefschrift benadert op originele wijze risicofactoren op hart- en vaatziekten, met als uitgangspunt het gegeven dat retinopathie vaak een van de eerste vaatcomplicaties is van diabetes mellitus.**

Onderzoek toont dat patiënten met retinopathie een verhoogde kans hebben op hart- en vaatziekten en op overlijden. Er is in dit opzicht geen verschil tussen patiënten met diabetes mellitus type 1 of 2, en patiënten zonder diabetes (niet significant). Retinopathie blijkt een voorspeller van toekomstige hart- en vaatziekten en sterfte.

Deze risicoverhoging wordt grotendeels bepaald door risicofactoren voor zowel retinopathie als hart- en vaatziekten: zoals diabetes, hart- en vaatziekten in de anamnese, obesitas en verhoogde triglyceridenwaarden. Retinopathie is waarschijnlijk een gevolg van een ongunstig cardiovasculair risicopro-

fiel en is geen onafhankelijke risicofactor voor hart- en vaatziekten.

Voor de praktijk betekent dit dat indien er sprake is van retinopathie er extra aandacht gegeven moet worden aan het opsporen en behandelen van de aanwezige risicofactoren met het doel de visus te beschermen en de kans op hart- en vaatziekten en sterfte te verminderen.

Naast het bovenstaande heeft Van Hecke andere, relatief onbekende risicofactoren voor retinopathie onderzocht. Hiertoe behoren markers voor ontstekingsactiviteit (o.a. CRP), verslechterde endotheelfunctie,

sympathische dysfunctie en verhoogde homocysteinewaarden. Inzicht in het ontstaansmechanisme van retinopathie kan vergroot worden door de herkenning van deze, tot nu toe relatief onbekende, risicofactoren. Dit kan hopelijk leiden tot betere behandelingsmethoden in de toekomst.

Het proefschrift toont enerzijds het belang van het consequent behandelen van de bekende risicofactoren, anderzijds vraagt het aandacht voor een aantal 'nieuwe' risicofactoren. Het geeft een aanzet tot het ontwikkelen van nieuwe behandelstrategieën die kunnen leiden tot langer behoud van gezichtsvermogen en betere kwaliteit van leven.

Een helder geschreven, mooi proefschrift met conclusies die van praktisch nut zijn.

## Het Redactiestatuut

*Juni 2004*

1. De Nieuwsbrief publiceert berichten, verslagen, aankondigingen en redactionele artikelen die de doelstellingen en activiteiten van de *DiHAG* ondersteunen.
2. Redactionele artikelen zijn artikelen die het functioneren van het expertisenetwerk ten goede komen en daarmee de diabeteszorg door de Nederlandse huisartsen.
3. Het entameren van discussies over wat wel of niet goede diabeteszorg is buiten het domein van de huisarts, valt buiten de opdracht van de Nieuwsbriefredactie.
4. Het attenderen op relevante onderwerpen in de diabeteszorg bijv. via referaten van publicaties en besprekingen van dissertaties, is mogelijk zolang dit de diabeteszorg door de huisarts versterkt, ondersteunt of van evidence voorziet.
5. Artikelen die boeken en dissertaties bespreken worden vooraf aan de auteur voorgelegd.
6. Extra zorgvuldigheid is gewenst bij het schrijven over onderwerpen zoals medicatie en andere zaken waarbij belangen van derden zijn gemoeid.
7. Ter ondersteuning en uitvoering van het redactionele beleid neemt een *DiHAG*-bestuurslid deel aan de redactieraad.

## Colofon

Uitgave van de Diabetes Huisartsen Advies Groep, afgekort *DiHAG*. Coördinator *DiHAG*: Mevr. B.P. Bakker-Verschoor, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. E-mail: [di hag@nhg-nl.org](mailto:di hag@nhg-nl.org). Fax: 030-2870668.

De *DiHAG*-Nieuwsbrief verschijnt minimaal tweemaal per jaar. Redactie: Marianne van Brederode, Henk van Dam (hoofdred.), Raynold Bruessing, Peter Wessels en Bep Bakker. Redactie-adres: p/a H.A. van Dam, huisarts, Gezondheidscentrum Withuis, Straelseweg 193, 5914 AL Venlo. Fax: 077-3589705. E-mail: [vandam-hylkema@home.nl](mailto:vandam-hylkema@home.nl).

Mede mogelijk gemaakt door Novo Nordisk, LifeScan, SmithKline Beecham en Merck Sharp & Dohme B.V.