

DiHAG

nieuwsbrief

Jaargang 10 | Nummer 3 | september 2008

Diabetes Huisartsen Advies Groep 

DiHAG

Leeswijzer

Nieuwe ontwikkelingen in de zorg voor mensen met diabetes zijn positief, maar kunnen ook een bedreiging vormen voor de rol van de huisarts hierin. Thema van deze nieuwsbrief: *huisarts, let op uw saeck!* Guy Rutten houdt u de gevaren voor van een mogelijk afnemende betrokkenheid van de huisarts, met alle consequenties van dien. Geert Eisma geeft een voorbeeld van een veelbelovend diabeteszorgmodel in West-Brabant, maar schildert ook het gevaar van verleiding. Columnist Floris van de Laar toont aan dat het geen indianenverhalen zijn...

Simon Verhoeven beschrijft een duivels dilemma: geef ik mijn patiënt een van de nieuwe middelen of houd ik het bij de traditionele medicatie? Wees prudent bij het voorschrijven van de nieuwe middelen, was de conclusie van een *Invitational Conference* voor speciaal in diabetes geïnteresseerde (kader)artsen.

De DiHAG is er voor u! Dat zal u duidelijk zijn bij het lezen van deze nieuwsbrief

Willem van Gerwen,
hoofdredacteur DiHAG nieuwsbrief

Inhoud

Leeswijzer	1
Huisarts, let op uw zaak!	1
De DiHAG past op uw zaak	2
Samenwerking huisarts-POH, een praktijkvoorbeeld	2
Zoeken op het web	3
Opperhoofd Bruine Hand	3
Kaderartsen ontvangen diploma	3
Nieuwe middelen, een duivels dilemma	4
Agenda	4

Huisarts, let op uw zaak!

De kwaliteit van de diabeteszorg is de afgelopen tien jaar aantoonbaar verbeterd. Het gemiddelde HbA1c van de mensen met diabetes die in de huisartspraktijk worden behandeld daalde tot ongeveer 7%, de gemiddelde systolische bloeddruk tot ongeveer 144 mm Hg, veel meer mensen hebben een aanvaardbaar vetspectrum. Er is tegenwoordig ook meer aandacht voor de microvasculaire complicaties van diabetes. Daarbij dient te worden bedacht, dat de afgelopen tien jaar het aantal mensen dat bij de huisarts bekend is met type 2 diabetes, meer dan verdubbelde. Daarbij speelt mee, dat in heel wat huisartspraktijken systematische case-finding plaatsvindt.



Deze verbetering van de kwaliteit van zorg - ondanks de geweldige toename van het aantal mensen dat diabeteszorg nodig heeft - is mede te danken aan de inschakeling van gekwalificeerde praktijkondersteuners.

Ook het op grote schaal delegeren van taken mag de huisarts-geneeskunde op zijn conto schrijven. Als meest recente ontwikkeling op het gebied van diabeteszorg moeten de in hoog tempo en op brede schaal tot stand komende diabeteszorggroepen worden genoemd. Vaak nemen huisartsen daarbij het voortouw. Het ziet er naar uit, dat met het ontstaan van dergelijke zorggroepen de transparantie in de zorg daadwerkelijk zal toenemen.

Al deze ontwikkelingen juicht de DiHAG van harte toe. Nederlanders die diabetes hebben of krijgen, hebben recht op hoogwaardige diabeteszorg, dicht bij huis. Wat de DiHAG betreft is dat recht niet afhankelijk van iemands inkomen en mag het ook niet afhankelijk zijn van welke huisarts iemand heeft. In een normatieve huisartsenpraktijk zijn gemiddeld bijna 100 mensen bekend met type 2 diabetes en de beroepsgroep staat garant dat iedere huisarts deze chronische aandoening, waarbij polyfarmacie eerder regel dan uitzondering is, adequaat kan behandelen.

Waarom dan de alarmerende titel van dit artikel?

De DiHAG constateert, dat er huisartsen zijn die eigenlijk geen diabeteszorg meer verlenen, die zowel de driemaandelijkse als de jaarcontrole

hebben gedelegeerd aan hun praktijkondersteuner. Die zelf niet meer naar diabetesnascholing gaan, maar liever hun praktijkondersteuner sturen. Die hun huisarts-in-opleiding (aios) niet meer zelf ervaring laten opdoen met het behandelen van mensen met diabetes, maar laten 'meekijken' bij de praktijkondersteuner. De DiHAG constateert dat niet alle pas afgestudeerde huisartsen zich bekwaam voelen in het behandelen van type 2 diabetes. Dat sommige praktijkondersteuners zich inhoudelijk op geen enkele wijze ondersteund weten door de huisarts.

Het zal duidelijk zijn, dat wij deze gang van zaken op termijn desastreus achten voor een integrale en persoonlijke diabeteszorg vanuit de huisartsenpraktijk. Huisartsen die niet iedere diabetespatiënt in het kader van de diabeteszorg minstens een keer per jaar uitvoerig spreken, verliezen hun expertise, kunnen geen goede opleider zijn, hebben geen recht op het geld dat zij volgens de diabetes DBC declareren. Zorgverzekeraars hebben al te kennen gegeven bij het afsluiten van de volgende DBC's over een paar jaar rekening te houden met de daadwerkelijk door de huisarts geleverde inspanningen.

Diabeteszorg is leuk en zinvol! Huisartsen moeten echter oppassen niet de greep op het geheel te verliezen. De DiHAG past op alle fronten op de zaak, maar dan moet de individuele huisarts dat ook doen. Daarmee houdt hij of zij het kennisniveau op peil en kan men goede service bieden aan de patiënt met diabetes.

Namens de DiHAG, Guy Rutten

Een praktijkvoorbeeld

Samenwerking huisarts-POH

In ons land zijn ca 600.000 mensen bekend met diabetes en ca 250.000 mensen (nog) niet. Per jaar komen er ca 70.000 nieuwe diabetespatiënten bij; dat is meer dan een Feyenoordstadion vol! Er komen ook steeds meer jonge diabetespatiënten en juist deze groep dreigt door de langere ziekteduur geconfronteerd te worden met bijbehorende complicaties, voornamelijk op het terrein van hart- & vaatziekten!

door: Geert Eisma, huisarts te Breda / adviseur DiabetesDienst SHL

Reden om de behandeling en de begeleiding van de diabetespopulatie in de huisartspraktijk professioneel aan te pakken. Vanuit mijn functie als huisartsadviseur van de Diabetesdienst van de SHL (Stichting Huisartsen Laboratorium) te Etten Leur richt ik mij op verbetering van de dienstverlening van de SHL aan de huisarts en daarmee op de service van de huisarts aan zijn diabetespatiënten. Wanneer een huisarts een diabetespatiënt inschrijft bij de Diabetesdienst van de SHL, dan verzorgt de SHL (kosteloos) de driemaandelijke oproep, waarbij er bloed- en/of urineonderzoek wordt verricht volgens de NHG-standaard. Tevens worden patiënten jaarlijks opgeroepen voor een fundusfoto.

Voor huisartsen bestaat de mogelijkheid om een jaaroverzicht te ontvangen van de uitslagen van hun gehele diabetespopulatie en dit te bespreken met een diabetesconsulent van de SHL. Daarnaast heeft de SHL inmiddels meer dan 80 POH-ers in dienst, die door huisartsen kunnen worden ingehuurd.

Hiermee is er een structuur op poten gezet, waarvan de huisartsen in het werkgebied van de SHL kunnen profiteren en waarmee zij diabeteszorg op niveau kunnen bieden.

Bedreigingen

Echter: de verleiding is groot om de gehele diabeteszorg aan de POH over te laten! Toegegeven, dankzij de goede *incompany-opleiding* van de SHL kunnen de POH-ers een zeer groot deel van de diabeteszorg op zich nemen. Maar huisartsen dienen niet te vergeten, dat zij eindverantwoordelijk zijn voor de diabeteszorg in hun praktijk. Dus ook voor insuliner therapie die in hun praktijk wordt gestart en begeleid. Huisartsen dienen daarom zelf ook hun aandeel in de diabeteszorg te nemen, bijv in de vorm van voetonderzoek bij de jaarcontrole en een deel van de anamnese. Zowel de DVN (Diabetes Patiënten Vereniging) als ZN (Zorgverzekeraars Nederland) verwachten dit namelijk van hun huisarts.

Diabetespatiënten vinden hier dus de zorgverzekeraars aan hun zijde! In de nieuwe opzet van diabeteszorggroepen met een opslag voor ketenzorg en ook bij een eventuele DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) vinden er betalingen plaats voor diegene, die bepaalde handelingen verricht. Met andere woorden: als huisartsen niet zelf actief participeren in diabeteszorg, maar veel overlaten aan anderen, dan zal

- hun kennisniveau achteruit gaan
- de betrokkenheid bij hun diabetespatiënten afnemen
- er voor hen nauwelijks of geen vergoeding zijn.

Daarom moet ook mijn conclusie zijn: huisarts *'let op uw saeck'*!



Geert Eisma

De DiHAG past op uw zaak

'Het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige eerstelijns diabeteszorg vanuit de huisartsenpraktijk'

De Diabetes Huisartsen Adviesgroep (DiHag) heeft als doelstelling het verhogen van de kwaliteit van diagnostiek en behandeling van diabetes mellitus door huisartsen en het versterken van de rol van de huisarts in de diabeteszorg. De DiHAG vormt een huisarts-geneeskundig steunpunt binnen de diabeteszorg in Nederland en is op vele fronten actief. Namens LHV en NHG wordt vaak advies gegeven op het gebied van huisarts-geneeskundige en eerstelijns diabeteszorg in Nederland. De DiHAG is betrokken bij onderwijs- en onderzoeksactiviteiten en verzorgt nascholing voor huisartsen. Zij organiseert een kwalitatief hoogwaardige

cursus voor de in diabetes geïnteresseerde huisarts en heeft een nauwe band met diabetes zorggroepen. In het DiHAG Netwerk staan uitwisseling van expertise en ervaring op het gebied van zorgstructuren centraal. Verder is de DiHAG-website (www.steunpuntdiabetes.nl) een belangrijke bron van informatie op het gebied van diabetes mellitus en de diabeteszorg.

Leden van de DiHAG waren inhoudelijk betrokken bij de opstelling van (o.a.) de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2 en de NDF Zorgstandaard. De DiHAG ontwikkelde samen met de beroepsopleiding een

diabetesmodule voor de huisartsopleiding.

De DiHAG is vertegenwoordigd in

- Bestuur van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en heeft daardoor nauwe banden met andere in het diabetesveld actieve organisatie (patiënten: DVN, internisten-endocrinologen: NIV, diabetesverpleegkundigen: EADV)
- Platform Chronische Aandoeningen (NHG-LHV)
- Primary Diabetes Care Group Europe
- Diabetes Education Study Group (DESG)

Zoeken op het web

Steunpunt diabetes

Of je er nu komt via Google via het intikken van **Steunpunt diabetes** of via het 'oude' www.dihag.nl, altijd kom je terecht op de vernieuwde site www.steunpuntdiabetes.nl, een initiatief van NHG, DiHAG, LHV en LVG. Wat heeft deze plek te bieden? Enorm veel. Niet alleen voor kaderartsen, ook voor de gemiddeld geïnteresseerde huisarts is er veel te halen.

door: Peter Wessels

Voor de fijnproevers is er altijd recente door DiHAG geselecteerde literatuur beschikbaar: open in de linkermenubalk het item <kennis>, ga naar <bijblijven> en kies vervolgens <actuele artikelen>. Ben je meer van het type 'die korf hangt voor mij te hoog' dan is daar sinds kort de fantastische service van NHG: gratis toegang tot *Clinical Evidence*. Dit is een soort *Readers Digest* over inmiddels de meeste onderwerpen. Helaas staat het nog niet direct zichtbaar op de NHG homepage, maar daar komt binnenkort verandering in. Nog handiger is het naar de standaarden te gaan. Na intikken van het woord *diabetes* sta je verstuurd van de vaak praktische informatie op die pagina. Je bent daar zo een uurtje zoet. Zo'n link smaakt naar meer...

Terug naar onze eigen website (www.steunpuntdiabetes.nl). Naast het medisch inhoudelijk aanbod is er veel te vinden over de organisatie van de diabetes ketenzorg met allerlei voorbeelden. Je vindt het (in de linkermenubalk) bij het item organisatie. Tenslotte, kijk ook eens op <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/> Klik op *Knowledge library* en typ in: *diabetes*. Ook nu zul je verbaasd staan wat je er allemaal aantreft.



Een volgende keer meer over het diabetes steunpunt en de internetmogelijkheden.

Kaderopleiding diabetes

Eerste lichte huisartsen ontvangt diploma

Na twee jaar zwoegen was het eindelijk zover. Op 20 mei jl. werd de eerste kaderopleiding diabetes van het NHG afgesloten met een diploma-uitreiking aan de eerste lichte huisartsen. De feestelijke bijeenkomst vond plaats in de Domus Medica in Utrecht. Tijdens de tweejarige opleiding zijn de diabetes kaderhuisartsen onderwezen en opgeleid

in de diabetologie, *evidence based medicine* en ontwikkelingen op het gebied van de diabeteszorg. Daarnaast zijn vaardigheden als onderwijs geven, organiseren, onderhandelen en opzetten van kwaliteitsbeleid getraind. De kaderartsen kunnen voortaan als experts een voortrekkersrol vervullen in de eerstelijns diabeteszorg in Nederland.

Maar ze zijn natuurlijk in de eerste plaats huisarts en daarnaast kaderarts. Zij willen graag bijdragen aan een verbetering van de diabeteszorg in de eerste lijn, en niet als een soort specialist uitvoerder worden van die zorg. Op de LHV ledenvergadering van juni is besloten voor de kaderhuisarts diabetes een CHBB-register* te openen.

De tweede opleiding is inmiddels gestart.

* CHBB - *College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden*



OPPERHOOFD BRUINE HAND

Ergens in het Wilde Westen leefde het heetgebarde - doch vreedzame - volk der Pima indianen. Een Pima indiaan draagt de naam van zijn meest markante daad. Sissend Vuur introduceerde bijvoorbeeld de lucifer en Frisse Teen was de eerste indiaan met geurvreters. Ooit was hun onbetwiste leider het vermaarde opperhoofd Bruine Hand, toen nog Blanke Pit geheten, naar zijn ongeschonden blazozen. Opperhoofd Blanke Pit had zijn sporen ruim verdiend en in zijn riante tipi was het een komen en gaan van broeders die hem voor raad en advies consulteerden. Hij onderwees hoe men een bizon onbespied kon benaderen en de jonkies leerde hij de basispasjes van de regendans. Als een indiaan vertrokken was naar de eeuwige jachtvelden dan ging Blanke Pit voor in de ceremonie. Staand voor de totempaal sprak hij dan woorden van lof en troost. Uit het hoofd, want Blanke Pit kende alle indianen uit zijn stam van haver tot gort.

Op een dag, plots, moest het roer om. Volgens de jaarlijkse Vergadering van Opperhoofden konden best een aantal taken door anderen gedaan worden. Waarom zelf de verentooi controleren en de strijdkleuren aanbrengen als iemand met minder status en ervaring dat even goed kon? Bovendien, een echte leider verdeelt zijn taken maar blijft heersen. Zo kwam er een Praktische Ondersteuner voor onder meer paardenbeheer, strijdbijlonderhoud en in het bijzonder ook voor de persoonlijke hygiëne, erg belangrijk in indianenland. Blanke Pit was tevreden en gelukkig want hij had tijd over en hij dacht er zelfs over om een andere stam te confisqueren en zo zijn macht uit te bereiden.

Daarom trok hij op een dag ten strijde om de naburige stam der Karamel indianen aan te vallen. Helaas bleek toen pas dat jaren van afzijdigheid en afhankelijkheid van zijn Praktische Ondersteuners hem het vak verleerd hadden. Zelfs het reinigen van zijn achterste na het brengen der Grote Boodschap had hij uitbesteed aan een Praktische Ondersteuner die precies wist met welk gebladerte de billen van het Opperhoofd geschoond moesten worden. Onhandig en ontwend nam hij de oneervolle taak zelf maar weer ter hand om vervolgens met dezelfde hand zijn krijgers te dirigeren in de strijd naar de onvermijdelijke nederlaag.

En zo kwam het dat opperhoofd Blanke Pit sindsdien opperhoofd Bruine Hand genoemd werd.

Floris van de Laar, huisarts

Een duivels dilemma

Nieuwe middelen bij behandeling van type 2 diabetes mellitus

Dé leidraad voor de behandeling van type 2 diabetes is de NHG-Standaard. NHG standaarden geven in het stappenplan niet onmiddellijk een plaats aan ieder nieuw geneesmiddel. Dat is terecht, daarvoor is eerst harde klinische evidence vereist. Maar moeten we daarom altijd wachten met een nieuw middel tot het is opgenomen in het standaard stappenplan? Die vraag stond centraal tijdens de *Invitational Conference* voor speciaal in diabetes geïnteresseerde (kader)artsen, georganiseerd door de Stichting Langerhans. U leest een kort verslag van dit symposium, dat u wellicht helpt bij uw meningsvorming rond het gebruik van de nieuwe middelen.

door: Simon Verhoeven*



Bestaande middelen

Tijdens het symposium passeerden enkele 'gevestigde' groepen geneesmiddelen de revue. Metformine wordt algemeen gezien als het enige middel waarvan een reductie op macro- en microvasculaire eindpunten goed is onderbouwd. Dat kan niet gezegd worden van de SU-derivaten: in de UKPDS werd alleen een reductie op microvasculaire eindpunten bewezen. Tijdens het symposium werd de mythe ontzenuwd dat deze middelen leiden tot een snellere achteruitgang van de bèta-celfunctie. In de DREAM-studie bleek in een homeostatisch model voor β -celfunctie dat metformine, rosiglitazone en SU-derivaten aan elkaar gelijk zijn wat betreft de (on)mogelijkheid van de β -celfunctie preservatie. Prof. Dr. Henk Bilo wees er bij de TZD's op dat de voordelen met betrekking tot de glucosetolerantie weliswaar worden erkend, maar dat er ook punten van discussie bestaan, zoals de twijfel over een verhoogde kans op hart- en vaatziekte bij gebruik van rosiglitazone. Bilo relativeerde ook de PRO-actieve studie, want mogelijk biedt pioglitazone alleen een voordeel bij patiënten die een cardiovasculaire gebeurtenis hebben doorgemaakt en geen statine of acetylzuur gebruiken. Zorgelijk bij zowel rosi- als proglitazone is de vochtretentie die kan predisponeren tot hartfalen.

Nieuwe middelen

Is bij de nieuwere middelen zoals GLP-1 receptor agonisten en DPP-4-remmers de verhouding tussen het bloedglucoseverlagend effect en de neven-effecten dan beter in balans? Zeker het exenatide (een GLP-1 agonist) geeft aanleiding tot een klinisch belangrijke daling van het HbA1c en

gewichtsvermindering, maar de kans op gastrointestinale bijwerkingen is niet onaanzienlijk (10%). Ook de DPP-4 remmers geven een relevante daling van het HbA1c, zijn gewichtsneutraal, terwijl gastrointestinale effecten niet van grote betekenis zijn. Interessant is dat er bij beide nieuwe middelen aanwijzingen zijn voor een gunstig effect op het behoud van de bèta-celmasse. Het volledige bewijs hiervoor is echter nog niet geleverd in de klinische praktijk. Prof.dr. Joost Hoekstra en Dr. Adriaan Kooy waren van mening dat deze nieuwe middelen voor de toekomst zeer interessant kunnen zijn. Vooral daar waar andere middelen tekortschieten in het langdurig handhaven van een goede glucoseregeling, zijn er hooggespannen verwachtingen ten aanzien van deze nieuwe geneesmiddelen.

Hoe om te gaan met de nieuwe geneesmiddelen?

Discussieiders Wim de Grauw en Simon Verhoeven vatten de discussie - met forumleden prof.dr. Arno Hoes (hoogleraar Klinische epidemiologie & huisartsgeneeskunde), dr. Edmond Walma (huisarts-onderzoeker) en dr. Michaela Diamant (internist VUMC, A'dam) - als volgt samen: grote trials met klinisch relevante eindpunten zijn cruciaal, maar blijf kritisch bij de beoordeling hiervan. Wat is bijvoorbeeld de duur van de trial? Zijn ook 'ons type patiënten' ingesloten in de studie en niet alleen ideale jongere sportende diabeten? Heeft een middel echt therapeutische meerwaarde ten opzichte van een bestaand middel (bijvoorbeeld echt bewezen preservatie van de bèta-cel, veel veiliger)? Was de studie van voldoende lange duur om tot adequate veiligheid te besluiten? Is een effect op harde eindpunten (bijvoorbeeld overlijden) relevant? Men moet zich hierbij wel realiseren dat dit bij veel

klassieke middelen voor een deel ook nooit is aangetoond. Anders geformuleerd: moeten we wachten tot alles is bewezen en/of totdat een herziening van de NHG-Standaard beschikbaar is?

Aanbevelingen

Uiteindelijk blepitten de experts een voorzichtige tussenweg:

- Schrijf een nieuw middel, ook al lijkt het veelbelovend, uiterst prudent voor, dus alleen als u er met het NHG stappenplan niet uitkomt!
- Let daarbij op veiligheid en bijwerkingen.
- Begeleid een middel na introductie met een lange termijnpostmarketing studie onder onafhankelijke supervisie (bijvoorbeeld RIVM) - na marktintroductie.

NOOT

1. Simon Verhoeven is oud-huisarts, oud-DiHAG bestuurslid, en huidige bestuurslid Langerhans Stichting.
2. Voor meer informatie: www.diabetes2.nl. Klik in bovenste tabblad op <lezen> → powerpoint-presentatie (linkermerubalk), kies vervolgens: <Invitational Conference 2008>.
3. Stichting Langerhans is samen met het Diabetes Centre Zwolle bezig met het samenstellen van een database over evidence van oude en nieuwe middelen.

Colofon

Uitgave van de DiHAG, de Diabetes Huisartsen Advies Groep

De DiHAG nieuwsbrief verschijnt vier maal per jaar in een oplage van 13.000.

Redactie: Willem van Gerwen (hoofd-/eindredacteur), Inge Bobbink, Wim de Grauw, Daniel Tavenier, Mattees van Dijk, Peter Wessels, Marianne van Brederode

Redactie-adres: DiHAG, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. E DiHAG@nhg.org. T 030-2823500 F 030-2823501
I www.steunpuntdiabetes.nl

De DiHAG wordt financieel ondersteund door Astra Zeneca, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, LifeScan, Merck Sharp & Dohme, Novo Nordisk, Pfizer en Sanofi -aventis (unrestricted grant).

AGENDA 2008 - 2009

- | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 4-7 september - WONCA Europa, Istanbul | Huisartsen), Utrecht. In samenwerking met DiHAG |
| 8-11 september - EASD, Rome | 14 november - EADV Symposium, Nieuwegein |
| 6 november - 11e Utrechtse Diabetesdag (PAO) | 15 januari 2009 - DiHAG netwerkdag |

De meest actuele agenda-informatie vindt u op onze website www.steunpuntdiabetes.nl
Ook vindt u daar meer achtergrondinformatie over bovengenoemde onderwerpen.