

DiHAG

nieuwsbrief

Jaargang 11 | Nummer 1 | februari 2009 | **THEMA: PREVENTIE**

Diabetes Huisartsen Advies Groep 

DiHAG

Leeswijzer

Preventie staat centraal in deze nieuwsbrief. Wim de Grauw pleit voor een strikte regulering van de bloedglucose: hoe eerder hoe beter! Van meet af aan de bloedglucose goed behandelen lijkt beter dan een zeer intensieve behandeling op een later moment. Het EMD is daarbij goed bruikbaar bij screening naar DM type 2, aldus Erwin Klein Woolthuis. Paul Janssen concludeert in zijn proefschrift dat er meer aandacht zou moeten zijn voor mensen met pre-diabetes. En Corna van Tol legt uit wat het nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) inhoudt. Ze beschrijft de mogelijkheden die het NAD biedt voor verdere verbetering van de diabeteszorg (met name voor specifieke doelgroepen). Samenhang tussen preventie en zorg is daarbij een belangrijk uitgangspunt, en sluit aan bij de ambities van het ministerie van VWS.

Gewoontegetrouw onderwerpt Floris van de Laar alles in deze nieuwsbrief aan een kritische blik. Dat houdt iedereen scherp, zullen we maar zeggen...

Namens de redactie,
Willem van Gerwen

Inhoud

Leeswijzer	1
Goed begin is het halve werk?	1
Zorgstandaard centraal in Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD)	2
EMD goed bruikbaar bij opsporen van diabetes type 2	3
Lezersonderzoek	3
Preventie en de Postcodeloterij	3
Meer aandacht voor pre-diabetes	4
Agenda	4

Strikte regulering bloedglucosewaarden

Goed begin het halve werk?

Preventie is een sleutelbegrip geworden in de zorg voor mensen met diabetes mellitus type 2. Op de allereerste plaats is er natuurlijk toenemende maatschappelijke aandacht voor primaire preventie middels aandacht voor een gezonde leefstijl. Een dergelijke aanpak mag als *evidence based* worden beschouwd en blijkt effectiever dan interventie met geneesmiddelen. Ten tweede is er de secundaire preventie in de zin van vroegopsporing (*zie elders in deze nieuwsbrief*) en tot slot tertiaire preventie middels het voorkomen dan wel adequaat behandelen van micro- en macrovasculaire complicaties. Deze laatste vorm van preventie (tertiaire preventie van complicaties) heeft het accent in de diabeteszorg verschoven richting strikt cardiovasculair risicomangement.

door: Wim de Grauw

Diabetes mellitus lijkt soms verworpen tot een louter cardiovasculaire risicofactor. Hiermee is wellicht de indruk ontstaan dat de strikte behandeling van de diabetes mellitus zelf, in de zin van een strikte regulering van de bloedglucosewaarden, minder belangrijk is geworden. Recent gepubliceerd onderzoek heeft daar echter een nieuw licht op geworpen. Zoals bekend berust de *evidence* ten aanzien van de behandeling van de bloedglucosewaarden - zoals weergegeven in de NHG-standaard - in hoge mate op de resultaten uit de UKPDS (1998). De UKPDS toonde dat intensieve behandeling van hyperglycemie bij nieuw ontdekte patiënten met diabetes mellitus type 2 het risico op microvasculaire complicaties (nefro-, retino- en neuropathie) verlaagt, echter zonder het risico op macrovasculaire complicaties dan wel overlijden statistisch significant te verminderen. Dat alles na een gemiddelde follow-up van 10 jaar. Het resultaat viel eigenlijk een beetje tegen, het verschil in HbA1c tussen in-

tensief en niet intensief behandelde groep bedroeg bovendien 'slechts' 0.9%. Het resultaat van een aparte trial binnen de UKPDS met metformine bij mensen met overgewicht pakte wat beter uit. In de intensief met metformine behandelde groep versus de intensief niet met metformine behandelde groep daalde het absolute risico op enig diabetesgerelateerd eindpunt met ongeveer 25% én er was sprake van een significant verschil in de totale sterfte. Na het beëindigen van de UKPDS kregen alle ingesloten patiënten (zowel de intensief als niet intensief behandelde) dezelfde zorg: de standaard diabeteszorg conform Engelse richtlijnen. Wat bleek: na een jaar was het verschil in HbA1c verdwenen, maar tien jaar later was de groep die oorspronkelijk intensief behandeld aanzienlijk beter af!

Voorzichtige conclusie

In de oorspronkelijk intensief behandelde groep ontstond een statistisch significante daling in het optreden van enig diabetes gerelateerd

➔ Lees verder op pagina 2



eindpunt, microvasculaire complicaties, het risico op myocard infarct en totale sterfte¹. Zou de voorzichtige conclusie mogen zijn dat vroege intensieve behandeling van hyperglycaemie in het latere beloop een vermindering laat zien in het optreden van micro- en macrovasculaire complicaties? Een kleine kanttekening met betrekking tot mensen met een reeds bekende diabetes mellitus is hierbij op zijn plaats. Recent werd de *Accord* studie voortijdig gestopt vanwege een statistisch significant toegenomen totale sterfte in de groep waarbij een zeer strikte regulering van de bloedglucosewaarden werd nagestreefd, met als doel een HbA1c lager dan 6.0%. Het betrof mensen met een reeds bekende diabetes mellitus en een verhoogd cardiovasculair risico, dit in tegenstelling tot de UKPDS waarbij nieuw ontdekte mensen met diabetes werden ingesloten².

Van meet af aan de bloedglucose intensief behandelen lijkt derhalve een betere optie dan later alsnog zeer intensief. Goed begin toch het halve werk?

¹ Holman RR, Paul SH, Bethel A, Matthews DR, Neil AW. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Eng J Med* 2008;359:1577-1589

² The Action of Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 diabetes. *N Eng J Med* 2008;358:2545-59

Voorankondiging 6^e DiHAG Sterrencursus

Voor de 6^e maal organiseert de DiHAG een *Sterrencursus* voor huisartsen die een sterke interesse hebben in diabetes mellitus en een sleutelrol willen spelen in de diabeteszorg

Datum: Donderdag 11 juni (vanaf 14.00 uur) en vrijdag 12 juni (tot 17.00 uur).

Locatie: Hotel restaurant Oud London te Zeist.

Het programma bevat de volgende onderwerpen: kennistoets, pathofysiologie diabetes mellitus type 2, preventie, cardiovasculaire complicaties, nefropathie, retinopathie, diabetische voet, insulinothérapie, nieuwe middelen, organisatie diabeteszorg (waaronder ICT, DBC-financiering, zorggroepen, organisatie in de huisartspraktijk etc.).

Inschrijving of nadere informatie:
dihag@nhg.org

Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD)

Zorgstandaard staat centraal

Voor diabetes worden in de Preventienota van het ministerie van VWS hoge ambities neergezet. Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen en daarbij heeft 65% van de mensen met diabetes geen complicaties. Volgens schattingen van het RIVM zal het aantal diabetespatiënten in Nederland zonder ingrijpen in 2025 verdubbeld zijn. De Preventienota wijst met nadruk op het belang van goede ketenzorg vanwege de noodzakelijke samenhang tussen preventie en curatie en daarmee ook lokale inbedding hiervan bij een huisarts en/of zorggroepen. Het NAD (2009-2013) bevordert op landelijk niveau de omstandigheden, condities en instrumenten die bijdragen aan het realiseren van de ambities van het ministerie van VWS.

door: Corna van Tol, projectleider Nationaal Actieplan Diabetes (NDF)



studies. In het NAD is het aanbrengen van deze samenhang tussen preventie en zorg belangrijk uitgangspunt. Daarmee komen in het bijzonder ook hoogrisicogroepen in het aandachtsgebied van de zorgstandaard. En voor het andere spectrum van preventie (zorggerichte preventie, ofwel het voorkomen van erger) wordt bekeken of de zorgstandaard op dat vlak aanvulling heeft.

De NDF Zorgstandaard is inmiddels door de Diabetesvereniging Nederland 'vertaald' in een patiëntenversie (Zorgwijzer Diabetes), door minister Klink in december jl. in ontvangst genomen. De verschillende nieuwe addenda bij de NDF Zorgstandaard leiden tot aanpassingen of aanvullingen in deze Zorgwijzer.

Een complete en actuele standaard beschikbaar hebben wil nog niet zeggen dat deze ook in de praktijk wordt toegepast. In het NAD zijn vijf thema's en bijbehorende acties benoemd die de implementatie van de Zorgstandaard en het realiseren van de randvoorwaarden bij de betrokken partijen zoals huisartsen stimuleren en vergemakkelijken. Deze thema's zijn

1. Voorlichting en preventie
2. De positie van de patiënt
3. De organisatie en kwaliteit
4. De regelgeving en bekostiging
5. Het E-diabetesdossier & ICT-voorzieningen.

Op al deze terreinen gebeurt al veel. Het NAD richt zich op aansluiting bij wat er al gebeurt en brengt in kaart wat ontbreekt. In dat laatste geval worden acties geformuleerd, die overigens niet altijd vanuit het NAD worden uitgevoerd of gefinancierd. Allereerst wordt aansluiting gezocht bij de reguliere kanalen.

Meer informatie over het NAD is te vinden op www.diabetesfederatie.nl

De complete en actuele NDF Zorgstandaard staat centraal in het NAD. Deze standaard (geactualiseerd in 2007) legt het fundament voor goede diabeteszorg en diabetespreventie in ons land. De zorgstandaard is nu gericht op de behandeling van mensen met diabetes type 2. Dit is weliswaar ongeveer 90% van het aantal mensen met diabetes, maar completering met diabetes type 1 is nodig en ook voor jeugdigen is een specifieke aanpak wenselijk. Daarnaast zijn voor bepaalde doelgroepen, zoals vrouwen met zwangerschapsdiabetes, allochtone patiëntengroepen en voor cliënten in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, specifieke richtlijnen nodig.

Wat verandert er ?

Tot nog toe is de NDF Zorgstandaard gericht op de hoofdlijnen van behandeling en daarmee dus



niet op (primaire) preventie. Dat preventie effectief is om diabetes en complicaties te voorkomen is gebleken uit een aantal internationale

Elektronisch Medisch Dossier

Goed bruikbaar bij screening naar diabetes type 2

De prognose van diabetes is te verbeteren door vroegtijdige opsporing en behandeling. Hoewel onvoldoende bewezen, is dat toch een gedachte die steeds meer leeft onder (eerstelijns) zorgverleners. De NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2' geeft de huisarts het advies drie keer per jaar het bloedglucosegehalte te bepalen bij personen ouder dan 45 jaar met risicofactoren voor onontdekte diabetes - hieronder verstaan we (o.a.) hypertensie, hart-/vaatziekten, hypercholesterolemie, obesitas en een belaste familieanamnese.

door: Erwin Klein Woolthuis, huisartsonderzoeker



Om patiënten met risicofactoren op een systematische manier op te sporen zou het EMD van de huisarts gebruikt kunnen worden. Hierin wordt namelijk op een structurele manier per patiënt informatie bijgehouden over onder andere medische voorgeschiedenis en medicijngebruik. Het feit dat in

Nederland patiënten, veelal gedurende een langere periode, bij een vaste huisarts staan ingeschreven is daarnaast een waarborg voor de continuïteit van zo'n opsporingsmethode.

Dit is onderzocht in de Diabscreenstudie, waarbij in elf huisartsenpraktijken op basis van in het EMD beschikbare informatie – diagnoses (ICPC-codes en ruiters) en medicatie (ATC-codes) – aan alle 45-75-jarigen een risicolabel werd toegekend: hoog (één of meer risicofactoren)

of laag risico.¹ Gedurende een jaar werd tijdens gewone spreekuurcontacten dit risico gecontroleerd en zo nodig aangepast. Patiënten met een hoog risico werden uitgenodigd voor een capillaire nuchtere bloedglucose. Van de 14.457 patiënten van 45-75 jaar waren 876 (6%) al bekend met diabetes. Van de resterende patiënten had 28% één of meer risicofactoren voor onontdekte diabetes in het EMD (hypertensie, hart-/vaatziekten, hypercholesterolemie en/of obesitas). Van de laagrisicopatiënten bleek bij navraag de helft alsnog risicofactoren te hebben, met name gold dat een positieve familieanamnese en/of obesitas. De opkomst voor de bloedglucosemeting was 90%.

Conclusie

Het EMD in de huisartsenpraktijk bleek goed bruikbaar bij het opsporen van patiënten met een hoog risico voor onontdekte diabetes. Mits goed bijgehouden - met name familieanamnese en obesitas - kan met het EMD screening naar diabetes tijdens gewone spreekuurcontacten snel en effectief in gang gezet worden.

¹ Klein Woolthuis EP, de Grauw WJ, van Gerwen WH, et al. Identifying people at risk for undiagnosed type 2 diabetes using the GP's electronic medical record. *Fam Pract.* 2007; 24: 230-6.

Lezersonderzoek

Tijdens het laatste NHG-congres in Rotterdam hebben wij uw mening gevraagd over de DiHAG nieuwsbrief, in de vorm van een bescheiden lezersonderzoek. De eerste resultaten waren bemoedigend. Het bleek dat ruim de helft van de respondenten de DiHAG nieuwsbrief kent. Zij gaven ons een ruime 7 als rapportcijfer. Het ging daarbij om inhoud, afwisseling, themakeuze, leesbaarheid, overzichtelijkheid, layout en foto's. Negatieve uitschieter daarbij was het aspect afwisseling (gemiddeld rapportcijfer 6.5). Maar dat heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat we telkens kiezen voor een bepaald thema - in dit nummer is gekozen voor het thema preventie.



Doe mee en win een VVV-bon!

Omdat lang niet alle NHG-congresgangers de enquête hebben ingevuld, is het zeker geen representatief lezersonderzoek. Daarom willen we u vragen alsnog aan ons onderzoekje mee te doen. U kunt dat doen door op onze website

PREVENTIE EN DE POSTCODELOTERIJ

Van preventie in de huisartspraktijk krijg ik een enorm Postcodeloterijgevoel. Waarom? Drie redenen. Ten eerste kun je er niet omheen. Kijk uit, want je kunt zomaar die miljoenenjoekel op je knar krijgen! Ook Preventie is overal. We worden al gemaand niet te roken, met mate te drinken, veilig te rijden, de hielen te prikken, de borsten te klieken, de baarmoederhalzen te strijken en de kleintjes te vaccineren. En als het aan de voorhoede van de preventiestrijdkrachten ligt zullen we weldra precies weten hoe zoet en hoe hartig ons bloed is, hoe hoog de bloeddruk is en of onze darm nog op orde is.

Ten tweede is niemand geïnteresseerd in winnen. Het gaat allemaal om *niet verliezen*, en dat verschil is essentieel. Natuurlijk zijn de goede doelen van de Postcodeloterij een nobel motief, maar het draait *bottom-line* gewoon om angst en vrees. Want wie wordt nu nooit zweetend wakker met de gedachte dat de postcodekanjer van vele miljoenen aan de buurvrouw wordt uitgereikt, terwijl je eigen centjes vroom bij de Postbank staan te verpieteren. Een gewaarschuwd mens telt voor twee, dus hup naar de brievenbus. Zo gaat het ook in de Preventieloterij. Sterker nog, daar is nog nooit een prijs uitgereikt. Of hebt u ooit Winston Gerschtanowitz zien aanbellen bij diegene die dankzij preventie *geen* hartinfarct kreeg? Er is dus niets te winnen, alleen maar te verliezen, en wel de hoofdprijs: je gezondheid.

En ten derde krijg ik steeds het idee dat er andere mensen beter van worden dan waar het eigenlijk voor bedoeld zou moeten zijn. Of doen Beau van Erven Dorens met zijn *showbizcrew*, de loterijnotarissen en al die bestuurders van al die goede doelen het helemaal voor nopp? Genoeg spelers met genoeg strijkstokken met genoeg belangen. En wie zitten er achter al die publiciteit voor het (medicamenteus) behandelen van allerlei risicofactoren? En wie kan me uitleggen wat we anders met die euro hadden gedaan die nu in de zoveelste diabetescontrole gestopt wordt?

De eerste slachtoffers in de Postcodeloterij zijn al gevallen. Een vrouw uit Heusden klaagde de loterij aan wegens psychische schade die zij opliep nadat haar hele straat miljonair werd, terwijl zij geen lot had. De eis werd afgewezen. Toch vrees ik de dag dat ik me moet verantwoorden voor het ontnemen van leefplezier door al mijn pillen, leefregels en controleverplichtingen. In de tussentijd koop ik toch maar een Postcodelot. Je weet immers maar nooit...

Floris van de Laar, huisarts

(www.steunpuntdiabetes.nl) een korte vragenlijst (7 vragen) elektronisch in te vullen. Dat invullen duurt zeker niet langer dan 3 minuten. Als u daarbij ook uw emailadres invult maakt u kans op een VVV-bon ter waarde van € 50,-. Met dank voor uw medewerking gaan wij op weg naar minimaal een acht als rapportcijfer!

De redactie

Zoeken op het web

Elektronische hulp tijdens het spreekuur

Op de huisartsenpost zie je onderaan je scherm vaak allerlei sites open staan. FthK, NHG standaarden, patiëntenbrieven en wat al niet meer. Vindt u dat ook zo onhandig? Een goede andere oplossing is een bezoekje aan de sites www.spreekuurassistent.nl, www.prescriptor.nl of www.digitalis.nl. En er is natuurlijk onze eigen site, www.steunpuntdiabetes.nl. Maar die kent u al...

door: Peter Wessels

Klik je bij spreekuurassistent.nl op PROBLEEMINFO dan vind je bij de T van endocrien uiteraard de directe links met DiHAG en diabetes2.nl. Maar ook vind je hier de links voor Cockcroft en MDRD (nierfunctie bepalingen) en natuurlijk de UKPDS Risk-engine. Allemaal hulpmiddelen die te downloaden zijn naar je desktop. Onder de R

(luchtwegen) vind je ook de link naar CaHAG site. Onze vrienden van de CaHAG hebben hier bijvoorbeeld een link naar hun *themapagina astma copd* waar alles praktisch bij elkaar staat. Als DiHAG weten we wat ons te doen staat...

Mocht je op een andere manier snel en effectief iets willen opzoeken maak dan gebruik van

Prescriptor (www.prescriptor.nl) of kijk op de site www.digitalis.nl. Laatstgenoemde site kent een allerprettigste helpdesk die je via inbellen razend snel helpt. Prescriptor is gevuld met het NHG-formularium, maar met bijbetaling krijgt je er zo 'Nijmegen' of het Etas-formularium bij. Mocht een van u een interessante tip hebben, aarzel niet om mij dat te melden: p.wessels@xs4all.nl.



Voor u gelezen...

Meer aandacht voor mensen met pre-diabetes

"Opsporing van mensen met ongediagnostiseerde type 2 diabetes kan beter gebeuren door case-finding in de huisartsenpraktijk dan door populatie-screening." Dat is de conclusie die Paul Jansen trekt in zijn proefschrift *Screening for type 2 diabetes in general practice*. Hij analyseerde gegevens van 79 huisartspraktijken waarbij bijna 57.000 personen tussen 50 en 70 jaar werden uitgenodigd voor screening op type 2 diabetes. Zij vulden een vra-

genlijst in en bij een score boven een bepaald niveau werd de bloedglucose bepaald. Bij 586 personen (1.0%) werd diabetes gediagnosticeerd, bij 1011 personen (1.8%) 'pre-diabetes'. Patiënten met diabetes mellitus type 2, maar ook personen met *pre-diabetes* hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Echter, personen met *pre-diabetes* worden na screening onvoldoende gecontroleerd voor hun cardiovasculaire risicofactoren. Zijn conclusie: er is meer aandacht nodig voor mensen met *pre-diabetes*. Janssen pleit voor striktere controle en behandeling. Spectaculaire verbetering van het risicoprofiel voor hart- en vaatziekten is op die manier realiseerbaar in de huisartspraktijk. Dit is uitvoerbaar, zo blijkt, zonder de kwaliteit van leven aan te tasten.



Bron: Proefschrift: Screening for type 2 diabetes in general practice van Paul G.H. Janssen - ISBN nummer proefschrift: 978-90-393-4846-8. Voor een samenvatting van dit proefschrift, zie www.steunpuntdiabetes.nl

Afscheid en vacature

Na vele jaren lid te zijn geweest van de redactie van de DiHAG nieuwsbrief heeft Marianne van Brederode besloten hiermee te stoppen. Zij heeft al die tijd met veel kennis en enthousiasme meegewerkt aan de totstandkoming van onze nieuwsbrief. Wij waarderen zeer wat zij voor de DiHAG-nieuwsbrief heeft betekend en willen haar bedanken voor haar jarenlange belangeloze inzet.

Met het vertrek van Marianne is er een vacature ontstaan. Belangstellenden worden verzocht contact op te nemen met de redactie via dihag@nhg.org.

De redactie

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 (eindredactie), Wim de Grauw, Daniel Tavenier, Mattees van Dijk, Peter Wessels

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 2009

30-01-2009 Masterclass diabetes kaderartsen, Brummen

24-03-2009 NDF conferentie Diabetes en depressie, Nieuwegein

15-05-2009 Masterclass diabetes kaderartsen, Brummen

11-06-2009 6e DiHAG Sterrencursus, Zeist

24-06-2009 Langerhans symposium: Diabetes op oudere leeftijd

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