

# DiHAG

## nieuwsbrief

Jaargang 11 | Nummer 4 | november/december 2009 |

THEMA: DIFFERENTIATIE/GENERALISATIE

Diabetes Huisartsen Advies Groep 

### DiHAG

## Leeswijzer

De ene generalist is de andere niet! In het generalistische vak van huisarts kan het daarom heel nuttig zijn als er iemand in je omgeving is die over een bepaald onderwerp meer weet (en kan) dan jijzelf: de kaderarts. Zo iemand kun je consulteren, als je er zelf niet uitkomt. Daniel Tavenier schetst het belang van deze kaderarts. Over het fenomeen huisarts als mini-specialist doet ook columnist Floris van de Laar een boekje open. Hij vergelijkt de huisarts met een mossel. Vergezocht? Leest u zelf!

Diabetes kaderartsen bezochten het EASD-congres in Wenen, en belichten voor u hun *highlights*. Dat betekent een *DiHAG* nieuwsbrief met veel inhoudelijke informatie over de behandeling van mensen met diabetes. Voor meer informatie over het EASD-congres kijkt u op [www.steunpuntdiabetes.nl](http://www.steunpuntdiabetes.nl).

Meggy van Kruisdijk maakt zich zorgen over de basis: de kwaliteit van het diabetesonderwijs aan toekomstige huisartsen. De *DiHAG* is hierover in gesprek met diverse opleidingsinstellingen.

Tot slot verwelkomen we een oude bekende in ons midden: huisarts Ymte Groeneveld was eerder lid van de redactie van deze nieuwsbrief, en keert met ingang van dit nummer terug in die rol!

Namens de redactie, Willem van Gerwen

## Inhoud

Leeswijzer	1
Generalisatie en differentiatie	1
Column: De Mossel	2
EASD congres in Wenen	2
Ymte Groeneveld stelt zich voor	3
Het belang van diabetesonderwijs aan toekomstige huisartsen	4

Zorg voor opdeling huisartsenzorg niet terecht!

## Generalisatie en differentiatie: de diabetes kaderarts

**In mei 2008 krijgt de eerste groep kaderartsen diabetes in de Domus in Utrecht het certificaat uitgereikt. Inschrijven in het register van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) is dan echter nog niet mogelijk. De ledenvergadering van de LHV heeft twijfels over weer een nieuwe lijst in dit register. Er is ook verwarring over wat nu precies kaderartsen zijn, kun je die bijvoorbeeld gelijkstellen met de EKC-ers, de Erkend Kwaliteits Consulenten, of artsen die een oogcursus hebben gedaan? Er is bezorgdheid voor versnippering en het ontstaan van specialisten binnen de huisartsgeneeskunde. Is deze zorg terecht?**

door: Daniel Tavenier

De huisarts is een generalistisch werkende professional in de eerste lijn, hij werkt binnen de context van de patiënt, en is diens belangrijkste adviseur. Aandacht voor de hele(nde) patiënt is de grote kracht van de huisarts. Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen die vragen om differentiatie. De toenemende kennis is nauwelijks meer bij te houden. Als huisarts moet je 'van heel veel voldoende' weten om je vak goed te kunnen uitoefenen. Maar je kunt niet alles weten...

De ontwikkeling van functionele bekostiging die nu op ons af komt vormt een uitdaging voor de huisarts. Functionele bekostiging heeft de dreiging in zich de zorg op te delen naar ziekten. Juist dat staat haaks op het wezen van de huisartsgeneeskunde, noem het contextgeneeskunde. Voor de huisarts is de insteek eerst de (hele) patiënt en dan zijn ziekte. Functionele bekostiging is echter ziektegeoriënteerd en gaat daarbij uit van het idee dat niet per se de huisarts deze zorg hoeft te bieden. Versnippering is het gevolg en het is de chronisch zieke patiënt die daarvoor de rekening betaalt!

Een antwoord hierop kan differentiatie zijn, bijvoorbeeld door de inzet van kaderartsen. Zij versterken de eerste lijn en hebben een aanvullende opleiding op een bepaald deelgebied, bijvoorbeeld diabetes. Zij



zijn dan ook als geen ander in staat ondersteuning te bieden aan collega-huisartsen en hun praktijken. Kaderartsen zijn geen mini-specialisten, zij willen ook helemaal niet het deel van de zorg waar zij meer van weten naar zich toe trekken.

### Valkuil

Je kunt niet verwijzen naar een kaderarts als je er als niet-kaderarts met je patiënt niet uitkomt. Je kunt kaderartsen wel consulteren. Het zijn immers huisartsen die zelf generalistisch werken, maar op een deelgebied hun collega's ondersteunen en in hun regio actief zijn in bijvoorbeeld zorggroepen. Een van de valkuilen van de zorggroepen is dat we mogelijk de functionele bekostiging over ons afroepen. Kaderartsen kunnen die ontwikkeling in zorggroepen kritisch volgen en ervoor zorgen dat het generalisme behouden blijft. Immers, de kaderarts heeft door zijn wetenschappelijk scholing juist oog voor de breedte!

De zorg van de LHV-ledenvergadering was gelukkig niet terecht. Integendeel, met de komst van kaderartsen wordt de eerste lijn versterkt. Zo wordt een extra garantie gegeven dat de eerste lijn de zorg voor patiënten in de volle breedte kan blijven uitvoeren.

Het register voor diabeteskaderartsen is er uiteindelijk dus toch gekomen!

## De Mossel

Huisarts en differentiatie. Onwillekeurig moet ik aan de mossel denken. Als middelbare scholier mocht ik er ooit eens een ontleden en sindsdien heb ik een fascinatie voor het diertje. Telkens als ik weer een blauwe bak met Zeeuwse zeevruchten uit de Albert Heijn haal raak ik weer verwonderd door de simpele schoonheid van de mossel. Niets aan een mossel is overbodig: twee schelpjes en daartussen een sappig lijfje dat slechts geschikt is om zich op de plaats houden en om water op zuurstof en plankton te filteren. Hij kan dan niet veel, maar wat 'ie kan dat kan 'ie dan ook ontzettend goed. Je mag dus wel zeggen dat de mossel een echte specialist is.

Ergens in de evolutie is er dus een moment geweest dat een onnipotent zeebeestje besloot om mossel te worden. Zou hij dat zelf besloten hebben, of zouden de omstandigheden hem ertoe gedwongen hebben? Waarschijnlijk het laatste, tenminste als ik Darwin goed begrepen heb. Het kan niet anders of de mossel moet deze evolutionaire gang van zaken betreuren. Stel je ligt op een mosselbank de hele dag je secure filterwerk te doen, dan wil je toch ook wel eens wat anders? Een keertje zwemmen bijvoorbeeld, of achter de garnalen aan, of gewoon een tijdje dobberen op de golven. Bovendien, je weet bij God niet wat er eigenlijk allemaal aan de hand is in de rest van de zee, laat staan daarbuiten. De mossel moet dan ook wel een tamelijk verwrongen wereldbeeld hebben. Want als je levenswerk bestaat uit het filteren van water, dan zit je niet te wachten op een relativerende bespiegeling over de plaats van plankton in de voedselketen of de snelheid waarmee walvissen hetzelfde kunstje flikken.

Nu lijken de omstandigheden de huisarts te dwingen om zich verder te evolueren in een soort mini-specialist. Gek eigenlijk, want specialisten hebben we al lang en er zijn best goede bij. Moet de huisarts niet gewoon het gelukkige indifferente visje blijven en kan de specialist zich niet beter een beetje meer in de richting van huisarts ontwikkelen? Er lijkt namelijk geen weg terug. Vraag het de mossel maar.

Floris van de Laar, huisarts

## EASD congres in Wenen Onze highlights

**Veertien diabeteskaderartsen in opleiding bezochten onlangs in Wenen het congres van de European Association for the Study of Diabetes (EASD). Dit spektakel voor diabetologen en in diabetes geïnteresseerde zorgverleners trok maar liefst 18.000 belangstellenden uit bijna 100 landen! In drie dagen trokken ongeveer 1500 presentaties aan ons voorbij, variërend van onderzoeken bij proefdieren op celniveau tot grote randomised clinical trials met impact voor de diabetespatiënt in de Nederlandse huisartspraktijk. Dit alles vond plaats in een immens congrescentrum, zo groot dat de zalen soms op tien minuten loopafstand van elkaar waren. Er kwam veel Nederlandse kennis over het voetlicht: het bezette de zesde plek in de wetenschappelijke pikorde.**

door: Jacqueline Berends en Jan Hein van Embden  
Andres, diabetes kaderartsen i.o.

Vooraf de discussie over het voorkomen van diverse vormen van kanker bij diabetespatiënten maakte op ons veel indruk. Het is een onderwerp dat sinds kort volop in de belangstelling staat. Aanleiding daarvoor is een Duitse bijdrage aan *Diabetologia*, het tijdschrift van de EASD, over mogelijke samenhang tussen insuline glargine en kanker. Er waren al langer aanwijzingen voor een verband tussen diabetes en diverse vormen van kanker (met name colorectaal, endometrium en borstkanker). En dat bij eenmaal vastgestelde kanker het percentage patiënten met diabetes dat in remissie komt, lager is. Opvallend feit daarbij: patiënten met insuline lopen méér risico, patiënten op metformine juist minder.



Jacqueline Berends en  
Jan Hein van Embden Andres

### Boodschap voor de werkvloer

Bij de ontrafeling van dit verschijnsel bleek dat het insulinemolecuul twee soorten receptoren activeert: de insuline receptor en de IGF-receptor die celgroei stimuleert. Een toestand van hyperinsulinisme kan dan samengaan met een algemene hyperstimulatie van celgroei. Op deze wijze kan de gunstige rol van metformine (*vermindering van insulineresistentie en verlaging van insulinebehoefte*) verklaard worden. Na het bekend worden van het Duitse onderzoek heeft Edwin Gale, hoofdredacteur van *Diabetologia*, aan onderzoekers in Zweden, Schotland en Engeland gevraagd om dit fenomeen in de nationale databases nader te onderzoeken. De resul-

## DM, hypertensie en mortaliteit

Algemeen wordt aangenomen dat hypertensie het al aanwezige hoge cardiovasculaire risico van patiënten met DM2 verhoogt. Maar het precieze verband tussen een verhoogde bloeddruk en mortaliteit bij DM2 blijft onduidelijk. De Zodiac-2 studie geeft enig licht in de duisternis, aldus onderzoeker Hans van Hateren in zijn bijdrage tijdens het EASD-congres: bijna 900 eerstelijns type 2 diabeten van 60 jaar en ouder werden verdeeld in twee leeftijdsgroepen: 60-75 jaar en 75 jaar en ouder. Beide groepen werden bijna zes jaar gevolgd. Voor de 75+ groep

met een systolische bloeddruk <140 mmHg was de mortaliteit 76 %, bij een systolische bloeddruk > 170 mmHg was in dezelfde groep de mortaliteit 50%. In de leeftijdsgroep 60-75 jaar was dit effect niet zichtbaar.

*Conclusie:* Bloeddruk lijkt een omgekeerd evenredig verband te hebben met sterfte bij oude patiënten met DM type 2! Een bekende risicofactor als hypertensie gedraagt zich blijkbaar anders bij verschillende leeftijdsgroepen, in dit geval opvallend anders bij de 75+ groep.

## HbA1c: hoe lager, hoe beter?

door: Fokke Meinsma

Er werd tijdens de EASD uitgebreid gediscussieerd over postprandiale bloedsuikers (PPG). De laatste tijd wordt er meer en meer gesproken over het risico dat de PPG's zouden vormen voor cardiovasculaire events. Waar moeten we nu op varen? Op de nuchtere bloedsuiker, het HbA1c of de PPG? Ferrannini stelt dat het HbA1c een sterke relatie met cardiovasculair risico heeft en dat binnen dit HbA1c de nuchtere bloedsuiker een veel sterkere bijdrage vormt dan de PPG (85 tegen 15 %). Het laatste woord is hierover nog niet gesproken. In 2008 en 2009 hebben de resultaten van drie grote studies (ACCORD, VADT en ADVANCE) er voor gezorgd dat het wetenschappelijke bewijs voor verdere verlaging van het HbA1c tot beneden de 6,5% op losse schroeven is komen te staan. Deze studies leveren geen overtuigende argumenten voor het streven naar een HbA1c-gehalte lager dan de 7%-waarde, voor wat betreft de macrovasculaire complicaties binnen de 5 jaar. Analyse door de ADA, de American Diabetes Association, toonde aan dat (hoge) leeftijd, diabetesduur, macroalbuminurie, gewichtstoename en nierfunctiestoornis de beste voorspellers voor macrovasculaire sterfte waren. Ook hypoglycemieën veroorzaken

taten uit de vier landen wijzen op de eerder beschreven rol van insuline, maar een specifiek effect van glargine in negatieve zin lijkt minder waarschijnlijk.

Opnieuw een duidelijke boodschap voor iedere behandelaar: behandeling met een middel moet pas plaatsvinden na een gedegen afweging van alle voor- en nadelen.

### Taak kaderartsen

Diabeteskaderartsen vinden het belangrijk om nieuwe wetenschappelijke inzichten te vertalen naar de alledaagse praktijk. Een algoritme voor de behandeling van type 2 diabetes zal daarom voortdurend aan veranderingen onderhevig zijn. De huidige nieuwe middelen, met name GLP-1 analogen, zijn veelbelovend. Maar harde eindpunten ten aanzien van morbiditeit en mortaliteit ontbreken vooralsnog.

Een relativerende houding in het 'najagen' van scherpe streefwaarden lijkt bij de oudere patiënt vanaf 65 jaar gerechtvaardigd. Gebruik je gezonde verstand bij de individuele patiënt. Diabeteszorg is immers zorg op maat!

### Persoonlijk nootje

Als kaderartsgroep kunnen we terugblikken op een boeiend congres. Veel geleerd, veel gerela-



een aanzienlijk verhoogd risico op cardiovasculaire events en –sterfte. Tegen deze achtergrond pleiten de nieuwste richtlijnen van de ADA en EASD voor een HbA1c-streefwaarde van 7,0%. Artsen overschatten overigens vaak de 'benefit' van hun medicamenteuze beleid en onderschatten de mogelijke bijwerkingen. Waar artsen rekenen op enkele jaren gezondheidswinst, laat de *risk engine* slechts een winst van enkele maanden zien. Hoewel maatregelen ter verdere verlaging van het HbA1c niet altijd duur zijn, zijn de kosten per *qaly* (de *Quality Adjusted Life Years*) hoog. De uitkomst laat zich misschien het best beschrijven met een stelling: "Wie wil weten hoe goed een patiënt met diabetes is ingesteld, moet vragen naar de bloed-

tiveerd. En naast het wetenschappelijke programma waren er veel (minstens zo interessante) wandelgangendiscussies!

## MHR en middelomtrek



Een nieuwe uitkomst van het grote, prospectieve ADVANCE onderzoek: niet het BMI, maar markers van centrale obesitas, zoals middelomtrek of MHR (middel heup ratio), hebben een duidelijk verband met cardiovasculair risico bij de oudere patiënt met DM2. Middelomtrek of MHR als voorspeller verdienen dus de voorkeur.

## Wetenschap en marketing

door: Barry van der Steen

Veelbesproken tijdens de EASD was een vergelijkend onderzoek naar twee nieuwe middelen. De studie was gefinancierd door een fabrikant van een van de twee geneesmiddelen. De gepubliceerde onderzoeksresultaten lieten zien dat het middel van die fabrikant qua effect, gebruiksgemak en bijwerkingen het beste uit de bus kwam. Maar het betrof een niet geblindeerde studie, waaraan ook methodologisch nogal wat schort. Is dit wetenschap of marketing? Waren de resultaten ook ter publicatie aangeboden indien ze minder gunstig voor de opdrachtgever waren geweest? Feit is dat er nieuwe veelbelovende middelen op de markt komen die erg welkom zijn bij de behandeling van diabetes. Maar zolang nog niet alle 'ins en outs' bekend zijn moet er kritisch worden gekeken naar wat er bekend en gepubliceerd is over die nieuwe middelen, en de lange termijn-effecten.

### Nieuw redactielid

## Ymte Groeneveld stelt zich voor

"Ik ben huisarts in Leiden en coördinator van de NHG kaderopleiding diabetes. Jaren geleden was ik dat ook al, lid van de redactie van de DiHAG nieuwsbrief, destijds onder leiding van Henk van Dam. Mijn diabetes-CV begon in 1994. Het lokale laboratorium wilde een Diabetesdienst aanbieden, die de huisarts alle diabeteszorg uit handen zou nemen. In mijn promotieonderzoek onderzocht ik of dit beter ging dan de bestaande zorg. De conclusie in mijn proefschrift (2000): gestructureerde zorg is vooral goed is voor mensen die slecht zijn ingesteld."



"In 1996 richtten we de DiHAG op om de kwaliteit van de eerstelijns diabeteszorg te verbeteren en de rol van de huisarts te versterken. Guy Rutten vroeg me in 2005 de tweejarige kaderopleiding vorm te geven. De eerste groep kader-

→ Lees verder op pagina 4

cursisten begon in april 2006. Het is een stevige opleiding en niet alle cursisten hebben de opleiding afgemaakt. De volhouders zijn ingeschreven in het CHBB register. Ze hebben bijna allen (betaald) werk in een diabeteszorggroep. Het-

zelfde geldt ook voor de tweede groep kaderartsen, terwijl ze pas in het voorjaar van 2010 afstuderen. Dan start de derde opleiding! (Info: e.m.blijleven@umcutrecht.nl).  
"Binnen de redactie wil ik uiteraard aandacht

vragen voor de kaderopleiding. Daarnaast denk ik dat we moeten werken aan meer individueel maatwerk met behoud van de kwaliteitsverbetering die de NHG-Standaard tot stand heeft gebracht."

## Het belang van diabetesonderwijs aan toekomstige huisartsen

**Begin dit jaar verscheen in H&W een commentaar op een onderzoek waarbij artsen-in-opleiding (aios) werd gevraagd naar hun ervaringen met het diabetesonderwijs. Belangrijkste conclusie: aios worden zeer 'wisselend' onderwezen op het gebied van diabetes en de zorg voor mensen met diabetes. In de meeste gevallen is diabetes onderdeel van het onderwijsprogramma *chronische ziekten*. Afhankelijk van de interesse van de groep worden aspecten die een rol spelen bij *disease management* besproken aan de hand van één chronische aandoening. Dat kan diabetes zijn, maar ook copd of reuma. Bij het ene opleidingsinstituut wordt diabetesonderwijs gegeven door de groepsbegeleider, elders wordt hiervoor een diabeteskaderarts ingeschakeld. Soms worden internisten en diabetesverpleegkundigen betrokken bij het onderwijs.**

door: Meggy van Kruijsdijk, voorzitter commissie onderwijs en praktijkondersteuning

Wat is nu het belang van diabetesonderwijs? Hooft het wel in het onderwijsprogramma thuis? De DiHAG beantwoordt deze vraag met een volmondig ja. Daar zijn een aantal redenen voor aan te voeren. De huisarts van de toekomst is in toenemende mate ook manager, hij stuurt immers diverse praktijkmedewerkers aan. Juridisch en tuchtrechtelijk is de huisarts aansprakelijk voor de in zijn praktijk geleverde zorg. De praktische diabeteszorg wordt in hoge mate geleverd door de praktijkondersteuner (POH-er). Om de POH-er aan te sturen moet de huisarts uiteraard weten wat goede zorg inhoudt. De huisarts hoeft deze zorg niet per se zelf te verlenen. Neem het voorbeeld van het voetonderzoek. De huisarts hoeft de voet niet daadwerkelijk 'ter hand te nemen', maar hij moet wel weten wat afwijkende bevindingen zijn, hoe deze lege artis worden vastgesteld en wat hij moet doen bij afwijkende bevindingen. De DiHAG is in gesprek met de diverse universi-

taire opleidingsinstituten. Wij bieden hen onder meer een podium waar zij de onderwijsprogramma's onderling kunnen uitwisselen en deze zonodig in overleg met elkaar en met ons kunnen verbeteren. Daarnaast stelt de DiHAG criteria vast waar de opleidingen aan moeten voldoen. Daarbij onderscheiden we de deelgebieden kennis, praktijkervaring, management, samenwerking en arts-patiënt communicatie.

### Ervaring telt!

Naast de aandacht voor de opleiding aan de instituten blijft natuurlijk de opgedane ervaring in de opleidingspraktijken van groot belang. Er zijn grote verschillen in de mate waarin aios praktische diabeteszorg leveren. De DiHAG is van mening dat dit niet mag afhangen van toevallige omstandigheden in de opleidingspraktijk. In de eerder aangehaalde enquête gaf 33% van de aios aan meer diabetespatiënten te willen zien. Aios willen, kortom, een deel van het



Meggy van Kruijsdijk

spreekuur overnemen van de praktijkondersteuner.

Vanuit de opleiding dienen op dit terrein enige eisen gesteld te worden aan de opleidingspraktijk. Daarbij kan gedacht worden aan het zelf begeleiden van een minimum aantal patiënten, als consulent functioneren voor de POH, diens spreekuur nabespreken, een minimum aantal jaarcontroles zelfstandig verrichten, kennis nemen van de regionale ketenzorgmodellen en adequaat handelen bij complicaties. Op deze wijze wordt de huisarts van de toekomst beter voorbereid op de zorg voor de patiënt met diabetes!

## 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, Ymte Groeneveld

**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 AstraZeneca, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Merck Sharp & Dohme, Novo Nordisk, Pfizer en sanofi -aventis (unrestricted grant).

## AGENDA 2009-2010

<b>18 nov. 2009</b>	<b>Terugkomdag DiHAG Sterrencursus</b> , Domus Medica, Utrecht
<b>24 nov. 2009</b>	<b>PRISMA symposium over diabeteseducatie</b> , VuMC Amsterdam.
<b>7 dec. 2009</b>	<b>PAOG cursus: Screening op Diabetische Retinopathie</b> , VuMC Amsterdam
<b>26 mrt. 2010</b>	<b>Nationale Diabetes Dag</b> , Jaarbeurs, Utrecht
<b>08 april 2010</b>	<b>Langerhans Insulinedag</b> , Reehorst, Ede
<b>20-24 okt. 2010</b>	<b>EASD conferentie 2010</b> , Stockholm, Zweden

De meest actuele agenda-informatie vindt u op onze website [www.steunpuntdiabetes.nl](http://www.steunpuntdiabetes.nl)  
Ook vindt u daar meer achtergrondinformatie over bovengenoemde onderwerpen.