

# DiHAG

## nieuwsbrief

Jaargang 12 | nr 1 | mei 2010 |

THEMA: *DiHAG* nieuwe stijl

De eerste digitale *DiHAG*-nieuwsbrief! Anders dan u van ons gewend bent – dus niet meer als bijlage bij H&W - maar met even belangwekkende onderwerpen als altijd. Thema is deze keer de *DiHAG* nieuwe stijl. Guy Rutten (voorzitter van de *DiHAG*) legt uit. Verder veel inhoudelijke informatie over bijvoorbeeld interpretatie MDRD en nieuwe rapportage mbt het HbA1c-gehalte. Ook doen wij kond van een belangrijk artikel in de Lancet. En we hebben een vraag: is de NHG Kaderopleiding Diabetes misschien iets voor u? Onze vaste columnist Floris van de Laar ontbreekt ook deze keer niet!

## INHOUD

- **DiHAG BINDT TOP VAN DE NEDERLANDSE HUISARTSENZORG** - *Guy Rutten, voorzitter DiHAG*  
In een tijd waarin de diabeteszorg geregionaliseerd wordt, nieuwe 'partijen' zich actief bemoeien met de diabeteszorg en nieuwe geneesmiddelen op de markt komen, is een samenhangende visie van huisartsen op het gebied van type 2 diabetes meer dan ooit noodzakelijk → [Lees verder](#)
- **HOE INTERPRETEER IK EEN MDRD-UITKOMST?** - *Henk Bilo, internist/nefroloog*  
Op basis van de gegevens uit de *Modification of Diet in Renal Disease* studie is een formule ontworpen, die helpt om de GFR te schatten (*estimated GFR = eGFR*). De formule lijkt eenvoudig toepasbaar, maar pas op!  
→ [Lees verder](#)
- **GELEZEN IN THE LANCET: STREEFNIVEAU HbA1c?** - *Daniel Tavenier, huisarts*  
Er is een sterke aanwijzing dat de oorzaak van toenemende sterfte bij lage HbA1c-waarden te maken heeft met de toename van hypoglycaemie. Hoe lager hoe beter lijkt niet altijd op te gaan... → [lees verder](#)
- **DE RAPPORTAGE VAN HbA1c VERANDERT!** – *Paul Janssen, huisarts*  
HbA1c-resultaten worden voortaan uitgedrukt in nieuwe eenheden en zijn duidelijk afwijkend van de eenheden die tot nu toe gebruikt werden. In de bijdrage van Paul Jansen wordt de relatie tussen oude en de nieuwe waarden in een duidelijke tabel weergegeven → [lees verder](#)
- **NHG KADEROPLEIDING DIABETES -IETS VOOR U ?** – *Ymte Groeneveld, coordinator*  
Binnenkort start de derde NHG kaderopleiding diabetes. Kwaliteitsprocessen in de huisartspraktijk en diabeteszorggroepen zijn belangrijke topics, naast het geven van onderwijs, organiseren en onderhandelen.  
→ [lees verder](#)
- **DIABETES EN DE PVV** - *Floris van de Laar, huisarts- columnist*  
"Het zijn verwarrende tijden. Ik dacht mijn patiënten redelijk te begrijpen maar nu blijkt dat één op de zes overweegt op Geert Wilders te stemmen..." → [lees verder](#)
- **AGENDA** → [lees verder](#)

## DiHAG bindt top van de Nederlandse huisartsenzorg



In een tijd waarin de diabeteszorg geregionaliseerd wordt, nieuwe ‘partijen’ zich actief bemoeien met de diabeteszorg en nieuwe geneesmiddelen op de markt komen, is een samenhangende visie van huisartsen op het gebied van type 2 diabetes meer dan ooit noodzakelijk. Gelukkig zijn er inmiddels ongeveer 30 (bijna) kaderartsen die daarbij kunnen helpen. De meesten van hen hebben behoefte aan een forum om ervaringen uit te wisselen en de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van wetenschap, beleid en organisatie met betrekking tot type 2 diabetes te bespreken. Daarom is de ruim 12,5 jaar bestaande structuur van de *DiHAG* ingrijpend gewijzigd.

*Guy Rutten, voorzitter DiHAG*

### De Nieuwe *DiHAG*

De afgelopen maand is een expertgroep gevormd van ongeveer 40 huisartsen met uitgesproken expertise op het gebied van diabetes, blijkend uit activiteiten op gebied van onderzoek, onderwijs of organisatie. Velen van hen zijn kaderarts diabetes. [[KLIK HIER VOOR DE VOLLEDIGE LIJST](#)]. Al deze experts zijn bereid en in staat om activiteiten op diabetesgebied te ontplooiën op minimaal regionaal niveau, dus duidelijk het niveau van de eigen praktijk overstijgend.

### Werkwijze

Om als expertgroep cohesie te hebben en een gedeelde visie te ontwikkelen, komen de leden vier keer per jaar een halve dag bij elkaar. Alle experts hebben zich daartoe min of meer verplicht. Op basis van voordrachten van (inter-)nationale gastsprekers en na intensieve discussies wordt een gemeenschappelijke visie ontwikkeld en worden gemeenschappelijke standpunten geformuleerd.

### Wat betekent de *DiHAG* voor de huisarts?

#### ***De DiHAG vertegenwoordigt de huisartsen binnen de Nederlandse Diabetes Federatie.***

De Nederlandse Diabetes Federatie verenigt alle belangrijke organisaties op diabetesgebied; de NDF is de voornaamste gesprekspartner van VWS op dit terrein. De *DiHAG* zit namens de huisartsen in het bestuur van de NDF. Een ‘generalistische’ stem is meer dan ooit noodzakelijk. Vertegenwoordiging in de NDF vraagt om veel inzet van de kant van huisartsen. Met een bijna maximale bundeling van de huisartsgeneeskundige expertise op het terrein van type 2 diabetes zijn we ervan overtuigd onze actieve rol binnen de NDF meer nog dan voorheen te kunnen waarborgen

#### ***De DiHAG neemt standpunten in op het gebied van diabeteszorg***

Van kaderartsen en van een expertgroep als de *DiHAG* mag u onderbouwde meningen en standpunten verwachten. De *DiHAG* zal daarvoor zorgen, meer nog dan u in het verleden. Wij verwachten samen met het NHG en de LHV optimaal onze kennis en expertise aan u ter beschikking te kunnen stellen. Ook zorggroepen kunnen hun vragen en zorgen bij de *DiHAG* neerleggen. Wij streven naar een intensivering van de samenwerking met de LVG en willen voor zorggroepen waar mogelijk het inhoudelijke en organisatorische baken zijn.

#### ***De DiHAG is betrokken bij de opleiding van de huisarts en de POH***

Als expertgroep van praktiserende huisartsen weet de *DiHAG* wat nodig is om goede diabeteszorg in de huisartsenpraktijk uit te voeren. Zowel de huisartsopleiding als de opleiding tot POH moeten daarop toegesneden zijn, ook op lange termijn. De *DiHAG* denkt actief mee bij het formuleren van eindtermen, houdt contact met de opleidingsinstituten en probeert de vrijblijvendheid uit de opleiding uit te bannen.

**De DiHAG organiseert diabetesonderwijs**

De afgelopen jaren heeft de DiHAG om de twee jaar een tweedaagse 'Sterrencursus' georganiseerd. Er is geen vergelijkbare cursus in Nederland, de Sterrencursus is een kweekvijver voor diabeteskaderartsen. Bij onze inspanningen op het gebied van diabetesonderwijs zal de nieuwe DiHAG intensiever dan tot nu toe gaan samenwerken met *Langerhans*.

**Tot slot**

De nieuwe DiHAG is erg gebrand op uw reacties, van welke aard ook. Aarzel niet een email te sturen naar onze coördinator, mevrouw Debora van Loon, [d.vanloon@nhg.org](mailto:d.vanloon@nhg.org) of stuur een korte ingezonden brief naar de redactie. De DiHAG is er voor u, voor een optimale diabeteszorg dicht bij de mensen thuis en vanuit een generalistische visie. Help ons die missie te verwezenlijken!

[↑ terug naar inhoudspagina](#)

**Hoe interpreteer ik een MDRD-uitkomst?**

De MDRD-formule is afgeleid uit gegevens van de *Modification of Diet in Renal Disease* studie. In dit onderzoek zijn 1628 mensen onder de 70 jaar met een reeds gestoorde nierfunctie ( $GFR < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ), proteïnurie en een bekende nierziekte bestudeerd, en is de joodthalamaatklaring gebruikt als maat voor de GFR. Hierbij gaat het dus uitdrukkelijk niet om een benadering van de kreatinineklaring, maar om een **echte** glomerulaire functietest, in zijn uitkomsten ook nog gecorrigeerd naar  $1,73 \text{ m}^2$  lichaamsoppervlak. Op basis van de gegevens van deze studie is een formule ontworpen, die helpt om de GFR te schatten (estimated GFR = eGFR).

Henk Bilo, internist/nefroloog, Zwolle



Van deze studie waren dus ouderen (mensen boven de 70 jaar) uitgesloten; bij gebruik van de MDRD-formule zullen veel mensen boven de 70 jaar een waarde beneden de  $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$  hebben, wat zeker niet onmiddellijk op pathologie hoeft te duiden (1). Slechts 6% van de mensen had diabetes, en geen van deze mensen werd met insuline behandeld.

De op de MDRD gebaseerde eGFR is met name enigszins betrouwbaar bij waarden beneden de  $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ . Zelfs onder die omstandigheden echter kan de bij toepassing van de MDRD berekende eGFR tot 50% afwijken van de echte GFR (2). Houd ook rekening met het feit, dat

er maar weinig volwassen mensen in Nederland rondlopen met een lichaamsoppervlak van  $1,73\text{m}^2$ ; de gemiddelde volwassen Nederlander heeft een lichaamsoppervlak van méér dan  $2,0 \text{ m}^2$ . Bestaat er derhalve twijfel aangaande de uitkomst, of hangen belangrijke beleidsbeslissingen af van de eGFR (bijvoorbeeld stoppen, of aanpassen van medicatie), dan is het bij twijfel heel belangrijk om bijvoorbeeld een klassieke kreatinineklaring te laten doen, met sparen van de urine gedurende 24 uur.

De MDRD wordt terecht in de nieuwe LTA chronische nierinsufficiëntie (3) beschreven als een techniek, die het mogelijk maakt om de nierfunctie beter te schatten dan bij het alleen kijken naar de serumconcentratie van kreatinine. Toch blijft het een schatting, waarbij u zich dient te realiseren, dat een MDRD waarde van 60

ml/min/1,73m<sup>2</sup> kan worden gevonden bij mensen met een echt gemeten nierfunctie van 90 ml/min, maar ook bij mensen met een echt gemeten nierfunctie van 40 ml/min. Waakzaamheid blijft daarom gewenst, kritiekloos accepteren van de MDRD-eGFR als een absolute uitkomst kan tot problemen leiden.

### Referenties

1. [Bilo HJG, Logtenberg SJJ, Dikkeschei LD, Kleefstra N, Wolffenbuttel BHE](#). Bepaling van de nierfunctie volgens de NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2': kans op overschatting van het aantal diabetespatiënten met nierfunctieproblemen. *NTvG* 2007; 151: 1024-1028
2. [Botev R, Mallié J-P, Couchoud C, Schück O, Fauvel J-P, Wetzels JFM, Lee N, De Santo NG, Cirillo M](#). Estimating glomerular filtration rate: Cockcroft-Gault and Modification of Diet in Renal Disease Formulas Compared tot Renal Inulin Clearance. *CJASN* 2009; 4: 899-906
3. [De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, Faber EF, Flikweert s, Gaillard CAJM, et al](#). Landelijke Transmurale Afspraak Chronische Nierschade. *Huisarts en Wetenschap* 2009;52:586-97

[↑ terug naar inhoudspagina](#)

## UIT DE LITERATUUR

### Streefniveau HbA1c: hoe lager hoe beter?



In de *Lancet* stond begin dit jaar een artikel waarin de overleving (*survival*) en de hoogte van het HbA1c met elkaar in verband werd gebracht. Met de publicatie van de ACCORD studie in 2008 was twijfel ontstaan over het intensief behandelen van diabetes type 2 patiënten: in de intensief behandelde groep bleek een hogere mortaliteit te bestaan dan in de controlegroep.

Daniel Tavenier

*Currie cs(1)* heeft bij mensen met diabetes van 50 jaar of ouder retrospectief gekeken naar de relatie tussen de hoogte van het gemiddelde HbA1c enerzijds en de sterfte en cardiovasculaire events aan de andere kant. De sterfte was, zoals te verwachten, het hoogst in de groep met een HbA1c boven 9,8. Wat echter opviel was dat deze sterfte even hoog bleek te zijn bij de groep met HbA1c-waarden beneden de 6,7%. Een HbA1c van ongeveer 7,5% is geassocieerd met de laagste sterfte voor alle oorzaken en de laagste progressie van vaatlijden. De HbA1c lijkt zo een soort U-curve te hebben voor wat betreft de sterfte. Er is een sterke aanwijzing dat de oorzaak van toenemende sterfte bij lage HbA1c-gehalten te maken heeft met de toename van hypoglycaemie. Behandeling met insuline bleek een nog iets grotere sterfte te hebben bij lage HbA1c-waarden.

### Conclusie

Ondanks de beperkingen en tekortkomingen van deze studie blijft de conclusie ook na alle correcties overeind. De auteurs pleiten er daarom voor om in de richtlijnen voor de behandeling van diabetes ten aanzien van de streefwaarden een ondergrens voor het HbA1c te trekken.

- (1) [Currie CJ cs](#). - Survival as a function of hbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Lancet* 2010; 375: 481-89

[↑ terug naar inhoudspagina](#)

## DE RAPPORTAGE VAN HbA1c VERANDERT!

De huidige HbA1c-bepalingen zijn afgestemd op de methode die in de *Control and Complications Trial (DCCT)* werd gebruikt. De algemene streefwaarden voor HbA1c voor volwassenen met type 1 of type 2 diabetes is <7%. Voor kinderen met diabetes is de algemene streefwaarde <7,5%. De streefwaarden moeten voor iedereen individueel bepaald worden, waarbij moet worden gelet op het risico op ernstige hypoglykemie, cardiovasculaire status en comorbiditeit.

*Paul Janssen*

### Waarom veranderen?

De reden voor verandering is wereldwijde harmonisatie. In verschillende landen zijn nu drie verschillende standaarden in gebruik. Om tot internationale harmonisatie te komen is door de International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) een nieuwe HbA1c-standaard ontwikkeld.

De nieuwe standaard is ontstaan vanuit een internationale consensus waardoor wereldwijde vergelijking van HbA1c-resultaten mogelijk is. De eenheden waarin HbA1c gerapporteerd wordt zullen daarom ook veranderen.

### Wat zijn de nieuwe eenheden?

HbA1c resultaten die herleidbaar zijn naar de IFCC referentiemethode worden als mmol HbA1c per mol hemoglobine uitgedrukt.

### Wat is de relatie tussen de oude en de nieuwe getallen?

HbA1c resultaten die worden uitgedrukt in de nieuwe eenheden zijn duidelijk afwijkend van de eenheden die nu gebruikt worden. In onderstaande tabel wordt de relatie tussen de oude en de nieuwe waarden weergegeven.

Oud	Nieuw
<u>DCCT-HbA1c</u>	<u>IFCC-HbA1c</u>
6,0%	42 mmol/mol
6,5%	48 mmol/mol
7,0%	53 mmol/mol
7,5%	59 mmol/mol
8.0%	64 mmol/mol

In Nederland worden de resultaten vanaf 1 maart 2010 gerapporteerd in zowel de IFCC-gestandaardiseerde eenheden (mmol/mol) als de oude DCCT-eenheden (%). Hierdoor kan iedereen wennen aan de nieuwe eenheden en hoe die zich verhouden tot de DCCT-getallen.

Vanaf 1 januari 2011 worden de resultaten alleen nog in de nieuwe IFCC-eenheden gerapporteerd.

*Dr. Paul Janssen vertegenwoordigt de DiHAG in de stuurgroep Implementatie Consensus statement HbA1c*

[↑ terug naar inhoudspagina](#)

## NHG Kaderopleiding Diabetes voor huisartsen IETS VOOR U ?

Na het succesvol afronden van de tweede kaderopleiding telt Nederland ongeveer 30 kaderartsen diabetes. Bij veel diabeteszorggroepen bestaat behoefte aan de aanwezigheid van een kaderarts. Daarom start binnenkort onder auspiciën van het Julius Centrum van het UMC Utrecht, in samenwerking met de afdelingen eerstelijns geneeskunde van het UMC St Radboud en de afdeling huisartsgeneeskunde van het VUMc de derde NHG kaderopleiding diabetes. De opleiding duurt twee jaar, kent een totale studiebelasting van ca 400 uur en besteedt uitgebreid aandacht aan diabetologie, evidence based medicine en ontwikkelingen op het gebied van diabeteszorg in Nederland. Kwaliteitsprocessen in de huisartspraktijk en diabeteszorggroepen zijn belangrijke topics, naast het geven van onderwijs, organiseren en onderhandelen.

Na die twee jaar vervult u als kaderarts een voortrekkersrol in de eerstelijns diabeteszorg in Nederland, u maakt deel uit van het diabetes experts netwerk en u kunt de functie vervullen van adviseur of consultant van een diabeteszorggroep.

### Kenmerken van de opleiding

- Negen plenaire bijeenkomsten van een dag 72 uur
- Twee meerdaagse bijeenkomsten 32 uur
- Elf mentorgroepbijeenkomsten (3 uur) 33 uur
- Zeven dagdelen stage (2e lijn diabetes, voeten, ogen) 30 uur
- Vier dagen congres (voor eigen rekening) 40 uur
- Reflectieverslagen (40 x 1 uur) 40 uur
- Voorbereidingen, projecten, bijhouden literatuur 150 uur

### Toelichting

Tijdens de plenaire bijeenkomsten bekwaamt u zich in de vaardigheden die een kaderarts nodig heeft, daarbij begeleid door diabetesspecialisten en docenten. In de mentorgroep, 3 á 4 cursisten met een in diabetes geschoolde huisarts als mentor, werkt u aan persoonlijke diabetesprojecten.

### Kosten

De kosten voor de tweejarige opleiding bedragen 9000 euro. Veelal kunt u deze kosten geheel of gedeeltelijk vergoed krijgen door de diabeteszorggroep waarmee u te maken heeft. Bij succesvolle voltooiing ontvangt u 80 accreditatiepunten en wordt u ingeschreven in het register van huisartsen met bijzondere bekwaamheden (CHBB.artsennet.nl)

### Informatie en aanmelding

Informatie bij de heer Y. Groeneveld (y.groeneveld@umcutrecht.nl). Aanmelding bij Mw. E.M. Blijleven (e.m.blijleven@umcutrecht.nl). Een kennismakingsgesprek maakt deel uit van de procedure.

[↑ terug naar inhoudspagina](#)

## DIABETES EN DE PVV

Het zijn verwarrende tijden. Ik dacht mijn patiënten redelijk te begrijpen maar nu blijkt dat één op de zes overweegt op Geert Wilders te stemmen. Daarom heb ik maar eens een PVV bijeenkomst bezocht om dit grootse gedachtegoed zelf te ondergaan. “Zotter moet het niet worden”, was mijn eerste reactie, maar daarmee sloot ik onverhoeds naadloos aan bij de PVV debatterestijl. Van de weeromstuit werd ik tot programmaschrijver gebombardeerd, en het is met gepaste trots dat ik u de PVV visie op diabeteszorg presenteer:

Immers, diabetes is geen gewone ziekte zoals reuma, latexallergie of migraine. Neen, diabetes is bezig met een langzame maar gestage opmars in het Nederlandse zorgstelsel. Onzichtbare maar machtige krachten drijven de mensen naar huisarts of apotheek om door een rituele aderlating toegelaten te worden in de kring der versuikerden. Als we niet uitkijken zal deze letterlijk en figuurlijk uitdijende massa der chronisch zieken spoedig haar Mekka gevonden hebben in het Nederlandse medische landschap. Oeroude inlandse aandoeningen komen in de verdrukking door deze eclecticische [moeilijk woord met dreigende uitstraling] importziekte. Wie durft er straks nog naar de huisarts met een zondagmiddagarmpje, wintertenen of hardlijvigheid? Degene die met zijn kippige eksterogen straks nog een gezellig advies van zijn huisdokter wil hebben zal met kracht tot de diabetes bekeerd worden door deze vijfde colonne van ketenzorgende poh-ers met hun transmurale verzen der chronische diagnose-behandel-combinaties.

Hoog tijd om dit suikerfeest een halt toe te roepen. Veel te lang heeft de slappe theedrinkende elite van de zorgwereld toegestaan dat er bakken met geld gingen naar zoethoudertjes voor de diabetofielen. Het roer

moet om, en wij van de PVV eisen dan ook dat alle suikerwaarden drastisch naar beneden worden bijgesteld. Daarnaast dienen de vele behandelrichtlijnen te worden ontdaan van adviezen die indruisen tegen de ware Hollandse inborst. Alleen zo zal het koekhappen en de dropveter behouden blijven om onze jongens van Jan de Wit te laten opgroeien tot échte mannen met baarden, zoals Jan, Piet, Joris en Corneel. Dat daarmee de wetenschappelijke literatuur gereduceerd zal worden tot het volume van een aflevering van de Donald Duck is mooi meegenomen. Iedereen die dan nog openlijk de hyperglykemie durft te belijden sturen we met diabetespaspoort en al terug naar Luilekkerland.

Negen juni hebben we de kans. Ik heb d'r zin an.

*Floris van de Laar, huisarts*

[↑ terug naar inhoudspagina](#)

## AGENDA

20 mei	<a href="#">Nationaal Insuline Congres</a>	Jaarbeurs, Utrecht
08 juni	<a href="#">Langerhans symposium</a>	Jaarbeurs, Beatrixtheater, Utrecht*
10 juni	<a href="#">Langerhans symposium</a>	Nieuwe Buitensociëteit, Zwolle* * <i>Identieke programma's</i>
25-29 juni	<a href="#">American Diabetes Association conference</a>	Orlando (VS)
20-24 sept	<a href="#">EASD Conferentie 2010</a>	Stockholm, Zweden

[↑ terug naar inhoudspagina](#)

## COLOFON

Uitgave van de *DiHAG*, de Diabetes Huisartsen Advies Groep  
De *DiHAG*-nieuwsbrief verschijnt vier maal per jaar.

### 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](mailto:DiHAG@nhg.org)

T 030-2823500

F 030-2823501

I [www.steunpuntdiabetes.nl](http://www.steunpuntdiabetes.nl)

De *DiHAG* wordt financieel ondersteund door MSD BV, Eli Lilly, NOVO Nordisk bv, AstraZeneca-Bristol-Meyers Squibb, sanofi aventis Netherlands BV.

[↑ terug naar inhoudspagina](#)