

NIUWSBRIEF NIEUWE STIJL

Dit is de derde digitale nieuwsbrief van de DiHAG. U ontvangt deze nieuwsbrief via een link (URL) in de NHG-nieuwsbrief. Graag willen wij een eigen bestand van adressen opbouwen zodat wij u onze nieuwsbrief rechtstreeks elektronisch kunnen toesturen. Stuur een mail naar dihag@nhg.org met vermelding 'DiHAG nieuwsbrief'. Deze nieuwsbrief verschijnt vier maal per jaar. Daarnaast publiceert de DiHAG via [HuisartsVandaag](http://HuisartsVandaag.nl) korte nieuwsberichten. U kunt zich via de website van *Huisarts Vandaag* op hun nieuwsbrief abonneren.

Inhoud

- **Leeswijzer**
Mattees van Dijk leidt u door deze nieuwsbrief → [lees verder](#)
- **Genezen van diabetes**
Kan dat? En wat vinden de experts? Over genezing en (duurzame) remissie. → [lees verder](#)
- **Nooit geleerd is nooit gedaan**
Hoe staat het met de diabetesjaarcontrole door de huisarts en Aios? Wat is het controlebeleid? En wat vindt de patiënt zelf van de diabeteszorg door de de huisarts? Doen we het net zo goed als we zelf denken? Diabeteskaderarts Jan Palmen zoekt naar de antwoorden. → [lees verder](#)
- **Agenda** → [lees verder](#)

LEESWIJZER

Zo kwam ik van mijn diabetes type 2 af

"In Nederland hebben 1 miljoen mensen diabetes, waarvan zo'n 20% dit nog niet weet; 85% van de mensen met diabetes heeft DM type 2 en worden (voornamelijk) behandeld door hun huisarts. Stap één in de aanpak van huisartsen bij diabetes is leefstijlverandering. Stoppen met roken, meer bewegen, afvallen en gezonder eten laten de bloedglucosewaarden bij diabetes type 2 dalen. Het NHG heeft haar aanpak vastgelegd in een standaard voor diabetes type 2. Deze aanpak varieert van een leefstijladvies, via medicatie, naar insuline spuiten." Aldus is te lezen in een recent nummer van *Diabc*, het maandblad van Diabetesvereniging Nederland. "Dennis, Joop en Jeanette pakten het rigouzeuzer aan. Gezamenlijk vielen zij 210 kilo af; ze hebben als diabetespatiënt geen medicatie meer nodig". Meer over hun aanpak en de resultaten vindt u in *Diabc* van maart 2011, dat helemaal is gewijd aan diabetes type 2.

Dat diabetes helaas een ziekte is, die in principe levenslang aanwezig blijft, was onderwerp van discussie tijdens de laatste expertbijeenkomst van de Nederlandse diabeteskaderhuisartsenverenigd, verenigd in de DiHAG. Deze discussie spitste zich toe op *diabetes in remissie* en hoe om te gaan met dit nieuwe fenomeen in de huisartsgeneeskundige zorg. Lees de bijdrage van **Marc Huls, Mattees van Dijk, Henk Kole, Maril Boesten**.

En hoe staat het met de betrokkenheid van de huisarts bij de gedelegeerde diabeteszorg? Controleert de

huisarts nog jaarlijks zijn diabetespatiënt? Heeft de huisarts de regie over die zorg nog wel? **Jan Palmen** vraagt zich af wat de toekomst brengt. Krijgen pas afgestudeerde huisartsen voldoende training, doen zij voldoende ervaring op met diabetespatiënten? En is dat genoeg om een praktijkondersteuner aan te sturen?

Het lijkt er op dat in de eerstelijns diabeteszorg keuzes gemaakt zullen moeten worden als het gaat om de expertise van diabetes mellitus type 2 in de huisartspraktijk. Kan de huisarts deze rol nog aan, nu en in de toekomst, of moeten we gaan kiezen voor nieuwe modellen?

Wordt vervolgd ... en blijf ons volgen!

Mattees van Dijk, *diabeteskaderhuisarts*

[▲ terug naar inhoudspagina](#)

Wat vinden de experts GENEZEN VAN DIABETES?

Wat is het aangewezen beleid bij patiënten met Diabetes mellitus type 2 die gedurende langere tijd normoglycaemie hebben bereikt? Die vraag was het centrale thema van de vijfde landelijke bijeenkomst van de DiHAG Expertgroep op 1 maart 2011. Over genezing, remissie en duurzame remissie.

Marc Huls, Mattees van Dijk, Henk Kole, Maril Boesten

Laten we beginnen met het verduidelijken van een paar begrippen. Van *genezing* is sprake als de pathofysiologie van de ziekte en de ziekteverschijnselen afwezig zijn, de symptomen van de ziekte niet terugkeren, de diagnostische testen negatief zijn, de prognose goed is, en controle en medische behandeling niet meer nodig zijn. *Remissie* is het verminderen of verdwijnen van de verschijnselen van een ziekte. Van *duurzame remissie* is sprake als de pathofysiologie van de ziekte nog aanwezig is en méér dan vijf jaar zonder symptomen, de diagnostische testen negatief zijn, de prognose onzeker is en controle wenselijk zijn. Zolang de remissie bestaat is geen medische behandeling nodig. De symptomen van de ziekte kunnen echter recidiveren op basis van de oorspronkelijke pathofysiologie.

De leden van de DiHAG expertgroep waren het unaniem met elkaar eens: genezing van diabetes is pathofysiologisch gezien waarschijnlijk niet mogelijk. Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2), die gedurende langere tijd (méér dan 5 jaar) normoglycaemie zonder enige aanwijzing voor microvasculaire of macrovasculaire schade hebben bereikt, is er sprake van diabetes in (duurzame) remissie. Het woord duurzaam laten we voor het gemak weg.

Remissie van DM2 is mogelijk door krachtige leefstijlinterventie

of door bariatrische chirurgie

Volgens de AGE theorie (post UKPDS studies) is er een rechtstreekse relatie tussen expositieduur aan verhoogde glucosespiegel en irreversibele beschadiging van lichaamscellen en bloedvaten. Ook bij het bereiken van een duurzame remissie is er blijvende schade! Om deze reden is het te verdedigen dat patiënten met DM2 in remissie de protocollaire diabetesbehandeling blijven krijgen, maar minder frequent. Eerst twee keer per jaar, later jaarlijks.

Er is een groep patiënten die, nadat de diagnose DM2 gesteld is, (vrijwel) meteen weer normoglycaemische waarden bereiken. Een andere groep betreft patiënten met DM2 in remissie door bariatrische chirurgie. Hier lijken incretines een rol te spelen bij de ontwikkeling én remissie van de diabetes. Mogelijk is er een herstel van de β -cel functie bij normalisatie van de incretinehuishouding. DM2 is een heterogeen, complex, (cardio)metabool syndroom. Om deze reden is het te verdedigen dat DM2 in remissie niet meer volgens het diabetesprotocol hoeft te worden gecontroleerd en voortaan voor de follow-up onder het CVRM-protocol valt (dus geen voet- en funduscontroles meer).

Echter, bij de jaarlijkse CVRM-controle wordt protocollair alleen de nuchtere glucose gemeten, niet het HbA1c. Het uitbreiden van de CVRM-controle is niet protocollair.

Highlights van de discussie

Bij normoglycaemie langer dan vijf jaar zonder aantoonbare micro- en macrovasculaire schade is de diabetes niet genezen, maar in remissie. De discussie spitste zich vooral toe op het weglaten van de controles op microvasculaire complicaties, in het bijzonder funduscopie en voetcontroles. Aangezien de diagnose diabetes pas gesteld wordt op het moment dat er risico is op microvasculaire schade lijkt dit logisch. Maar al in de prediabetische fase kan macrovasculaire schade optreden. Diabetes in remissie is vooral een cardiovasculair risico vergelijkbaar met manifest vaatlijden. Het huidige CVRM-protocol kent echter geen aparte plaats voor deze categorie patiënten. Ook het HbA1c zou bijv. een deel van het jaarlijkse protocol moeten zijn. De internationale literatuur heeft geen duidelijk standpunt.

Verder moet er onderscheid gemaakt worden tussen de patiënten die in remissie raken na een lange periode van diabetes en patiënten met een korte periode. De eerste groep heeft namelijk bijna altijd enige schade door de langdurige expositie aan hyperglycaemie opgelopen. Een voordeel van het CVRM-protocol bij diabetes in remissie is dat patiënt dan minder wordt gemedicaliseerd en er minder directe zorgkosten worden gegenereerd.

Vanwege het gebrek aan goed onderzoek is de meerderheid van de DiHAG expertgroepsleden vooralsnog (op theoretische gronden) vóór het handhaven van de protocollaire diabetesbehandeling bij DM2 in remissie, maar dan minder frequent. Echter als de diabetische fase maar kort heeft geduurd zou men, in goed overleg met de patiënt en rekening houdend met diens voorgeschiedenis en comorbiditeit, kunnen besluiten over te gaan naar het CVRM-protocol aangevuld met een jaarlijkse HbA1c bepaling.

LITERATUUR

Buse, J.B. et al. 2008. How Do We Define Cure of Diabetes? Diabetes care, 32(11);2133

DE DIABETESJAARCONTROLE DOOR DE HUISARTS EN AIOS NOOIT GELEERD IS NOOIT GEDAAN

De diabeteszorg in de eerste lijn is het laatste decennium drastisch veranderd. De veranderingen begonnen in 1999 met de introductie van de praktijkondersteuner, die 'gedelegeerde huisartsgeneeskundige zorg' verleende. De noodzaak voor deze taakdelegatie kwam destijds voort uit het dreigend tekort aan huisartsen en de toegenomen werkdruk. Mede door de invoering van de standaarden en de daaruit voortvloeiende systematische casefinding is het aantal mensen dat bij de huisarts bekend is met diabetes mellitus type-2 de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld. (1)

Jan Palmen, kaderhuisarts DM, gastdocent huisartsopleiding Universiteit Maastricht, huisarts in Heerlen

Om deze steeds grotere groep patiënten beter te kunnen begeleiden zijn er sinds 2006 steeds meer diabeteszorggroepen ontstaan. Belangrijkste doel hierbij is het leveren van transparante, kosteneffectieve en kwalitatief goede zorg aan de patiënt met diabetes type 2 in de eerste lijn. Mede dankzij deze ontwikkelingen is meer dan 80% van deze patiënten in zorg bij de eerste lijn, een normpraktijk heeft de zorg voor gemiddeld 90 á 120 patiënten met diabetes. Op dit moment zijn in Nederland 850.000 patiënten met diabetes type 2 bekend; dit aantal zal de komende vijftien jaar oplopen tot 1,2 miljoen. (2)

Wat vindt de patiënt?

Ongeveer zeventig procent van de huisartspraktijken werkt met een praktijkondersteuner. In sommige regio's met een strak geregelde diabeteszorg ligt dit percentage ruim boven de negentig procent. (3) Met de komst van deze ondersteunende zorgverlener is de zorg ook inhoudelijk veranderd. Steeds meer eerstelijns diabeteszorg wordt gedelegeerd naar de praktijkondersteuner. (4) De vraag is of deze steeds verdergaande taakdelegatie van de huisarts naar de praktijkondersteuner wenselijk is. Vooral in opleidingspraktijken kan dit tot gevolg hebben dat de huisarts in opleiding (aios) te weinig met diabeteszorg in aanraking komt.

Kennis en kunde van de huisarts worden door patiënten niet hoog ingeschat

Uit een vragenlijst onderzoek uit 2007 (5) onder bijna duizend DM type 2-patiënten blijkt dat slechts de helft van hen tevreden was over de zorgkwaliteit van de eigen huisarts. Diens kennis en kunde ten aanzien van deze ziekte werd niet hoog ingeschat. Meer dan tweederde van de respondenten gaf aan meer vertrouwen te hebben in de zorgkwaliteit van de praktijkondersteuner omdat deze - volgens de patiënt - meer tijd en kennis had.

Uit een onderzoek (6) onder 270 huisartsen in opleiding bleek dat 20% nog nooit en 42% maximaal vijf keer een patiënt op orale bloedglucoseverlagende medicatie had ingesteld. Een vijfde van alle AIOS heeft gedurende zijn opleiding nog nooit een kwartaal- of jaarcontrole gedaan bij een diabetespatiënt. Van de geënquêteerde derde jaars AIOS voelde ruim 30% zich niet bekwaam in het begeleiden van een diabetespatiënt en 40% niet bekwaam in het behandelen van een diabetespatiënt. Deze opvattingen zijn nog onvoldoende doorgedrongen tot de onderwijsinstellingen aangezien 80% van alle arts-assistenten aangaf binnen de opleidingsgroep slechts een dag (=twee dagdelen) diabetesonderwijs te hebben genoten. Een derde gaf aan dit onderwijs kwalitatief slecht te hebben gevonden. Dergelijke onderzoeksbevindingen staan op gespannen voet met de centrale rol die het NDF aan de huisarts toedicht. In de zorgstandaard van NDF staat: *Goede diabeteszorg vereist een multidisciplinaire aanpak door een multidisciplinair team, waarbij de medische eindverantwoordelijkheid berust bij de behandelde huisarts.* (7) Mede gezien de onderzoeksbevindingen en het standpunt van de NDF zijn de DiHAG en hetNHG van mening dat de *medisch eindverantwoordelijke* huisarts minstens één maal per jaar zijn diabetespatiënt

uitvoerig moet zien en spreken. Het meest geschikte moment hiervoor is de jaarcontrole . (8)

De jaarcontrole

Uit een vragenlijstonderzoek onder praktijkondersteuners blijkt dat ook de jaarcontroles steeds meer door de huisarts naar de praktijkondersteuner worden gedelegeerd. (9) De DiHAG acht deze ontwikkeling niet wenselijk. Eén van de argumenten om de patiënt met diabetes type-2 jaarlijks te zien is het onderhouden van kennis en vaardigheid van de huisarts. Mede gezien het feit dat bij 50% van de totale diabetespatiëntpopulatie sprake is van comorbiditeit en polyfarmacie vergt deze diabeteszorg een generalistische expertise. Ook het farmacotherapeutisch beleid is en blijft vooralsnog het domein van de arts.

Doel of middel?

Om tot een kwalitatief goede diabeteszorg te komen zijn er NHG-standaarden en LTA richtlijnen ontwikkeld die op basis van voortschrijdende inzichten voortdurend worden aangepast. Deze standaarden vinden hun weerslag in diabeteszorgprotocollen waarbij consequent door de zorgverlener uitkomst- en procesindicatoren worden geregistreerd . Of het registreren van deze uitkomst- en procesindicatoren ook leidt tot de noodzakelijke interventies blijft de vraag. Het registreren moet het middel zijn om tot een betere en kosteneffectievere diabeteszorg te komen. Registreren is geen doel op zich.

Het fenomeen waarbij noodzakelijke interventies achterwege blijven ondanks het feit dat de gemeten indicatoren dit op basis van de richtlijnen rechtvaardigen wordt in de literatuur beschreven onder de veelzeggende term “klinische inertie”. (10) Oorzaken van klinische inertie kunnen zijn: het overschatten van de geleverde zorg, het gebruik van *zachte* argumenten om het aanpassen van de therapie te vermijden, gebrek aan kennis of gebrekkige praktijkorganisatie. Klinische inertie vormt zo een belangrijke hindernis bij het verbeteren van kwaliteit van chronische zorg. Het is daarom van belang van dat de huisarts erop toeziet dat er door de praktijkondersteuner niet alleen gevinkt maar ook gevonkt wordt. De jaarcontrole is bij uitstek het moment voor de huisarts om zijn praktijkondersteuner op dit punt feedback te geven.

Voor de huisarts in opleiding is de jaarcontrole het moment om zich te bekwamen in de zorg en begeleiding van de diabetespatiënt en het leren aansturen van de praktijkondersteuner. Jong geleerd is jong gedaan, maar nooit geleerd is nooit gedaan.

REFERENTIES

1. Rutten G, Huisarts, let op uw zaak; DiHAG nieuwsbrief; 2008;10(3)
2. Baan C, van Baal P, Jacobs-van der Bruggen M, Verkley H. et al; Diabetes mellitus in Nederland schatting van de huidige ziektelast en prognose voor 2025. NTVG 2009; 153; 1052-58
3. Vraag en aanbod, eerstelijns gezondheidszorg, provincie Limburg 2007-2011, Stichting Beyaert Robuust Limburg
4. Houweling S, Kleefstra N, van Ballegooie E, Verhoeven S, et al; Taakverschuivingen in de eerstelijns diabeteszorg. Huisarts en Wetenschap 2006 49(3); 118-122
5. Gorter K, Tuytel G, de Leeuw R, Rutten G. De stem van de patiënt over de organisatie van de diabeteszorg. De rol van de huisarts ter discussie; Huisarts en Wetenschap; in press
6. Houweling S, van Gerwen W, van Kruijsdijk M; Diabeteszorg nieuwe stijl, ook een uitdaging voor de huisartsopleiding. Huisarts en Wetenschap, 2009,(3): 138-139
7. NDF zorgstandaard; Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort 2007
8. Groeneveld Y, Rutten G, de Grauw W, Valk G, et al. Gestructureerd teamwork, diabeteszorg volgens protocol. Medisch Contact: 2001, 56: 1148-1155
9. Palmen J, Pluijmakers J, Praktijkondersteuners in Limburg; de POH; 2008;1 (4);38-40
10. Philips L, Branch W, Clinical Inertia. Ann. Intern. Med. 2001; 135 (9); 825-34.

AGENDA

| | |
|-------------------|--|
| 6 - 9 april | Prediabetes congres (Madrid, Spanje) |
| 16 april | Onderwijsdag voor aios huisartsgeneeskunde, huisartsen en huisartsopleiders |
| 14 en 16 juni | Langerhans symposium Diabeteszorg in de eerste lijn |
| 23 juni | NHG Wetenschapsdag, Nijmegen |
| 24 - 28 juni | ADA (San Diego, Californië) |
| 30 juni | Werkconferentie Diabetes Zelfmanagement Educatie, Utrecht |
| 8 - 11 september | WONCA congres (Warschau , Polen) |
| 12 - 16 september | EASD conferentie (Lissabon, Portugal) |
| 6 - 7 oktober | DiHAG Langerhans Sterrencursus (nadere informatie / aanmelding: DiHAG@nhg.org) |
| 11 november | NHG Congres, Den Haag |

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

✉ DiHAG@nhg.org | ☎ 030-2823500 | Fax 030-2823501 | www.dihag.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](#)