



# diabeteskamer

## Lancering Diabeteskamer NVDO een feit. Hoe nu verder?

Op woensdag 22 april is voor een groter publiek de oprichting van de Diabeteskamer bekend gemaakt tijdens de NIV dagen in Maastricht. Internisten worden opgeroepen lid te worden om zich samen sterk te maken voor een kwalitatief goede behandeling van patiënten in de tweede en derde lijn en om vanuit een breed gedragen visie deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk debat over de behandeling van diabetes. De Diabeteskamer is een feit. De vraag is: hoe nu verder?

De Diabeteskamer maakte al sinds de meeting in december 2014 deel uit van de NVDO (Nederlandse Vereniging voor Diabetes Onderzoek), onder de naam Kerngroep Diabetes. Tijdens de goed bezochte lancering bijeenkomst op 22 april ging voorzitter Thomas van Bommel, internist-vasculair geneeskundige in het Gelre Ziekenhuis Apeldoorn en bestuurslid van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), in op de expertisebundeling van de Kerngroep Diabetes en de NVDO. "De behandeling van diabetes is een belangrijk maatschappelijk onderwerp geworden dat veel discussie oproept. Vreemd genoeg zijn internisten nauwelijks vertegenwoordigd in die discussie, terwijl diabetes ook voor ons een belangrijke ziekte is. Al enige jaren is een groep internisten als officieus adviesorgaan voor de NIV betrokken bij onder andere bestuurlijke overleggen met huisartsen, kinderartsen, zorgverzekeraars, NDF en DVN. Dat is de Kerngroep Diabetes. De tijd is rijp voor een legitimiteit om namens de internisten uitspraken te kunnen doen. Omdat we niet weer een aparte club willen oprichten, zetten we de stap om onze expertise te bundelen met die van de NVDO onder de naam Diabeteskamer. Alle internisten kunnen lid worden van de NVDO en dus ook deel uitmaken van de Diabeteskamer. Doe dat ook vooral!"

### Registratie

Belangrijke dossiers op dit moment zijn het verkennen en inrichten van een nationale registratie van alle diabetespatiënten in de tweede lijn, analoog aan de eerste lijn. Van Bommel: "Registratie verhoogt transparantie in de zorg, helpt ons om uitspraken te kunnen doen over onder meer betere behandelmogelijkheden van onze patiënten met als doel betere zorg. We moeten het elektronisch patiëntendossier (EPD) zo inrichten dat we die gegevens eruit kunnen halen die helpen om de zorg te verbeteren. Het is niet zo dat we het slecht doen, in Europa leveren we op Zweden na de beste diabeteszorg, maar registreren doen we niet voldoende. Registratie is bovendien een eis van de zorgverzekeraars. Dat wil niet zeggen dat wij alle gegevens aanleveren bij de zorgverzekeraars. Waar het om gaat: data helpen ons om onderbouwd uitspraken te doen. Zo willen zorgverzekeraars patiënten met diabetes type 2 uitsluitend behandelen in de eerste lijn. Wat vinden wij daarvan, en waarom? Registratie kan daar bij helpen."

### Richtlijn nieuwe stijl

"Het tweede dossier is de ontwikkeling van een dynamisch toetsingskader voor behandeling van diabetes in de eerste en tweede lijn. Zie het als een richtlijn nieuwe stijl", stelt Van Bommel. Op de nut en noodzaak van nieuwe richtlijnen ging Yvo Smulders, internist en hoogleraar interne geneeskunde bij het VU medisch centrum in Amsterdam, in tijdens zijn presentatie. "Wat is de *evidence base* van evidence-based richtlijnen? De inclusiecriteria voor klinische onderzoeken zijn streng. Klinische onderzoeken leveren wetenschappelijk bewijs. Als uit een onderzoek blijkt dat 4 mg rosiglitazon werkt, krijgt iedereen 4 mg rosiglitazon. Maar is dat verstandig? Of alleen voor patiënten die in het profiel passen? Hoe zit het met de risicostratificatie?" Aan de hand van een aantal voorbeelden toonde Smulders aan dat op basis van evidence-based richtlijnen totaal verschillende uitkomsten mogelijk zijn. "Voorop staat: wie richtlijnen opstelt, moet voldoende besef hebben van de basics van de epidemiologie. Het is moeilijk richtlijnen maken met mensen die niet het verschil kennen tussen verklaren en voorspellen! En hoe kun je dan reclassificeren? Wie richtlijnen opstelt, moet ook op een wat flexibele manier naar data kunnen kijken. Kijk eens anders naar curves. Staar je niet blind."

### Proof-of-principle

"Wetenschappelijk bewijs mag dan soms ontbreken, maar wat echt niet mag ontbreken is het *proof-of-principle*", vervolgt Smulders. "In mijn ogen is diabetes een hart- en vaatziekte. Daar ligt immers het grootste risico op overlijden. Als het dan gaat om *proof-of-principle*, valt daar de meeste winst te behalen. Ik ben er niet van overtuigd dat dat *proof-of-principle* er is voor glucoseregulatie als ik naar de diverse klinische onderzoeken kijk, en dat vind ik wel noodzakelijk."

### Behoedzaam extrapoleren

"Een derde punt: als je richtlijnen maakt, moet je extrapoleren. Ik adviseer om dat behoedzaam te doen. Het is redelijk veilig om relatieve risicoreducties te extrapoleren naar andere patiëntenpopulaties. Wat ik niet veilig vind, is het extrapoleren van observationele verbanden naar veronderstelde behandel-effecten. Neem het verband tussen systolische bloeddruk en het risico op hartfalen of een beroerte. Dat is vrijwel altijd een rechte lijn. Duidelijke observationele epidemiologie. En je ziet: de bloeddruk

moet dus naar beneden. Bij ouderen is die het hoogst. Verlagen zou dus tot minder events moeten leiden. Wat zien we? Er overlijden juist meer mensen! Een andere studie laat zien dat een lage bloeddruk bij ouderen goed is, mits daar niet te veel medicatie voor nodig is. Dus het klopt: er is meer extrapolatie van de observationele gegevens naar behandel-effecten naarmate je er minder voor hoeft in te zetten. Is dat vergelijkbaar met de glucoseregulatie bij diabetes? Hoe meer insuline, hoe meer mensen overlijden? Het overrulen van insulineresistentie met medicatie kan best wel eens een slecht idee zijn. Bovendien geven veel patiënten aan dat intensieve insuliner therapie de kwaliteit van leven vermindert. Wat is dan de kwaliteitswinst van 1% HbA<sub>1c</sub>-reductie door insuline? Kijk als behandelaar ook naar de keuzevrijheid van de individuele patiënt."

### Keuzevrijheid patiënt

Op de keuzevrijheid van de patiënt en van de behandelaar ging Cees Tack, internist en hoogleraar Interne Geneeskunde / Diabetologie bij het Radboudumc in Nijmegen, verder in. "Het effect van de behandeling is mede afhankelijk van de motivatie van patiënten", stelt Tack. "Volstaat de NHG-Standaard dan? Of moeten we 'de NHG-Standaard voorbij?' Een ding dat we niet moeten doen is nieuwe richtlijnen schrijven. Het tijdperk van de richtlijnen lijkt over zijn hoogtepunt. Volgens mij moeten we het hebben over leidraden: een leidraad diabetes type 2 met daarin ruimte voor individualisering: keuzevrijheid van de patiënt en de behandelaar."

### NHG-Standaard voor tweedelijnszorg?

In zijn interactieve presentatie wierp Tack de vraag op of de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (2013) ook geldt voor de tweedelijnszorg. De meeste aanwezigen waren van mening dat de standaard als leidraad kan worden genomen en dat beargumenteerd afwijken mag. Opmerkingen werden gemaakt als: 'is het niet dat de standaard ophoudt als patiënten in de tweede lijn komen? De targets in de richtlijn zijn immers niet gehaald met het NHG-Stappenplan? Of moeten we voortborduren op de standaard?' Tack: "Als wij zelf geen alternatief hebben, zal de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 tot nader orde ons uitgangspunt moeten zijn. En eerlijk gezegd ben ik het met een groot deel van de standaard eens: onder meer met het therapeutisch stappenplan, het standpunt over vitamine B12-screening en ook met de vermelding in de standaard dat afwijken mag en in sommige situaties zelfs moet. Waar ik het persoonlijk niet mee eens ben, is dat je de diagnosestelling niet mag doen met een HbA<sub>1c</sub>-waarde. Ook vind ik dat er meer expliciet genoemd moet worden om welk type diabetes het gaat voordat de behandeling wordt ingezet. Nu wordt glucoseverhoging vastgesteld en beginnen we conform de standaard – die dus alleen voor type 2 is! – met metformine. Ik ben het niet eens met de individualiseringsmethode, ik ben het oneens met de al te centrale keuze van gliclazide, omdat het zich niet heel duidelijk onderscheidt van de andere SU's, en geen enkele andere richtlijn deze keuze maakt op basis van hetzelfde bewijs en ik mis de aandacht voor polyfarmacie. Ook had wat mij betreft in de standaard een explicieter denkmoment moeten staan over de start met insuline en ben ik het daarbij niet eens met de keuze van NPH insuline."

### Noodzaak richtlijn

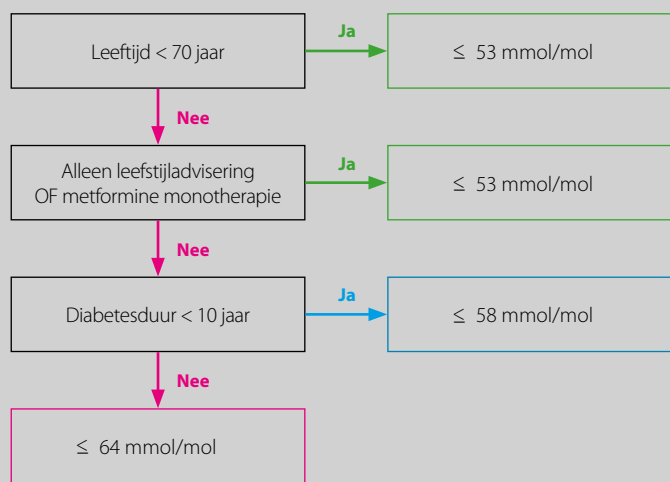
"De vraag is: hebben we een richtlijn nodig? In de praktijk lopen we aan tegen de manco's van richtlijnen. Daar staat niet per definitie de laatste stand van zaken in, al het wetenschappelijk bewijs is gebaseerd op onderzoeken die meestal al vijf jaar geleden zijn uitgevoerd, er is beperkte bewijs aanwezig voor specifieke situaties en – zoals Yvo Smulders al zei – we hebben ook te maken met de groep niet-representatieve patiënten. En dan is er nog de gijzeling van richtlijnen voor vergoeding: houd je je niet aan de richtlijn, dan is

er geen vergoeding. Gelukkig komt op dit punt tegengeluid vanuit het NHG: 'Stop het misbruiken van onze standaarden', schreef Rob Dijkstra laatst. Helemaal mee eens. Ze worden steeds meer gebruikt voor doeleinden waarvoor ze niet bedoeld zijn."

### Nut richtlijn

"Wij behandelen diabetes. Dat is geen cardiovasculaire ziekte, maar een ziekte die het hele menszijn omvat", zegt Tack. "Wat vindt de patiënt belangrijk en welke speelruimte heb ik als behandelaar? Hier kom je bij het punt individualisering van zorg. We willen allemaal zorg op maat. De NHG-Standaard hanteert het volgende schema wat betreft de streefwaarden."

**Figuur 1**  
Algoritme voor het bepalen van de HbA<sub>1c</sub>-streefwaarde



Bron: NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (2013)

Hoe zit het dan met een niet te reguleren patiënt met diabetes type 2 die uit een ander ziekenhuis komt, omdat daar de behandeling niet voldoende effect resulteerde? Deze patiënt, een man van 60 jaar, kreeg 14 jaar geleden de diagnose DM2, heeft een BMI van 35 kg/m<sup>2</sup> en een sterk verhoogd HbA<sub>1c</sub> van 102 mmol/mol. Hij is gestart met metformine en glimepiride, vervolgens overgegaan op insuline, maar dat beviel niet, en gebruikt nu metformine en een SU. Hij wil geen insuline spuiten. De vraag is: wat valt er nog te winnen aan kwaliteit van leven en op welke manier? Hoe bepaal je de glucosetargets? Strikt conform de NHG-Standaard? Dan zou deze meneer naar 53 mmol/mol moeten. Of individueel met het oog op kwaliteit van leven? Een reductie van 20 mmol/mol is al heel gunstig, zeker macrovasculair. En neem dan de behandel mogelijkheden: insuline, GLP-1, SGLT-2 of alle drie, afvallen met een *endo barrier*, bariatrische chirurgie, een *very low calorie diet*, of kies je voor risicoreductie met een statine en ACE-remmer en laat je de glucose voor wat het is? Acht behandel mogelijkheden. Welke moet je als internist kiezen? En wat bepaalt je keuze?"

### Eigen leidraad

"Het zou prettig zijn als we meer armslag hebben in therapeutisch opzicht", besluit Tack. "Door dit soort scenario's goed te beschrijven en voorwaarden voor toepassing van de diverse behandel mogelijkheden te formuleren, blijft het transparant, te verantwoorden en kosteneffectief. Dit zouden we kunnen aantonen in proeftuinconstructies. Samenvattend: de NHG-Standaard is richtinggevend, maar weinig behulpzaam voor behandeling in de tweede lijn. Een eigen leidraad met daarin ruimte voor de diverse scenario's is wenselijk: variabel en up-to-date. Voor de Diabeteskamer betekent dit: *work in progress.*"