

Wie is bang voor de insulinespuit?

Vijf jaar geleden schreven *Reenders & Van Weel*: 'Richtlijnen voor instelling op insuline verdienen een plaats in de standaard. Dat zou mogelijk de koudwatervrees bij huisartsen voor deze behandeling kunnen wegnemen'.¹ Vandaag wordt gemeld dat de nieuwe standaard in aantocht is en de noodzakelijke richtlijnen zal bevatten. Blijkens de verschillende bijdragen in dit nummer is de angst bij de Nederlandse huisartsen om over te stappen op insuliner therapie echter nog steeds vrij groot. De redenen die hiervoor bestaan, worden gedocumenteerd door *Veltmaat et al.*²

De basis van de zorg voor diabetes type II ligt in de aanpassing van het dieet, lichaamsbeweging en een reductie van het gewicht, eventueel in combinatie met orale medicatie.³ Een belangrijke vraag die in de discussie rond de rol van de huisarts bij het overschakelen op insuline dient te worden gesteld, betreft de wetenschappelijke onderbouwing van dit beleid. Vooralsnog ontbreekt het wetenschappelijk bewijs dat overschakelen op insuline de 'outcome' bij type-II patiënten fundamenteel verbetert. Zeker ten aanzien van bejaarde (75+) en obese patiënten bestaat wetenschappelijke twijfel over de indicatie voor insuliner therapie, en ook bij de angina-pectorispatiënt dient een zorgvuldige afweging te worden gemaakt. Toch groeit de overtuiging dat met name voor niet-obese type-II patiënten een betere regulering met insuline mogelijk is, en gaan er stemmen op om ook bij slecht geregelde obese patiënten met insuline te beginnen. Men verwacht dat in de toekomst 25 procent van de patiënten met diabetes type II met insuline zal worden behandeld. Dit komt in een standaard-huisartspraktijk neer op 7 à 10 patiënten. Voor de huisarts kan dit beperkte aantal reden zijn om althans het overschakelen op insuline over te laten aan de specialist.

Als criteria voor overschakeling op insuline worden vaak gehanteerd: maximale behandeling met dieet en orale medicatie, Quetelet-index <math>< 30 \text{ kg/m}^2</math> en $\text{HbA}_{1\text{C}} > 10\%$.⁴ Het criterium 'maximale behandeling' is hierbij vrij problematisch: in het onderzoek van *Miedema et al.* bleek dat 25 procent van de tablet-gebruikende NIADM-patiënten die theoretisch in aanmerking kwamen voor overschakeling op insuline, na één jaar acceptabel was ingesteld zonder insuline.⁵ Deze bevinding illustreert eens te meer het belang van het optimaliseren van de aanpak zoals die in de standaard wordt geadviseerd: een strikte protocollering en geautomatiseerde ondersteuning leiden tot een significant betere diabetesregeling dan een louter gebruik van de standaard als leidraad.⁶

Terecht krijgen de algemene verspreiding en implementatie van de standaard in Nederland

veel internationale waardering. Als buitenlander heb ik echter nooit goed begrepen waarom de Nederlandse huisartsen het overschakelen op insuline (en de begeleiding van patiënten met insuliner therapie) als een grensmaal tussen huisartsen- en specialistenzorg hebben gemarkeerd. Het is wellicht wat overdreven om te stellen dat het begeleiden van een patiënt die insuline gebruikt, in wezen niet ingewikkelder is dan het volgen van een patiënt die met anticoagulantia wordt behandeld, maar met enige deskundigheidsbevordering zal de huisarts toch een heel eind komen. Dankzij insuliner penen en glucometers is de uitvoering van de behandeling en van een deel van de controles door de patiënt zelf sterk bevorderd. Ambulante overschakeling van patiënten op insuline onder begeleiding van de huisarts wordt hierdoor mogelijk. Dit heeft belangrijke voordelen boven overschakeling tijdens een ziekenhuisopname, omdat de huisarts bij het instellen van de dosering beter rekening kan houden met de levenssituatie van de patiënt. In de praktijk blijkt immers vaak dat het 'schitterend dagprofiel' tijdens de ziekenhuisopname niet lang stand houdt wanneer de patiënt zijn gewone leven herneemt, met een ander voedings- en bewegingspatroon. Mogelijk vormt de ambulante poliklinische overschakeling door de specialist een tussenweg.

Het instellen en/of begeleiden van insuliner therapie door de huisarts, met een zorgvuldige selectie van het gebruikte 'palet' (kortwerkende, gemengde, langwerkende toedieningsvormen) en een eventuele combinatie met orale therapie, is een verfrissende intellectuele uitdaging enerzijds en een uitstekende kans tot 'zorg op maat' anderzijds. Diabeteszorg in het algemeen en insuliner therapie in het bijzonder veronderstellen echter een consequente educatieve benadering van de patiënt en een gestructureerde aanpak door de betrokken voorzieningen. Samenwerking tussen patiënt, huisarts, diëtist, specialist, wijkverpleegkundige en (vaak nog ontbrekend) diabetesverpleegkundige is hierbij een absolute noodzaak. Een multidisciplinair diabetesprekeur in de huisarts-(groeps)praktijk kan deze samenwerking optimaliseren.

Zoveel is duidelijk: diabeteszorg betekent een uitbreiding van de managementtaak van de huisarts en misschien schuilt hierin een verklaring voor de angst van de huisarts... voor de insulinespuit.

Prof.dr. Jan De Maeseneer

Literatuur op pag. 607.

Wie is bang voor de insulinespuit?

Vervolg van pag. 601

- 1 Reenders K, van Weel C. Onderzoek diabetes mellitus [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1990; 33: 373-4.
- 2 Veltmaat LJ, Miedema K, Reenders K. Overschakeling op insuline bij NIADM-patiënten. Een literatuurstudie naar criteria, voorkomen en belemmerende factoren. *Huisarts Wet* 1995; 38(13): 608-13.
- 3 American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1994; 17: 616-23.
- 4 Van Ballegooie E, Verhoeven S. Poliklinische instelling op insuline bij patiënten met diabetes mellitus type II. *Mod Med* 1989: 959-63.
- 5 Miedema K, Veltmaat LJ, Reenders K. Belemmerende factoren bij overschakeling op insuline van NIADM-patiënten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1995; 38(13): 614-7.
- 6 Jacobs M, Akkerhuis KM, Van Dijk MJ, et al. Betere diabetes regulatie door strikt volgen van de standaard 'Diabetes mellitus type II' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139(24): 1241-5. ■