

10

Pharm week 18

3

**APOTHEKERS MOETEN EEN VER-
GOEDING KRIJGEN VOOR HULP BIJ DE
AFBOUW VAN DIABETESMEDICATIE**

Nieuwe inzicht diabetes mellitus type 2 maakt behandeling op maat mogelijk

‘Andere leefstijl of medicatie? Kijk naar het subtype diabetes’

“Veel patiënten met diabetes type 2 kunnen medicatie afbouwen als ze hun leefstijl aanpassen. De een heeft baat bij andere voeding, de ander vooral bij bewegen. Sommigen blijven afhankelijk van medicatie.” Diabetesapotheker Anne-Margreeth Krijger-Dijkema deelt dit nieuwe inzicht en vertelt over haar plannen om aan de slag te gaan met ‘diabetypering’.

“Mijn zorgverlenershoofd kon het eerst niet aan. Hoe kan het dat patiënten die jaren insuline spuiten daarmee binnen een paar maanden kunnen stoppen? Alleen door anders te gaan eten ...” Openbaar apotheker Anne-Margreeth Krijger-Dijkema zag het op tv, in de reportage ‘Hoe word ik 100’. De verhalen van deze patiënten zetten haar aan het denken en ze begon zich af te vragen of we eigenlijk wel goed bezig zijn. “Met medicatie richten we ons met name op verlaging van hoge bloedsuikers om complicaties te voorkomen en daarbij realiseren we ons niet altijd dat door bepaalde middelen de insulineresistentie – de oorzaak van diabetes type 2 – alleen maar toeneemt.” Krijger-Dijkema werkt bij Apotheek Stevenshof en bij SIR Institute for Pharmacy, Practice and Policy in Leiden en weet veel van diabetes mellitus type 2. Ze geeft hierover les aan masterstudenten en apothekers (in opleiding) en zit in de SIG Diabetes. Op de diabetes OpFRISdag voor apothekers, die zij twee keer per jaar geeft, presenteerde Krijger-Dijkema eind oktober “een interessant nieuw inzicht. Diabetes mellitus type 2 is niet één ziekte; er bestaan verschillende subtypen die allemaal een andere aanpak behoeven.” Scandinavische onderzoekers publiceerden in maart 2018 in de *Lancet* over de verschillende vormen diabetes type 2, vertelt ze. Zij onderscheidde vijf subtypen: verschillend in mate van insulineresistentie en/of bèta-celfalen, overgewicht, leeftijd en de aan- of

afwezigheid van antistoffen (anti-GAD) [1]. “Opvallend was de subgroep van patiënten bij wie geen sprake was van bèta-celfalen, maar juist van overproductie van insuline op het moment van diagnose. Zij hadden een extreem hoge mate van insulineresistentie. Deze patiënten moet je geen insuline of sulfonylureumderivaat (SU) geven, dan neemt de resistentie juist nog meer toe. Maar de groep diabetes met antistoffen en daardoor slecht functionerende bètacellen, heeft juist wel insuline nodig. De uitdaging is om uit te zoeken wat de juiste behandeling is voor de overige groepen met verschillende combinaties van insulineresistentie en bèta-celfalen.”

Diabetypering

Razend interessante materie vindt Krijger-Dijkema. Ze kijkt dan ook erg uit naar de start van de multidisciplinaire pilot, die moet uitwijzen of ‘diabetypering’ – kijken welk subtype diabetes iemand heeft – in de praktijk werkt.

Auteur **Cindy Reinders**

11

Pharm weekkr 18 januari 2018:154-3

Krijger-Dijkema: diabetes/leefstijlapotheker

Anne-Margreeth Krijger-Dijkema [46] studeerde farmacie in Groningen en behaalde in 1997 haar apothekersdiploma. Daarna ging ze aan de slag bij Apotheek Stevenshof en SIR Institute for Pharmacy, Practice and Policy in Leiden. Krijger-Dijkema verdiepte zich daar op het vlak van diabetes mellitus type 2 en is inmiddels ook in leefstijl gedoken. Zij geeft veel scholing over diabetes, schrijft mee aan richtlijnen, is lid van de SIG Diabetes en zit namens de KNMP in het bestuur van de Nederlandse Diabetes Federatie.

IEMAND MET INSULINE- OVERPRODUC- TIE MOET JE GEEN INSULINE OF SU-DERI- VAAT GEVEN

“Dat gaan wij – apotheker, diëtist, praktijk-ondersteuners en huisarts – samen doen met onderzoekers van TNO. Die hebben de klassieke orale glucosetolerantietest (OGTT) hiervoor in een nieuw jasje gestoken. Na inname van het mierzoete drankje wordt de bloedglucosespiegel nu vaker bepaald, vijf keer in plaats van twee, én er zijn metingen van de insulinespiegel bij gekomen. Met deze waarden kunnen de onderzoekers van TNO vervolgens een subtype diabetes type 2 berekenen. Hierbij gaan ze niet alleen kijken naar de functie van de bètacellen, maar ze gaan ook onderscheid maken in insulineresistentie van lever, spieren of een combinatie ervan.”

“Welk leefstijladvies het beste bij welk subtype past staat nog erg in de kinderschoenen. Maar de hoofdmoot zal toch zijn dat ze hun voeding moeten aanpakken. Bewegen helpt vooral de mensen die veel resistentie hebben in de spieren. Dan put je de glycogeenvoorraad in je spieren uit en zal de vervetting van je spieren afnemen, waardoor de gevoeligheid voor insuline weer beter wordt. Wie alleen last heeft van insulineresistentie in de lever, mag wel gaan bewegen maar hierbij zijn dieetadviezen effectiever. Bij leverinsulineresistentie komt bijvoorbeeld relatief vaak leververvetting voor en daarbij helpt het om fructose te vermijden. Fructose kan alleen in de lever worden omgezet in glucose, maar als je al voldoende hebt wordt het direct omgezet in vet. Fructose zit in tafelsuiker en veel

APOTHEKERS Zouden laagdrempelig
gevalideerde risicotesten
kunnen afnemen en bloedsuiker,
cholesterol, bloeddruk en
buikomvang kunnen bepalen, vindt
Anne-Margreeth Krijger-Dijkema.

in fruit. Een appeltje is geen probleem, maar een glas sinaasappelsap wel.”

360 graden

“Patiënten moeten voor de OGTT minstens twee uur blijven. In die tijd gaan een diëtist en ik met ze in gesprek, over leefwijze en medicatie, en begeleiden wij bij het invullen van de online TNO-vragenlijst. Dit leidt uiteindelijk tot de ‘360 graden diagnose’, die inzicht geeft in gedrag, omgeving, lichaam en geest. Per persoon komt er uit wat aandacht behoeft, volgens het stoplichtmodel.”

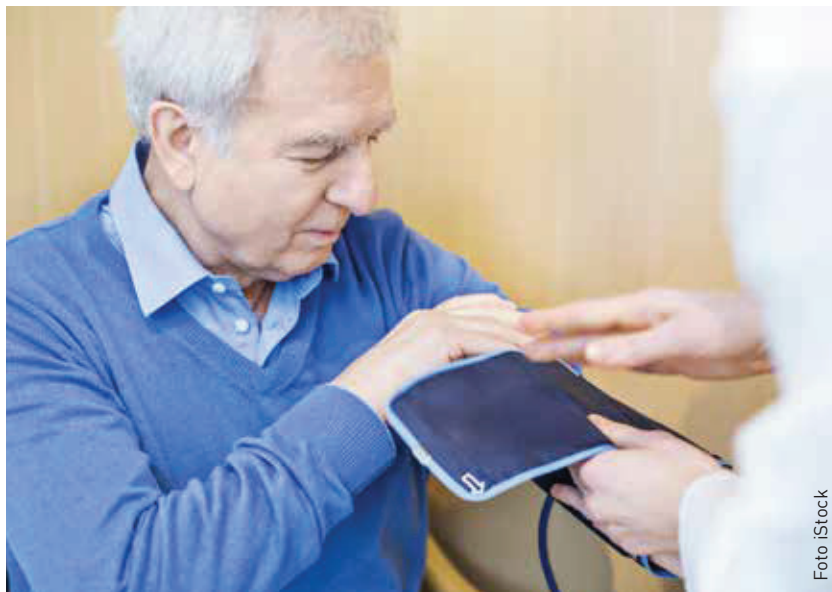
“De dingen die goed gaan staan op groen, die minder goed gaan op oranje en wat meteen aandacht verdient staat op rood. Een kwart van de vragen gaat maar over het lichaam – bloeddruk, cholesterol, bloedsuiker en medicatie – want dat is maar een onderdeel van het geheel. Als je omgeving niet op orde is, iemand die in de schuldsanering zit bijvoorbeeld, dan staat je hoofd niet naar veranderen van leefstijl, dan ben je aan het overleven.”

Krijger-Dijkema is nu nog bezig met de financiering van het project. “Zodra het rond is beginnen we met een groepje van acht patiënten. Daarna volgt nog een ronde van acht. Meer patiënten includeren is niet haalbaar. Het moet allemaal wel naast de reguliere zorg gebeuren.”

Afbouwen

Een rol voor de apotheker ziet zij vooral bij het afbouwen van bloedglucoseverlagende medicatie bij patiënten bij wie dat mogelijk is. “Want minder geneesmiddelen of zelfs helemaal stoppen is uiteindelijk het doel wanneer patiënten hun leefstijl aanpassen. En het mooie is dat als het bloedsuiker beter in balans is, het cholesterolgehalte vaak ook verbetert waardoor die pil er wellicht ook af kan. Hetzelfde geldt voor bloeddrukverlagende. Met sommige kun je meteen stoppen, maar bètablokkers moet je afbouwen. Apothekers kunnen hun kennis dus goed inzetten bij het afbouwen van medicatie.”

De kritiek die daar vaak op komt – ‘dan snij je in je eigen vlees’ – begrijpt Krijger-Dijkema, “maar dat mag niet de reden zijn om deze zorg niet te verlenen. We moeten af van het MKB-model, dat apothekers alleen betaald krijgen als ze iets meegeven. We moeten ook een vergoeding krijgen voor goed



begeleiden bij afbouwen; we dragen daarmee immers bij aan doelmatige zorg.”

“Zelf had ik laatst een leuk gesprek over leefstijl met een vrouw van rond de 50 jaar met diabetes type 2. Zij gebruikte metformine tweemaal daags, een cholesterol- en bloeddrukverlager en had een wens: zij wilde minder pillen. De praktijkondersteuner dacht daar alleen anders over, die had haar net gezegd dat het bloedsuiker te hoog was en dat er een pil – gliclazide – bij moest.”

“Leefstijl was volgens haar niet besproken. Maar als mensen op het punt staan dat de therapie geïntensiveerd moet worden, zijn ze goed te motiveren om iets anders te gaan doen. Mijn patiënt wilde die pil helemaal niet omdat ze er dikker van zou worden. Ik heb haar toen uitgelegd dat het niet alleen belangrijk is wát je eet – van welke producten je insulineafgifte het meest omhoog gaat – maar ook wánnere je eet. Als je de hele dag door eet, heb je steeds een hoge insulinespiegel en insuline remt je vetverbranding en stimuleert je vetopslag. Wat bleek: zij at de hele dag door.”

“Ik heb haar toen aangeraden om het aantal eetmomenten te verminderen en gewezen op het boek van Hanno Pijl *Diabetes maak je zelf beter*. Ze was gemotiveerd om toch nog een keer die leefstijl aan te pakken. Het recept voor gliclazide heeft de POH *on hold* gezet.”

Inspanningscapaciteit

“Waar apothekers ook kritisch naar kunnen kijken, is (co)medicatie die belemmerend kan werken om een andere leefwijze goed door te voeren. Middelen die het mensen moeilijk maken om af te vallen, zoals antidepressiva en antipsychotica, of mensen tegenhouden om te gaan sporten.”

“Een dame vertelde mij dat ze graag wilde wandelen, maar haar man niet mee kreeg. Die zei ‘daar is niks aan, want jij komt niet vooruit’. Ze bleek een bètablokker – in een hele hoge dosering – te gebruiken waardoor haar inspanningscapaciteit enorm werd geremd. Dit middel gebruikte ze ter voorkoming van migraine. Toen ze vertelde dat ze eigenlijk geen last meer had van migraine, omdat ze door de overgang heen was, zijn we die bètablokker gaan afbouwen zodat zij weer een blokje om kan.”

“Vergeet trouwens ook niet de bloedglucoseverlagende middelen zelf. SU-derivaten en met name insulines belemmeren mensen ook

Wekelijks aan de wandel met patiënten

Zorgverleners van Gezondheidscentrum Stevenshof in Leiden willen graag het goede voorbeeld geven. Elke week loopt iemand mee met een wandelgroep van patiënten. De praktijkondersteuners zijn ermee begonnen, vrijwillig elke donderdag in hun lunchpauze.

Inmiddels loopt ook apotheker Anne-Margreeth Krijger-Dijkema eens in de zes tot acht weken mee. “Na een vergadering hoorde ik de praktijkondersteuners met elkaar praten en ving op dat er een nieuw wandelrooster moest komen maar dat er te weinig zorgverleners meededen. Daarop heb ik me ook aangemeld, en inmiddels een collega van mij ook. We voeren dan geen gesprekken over medicatie, hoor. Bewegen is het doel. Een mooie bijvangst is dat patiënten je zo leren kennen en herkennen in de apotheek.”

in het afvallen. Vanaf de tweede behandelstap wordt het voor veel type 2 diabeten daardoor moeilijker om af te vallen en neemt de insulineresistentie verder toe. Zo wordt het een chronisch progressieve ziekte waarvoor steeds meer medicatie nodig is.”

Preventie

Allerlei ideeën heeft Krijger-Dijkema ook op het gebied van preventie. Daar lijkt nu het momentum voor te zijn, zegt ze, met een kabinet dat in november het preventieakkoord sloot. “Jaren geleden was dat nog niet zo. Er werd toen van alles ontwikkeld en gevalideerd, zoals de risicocheck en het preventieconsult, maar het kwam niet van de grond. Er was geen geld voor. Nu misschien wel, want kort geleden las ik dat de Nederlandse Zorgautoriteit – een instantie die over geld gaat – een expertgroep preventie gaat oprichten, dus wie weet kunnen we daar aankloppen.”

“Voor een soort preventieconsult in de apotheek bijvoorbeeld. Wij zouden laagdrempelig gevalideerde risicotesten kunnen afnemen en bepalingen kunnen doen van bloedsuiker, cholesterol, bloeddruk en buikomvang. Wie een verhoogd risico heeft op bijvoorbeeld diabetes of hart- en vaatziekten, kunnen we volgens lokale afspraken doorverwijzen naar de huisartsenpraktijk of bijvoorbeeld een leefstijlcoach.”

“Zover ben ik trouwens nog niet hoor, maar ik hoop dit in 2019 wel meer vorm te gaan geven. Ik heb al met meerdere enthousiaste apothekers gesproken over het oprichten van een werkgroep voor apotheek, leefstijl en preventie.” ■

**KIJK KRITISCH
NAAR
MEDICATIE
DIE AAN-
PASSING VAN
LEEFSTIJL
BELEMMERT**