

Interview met Mariëlle van Avendonk:

‘Iedere patiënt verdient dat je goed overweegt of insuline bij hem of haar wel nodig is’



Afgelopen najaar promoveerde Mariëlle van Avendonk op haar proefschrift *Insulin therapy in type 2 diabetes patients. Balancing between evidence and experience*. In een interview vertelt ze over de aspecten uit haar onderzoek die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Bij een biertje...

Van Avendonk vertelt dat ze niet echt een ‘vrije keuze’ had toen het ging om het onderwerp van haar onderzoek. ‘Ik was huisarts, maar werd ziek, dus ik wilde iets anders gaan doen. Eerst was dat een “gewoon”, kleinschalig onderzoek naar de invoering van een diabetespas in de huisartsenpraktijk. Nog voor dat onderzoek helemaal was afgerond ging ik naar een congres in Duitsland om over de eerste resultaten te vertellen. Daar kwam ik Guy Rutten – mijn promotor – tegen, en gezeten aan een picknicktafel vol met pullen bier vroeg hij of ik onderzoek bij hem wilde doen. Misschien dat al dat bier hielp... ik heb er in elk geval na even nadenken “ja” op gezegd. Maar het feit dat ik op deze manier aan mijn onderzoeksonderwerp ben gekomen, wil niet zeggen dat ik het niet interessant of leuk vond.’

Onduidelijkheden bij insuline

Omdat het onderzoek enkele jaren in beslag heeft genomen en de ontwikkelingen in de diabeteszorg erg snel gaan, zijn de eerste hoofdstukken van het proefschrift alweer door de tijd ingehaald. Van Avendonk: ‘Toen ik aan mijn onderzoek begon, in 2005, was de organisatie van de diabeteszorg heel anders dan nu. Door de komst van de diabeteszorggroepen is veel verbeterd.’

Maar volgens Van Avendonk bevat het proefschrift ook een belangrijke boodschap die nog uiterst actueel is: ‘Pijnlijk genoeg is er nog maar weinig bekend over insulinetherapie. Onze bevindingen bevestigen dat het eenmaal daags toevoegen van basaal insuline aan orale glucoseverlagende middelen het beste startpunt is. Maar het effect van alle volgende stappen – van één naar twee of meer injecties per dag – is verre van duidelijk. Je denkt als huisarts dat alles rond insulinegebruik helder en evidence based is, maar er is nog heel veel onbekend. Wat zijn de effecten op lange termijn? Moet je insuline wel voorschrijven bij oudere mensen met veel comorbiditeit? Hoe zit het precies met bijwerkingen, de hypo's en de gewichtstoename? Natuurlijk, insulinetherapie is

zeker nodig. Maar een NHG-Standaard, waarin alles in protocollen is vervat, is misschien niet van toepassing op de individuele patiënt die tegenover je zit. Volgens mij verdient elke patiënt dat je goed overweegt of insuline bij hem of haar wel nodig is en, zo ja, welke. Als huisarts word je daar niet blij van, maar als patiënt des te meer.’

Kwaliteit van leven

‘In mijn onderzoek blijkt de ervaren kwaliteit van leven bij insulinegebruikende patiënten sterk achter te blijven bij die van patiënten zonder insuline’, vertelt Van Avendonk. ‘Ik moet daarbij weliswaar een slag om de arm houden, want ik heb niet onderzocht waarom patiënten die insuline gebruiken zo’n lage kwaliteit van leven ervoeren. Misschien ligt de oorzaak niet in het insulinegebruik, maar komt het doordat het juist de ernstiger patiënten zijn die insuline nodig hebben, ook al hebben we voor veel van deze factoren gecorrigeerd. Evenmin is bekend hoe lang de in dit deel van mijn onderzoek geïnccludeerde patiënten al insuline gebruikten. Je mag aannemen dat in de beginfase de ervaren kwaliteit van leven wel positief is, want dan gaat de suiker omlaag en voelt de patiënt zich beter. Maar kennelijk gaat dat welbevinden later omlaag. En al kan ik dus geen harde uitspraken doen over de oorzaken daarvan, toch vond ik dit een uitkomst van het onderzoek die tot nadenken stemt.’

Voor- en nadelen afwegen

Vindt Van Avendonk dus dat de huisarts wel wat terughoudender kan zijn bij het overzetten van zijn patiënten op insuline? ‘Ja, feitelijk wel. Het is bij bepaalde groepen patiënten goed om nog even na te denken over de voor- en nadelen van insuline. Bekijk de patiënt in z’n geheel en stap niet meteen bij een te hoog HbA1c over op insuline. Als je er geen acute problemen mee veroorzaakt, kun je er ook voor kiezen om dat HbA1c wat hoger te laten. Neem bijvoorbeeld een oudere patiënt met een levensverwachting van nog een jaar of tien; dan kun je wel insuline voorschrijven ter preventie van cardiovasculaire problemen op langere termijn, maar als die patiënt daardoor dagelijks hypo's krijgt kun je dat volgens mij beter laten. Bovendien zijn er recentelijk diverse onderzoeken gedaan die aantonen dat een láág HbA1c ook tot toename van mortaliteit leidt. Voor mij is dat nóg een reden om te denken: doe het bij sommige patiënten maar niet.’

Verwijzen bij complexe zorg

In haar proefschrift schrijft Van Avendonk dat het wellicht verstandig is om bij complexe problematiek de patiënt te verwijzen naar



specialisten op het gebied van de diabeteszorg. 'Huisartsen hebben nu eenmaal relatief weinig patiënten die starten met insulinetherapie en ze zijn zelf vaak ook huiverig voor de begeleiding daarvan. Ze voeren gebrek aan kennis, tijd en geld aan voor die terughoudendheid. En je kunt aan die kennis wel wat doen in de vorm van educatie, maar als de huisarts die vervolgens weinig in praktijk kan brengen, krijg hij ook nooit zelfvertrouwen op dit terrein. Het simpele opstarten van insuline kan de huisarts echter prima zelf doen. Maar als het complexer wordt, is het wellicht beter om de zorg over te dragen aan iemand die daarin is gespecialiseerd, zoals een kaderhuisarts, diabetesverpleegkundige of specialist.'

Weg met de sulfonyleumderivaten?

Als de huisarts start met insuline, dan is dat – conform de standaard – náást de bestaande orale therapie met metformine en sulfonyleumderivaten (SU's). Van Avendonk heeft onderzocht of

dat een goede behandelingswijze is. 'In de internationale literatuur staat dat je in elk geval moet doorgaan met metformine, want dat geeft minder gewichtstoename, er is minder insuline nodig, er zijn minder hypo's en metformine geeft minder microvasculaire complicaties. Maar als het gaat over het voortzetten van SU's dan is de internationale literatuur verdeeld. Het zou voordelen kunnen hebben, maar ook nadelen. Wij hebben dus een trial opgezet waarbij patiënten die startten met insuline én bij wie de metformine werd voortgezet, werden gerandomiseerd naar wel of niet voortzetten van de SU's. Helaas liep de inclusie heel slecht; ik heb letterlijk het hele land doorgereisd op zoek naar patiënten en kon er uiteindelijk maar 39 includeren. Dat is erg jammer, want nu blijft het een *underpowered* deel van mijn onderzoek en kan ik geen al te harde uitspraken doen. Dit terwijl uit het onderzoek naar voren kwam dat er geen enkel verschil was tussen beide groepen als het gaat om de bètacelfunctie van de pancreas, hetgeen we wel hadden verwacht. De bètacelfunctie werd dus niet beïnvloed door de SU's, maar er waren wél significant meer hypo's in de SU-groep. Daar was bovendien een grotere gewichtstoename, zij het dat dit laatste niet een significant groot verschil was.

Het is dus spijtig dat dit deel van mijn onderzoek *underpowered* was. Anders zou ik in de standaardwerkgroep zeggen: stop maar met die SU's, ook al heb je dan wat minder insuline nodig.'

Zeeën van tijd

Wat zijn de plannen van Van Avendonk nu het onderzoek is afgerond en er weer 'zeeën van tijd' zijn waarover ze kan beschikken? 'Ik vind het voorlopig nog even heerlijk dat het onderzoek achter de rug is, maar er moeten nog heel veel artikelen over worden ingediend voor publicatie, dus ik ben op dit moment nog net zo druk als tijdens het onderzoek. Wel heb ik voor het eerst in lange tijd weer eens een boek kunnen lezen en dat was erg fijn!'

Van Avendonk heeft bij het NHG een dienstverband van twee dagen per week, bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid. 'De standaard Obesitas is net afgerond; we zijn nu net begonnen met de actualisering van de standaard Angststoornissen. En verder weet ik nog niet wat ik ga doen, ik kijk wel wat er op mijn pad komt. Het moet wel meer worden dan mijn huidige aanstelling van twee dagen per week, want van zo weinig uren werken word ik op den duur horendol.'

Zou Van Avendonk ooit nog aan een nieuw onderzoek beginnen? 'O ja, zeker! Ik vond het erg leuk om te doen. Maar dan moet het wel onderzoek zijn met een kleinere opzet. Ik zou bijvoorbeeld wel willen meedenken, meesturen, mee-uitvoeren bij een onderzoek. En schrijven vind ik leuk. Dus wie weet!'

Ans Stalenhoef