

Handleiding Zorgprogramma Diabetes Mellitus type II Dokterscoop ketenzorg 2021

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
DIABETES MELLITUS TYPE II	5
DIABETES KETENZORG VAN DOKTERSCOOP	5
DOELSTELLING ZORGPROGRAMMA DM2	5
DOELGROEP	6
INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA VOOR DEELNAME AAN KETENZORGPROGRAMMA DM2	6
HOOFDBEHANDELAAR VAN DE PATIËNT	6
OPBOUW ZORGPROGRAMMA	7
INLEIDING	7
OPSPORING EN DIAGNOSTIEK (NIET IN HET ZORGPROGRAMMA)	8
IN KAART BRENGEN VAN DE PATIËNT	9
SCHARNIERCONSULT	9
AANMELDING BIJ DOKTERSCOOP	10
REMISSIE VAN DIABETES MELLITUS	10
INSTELFASE: FUNDUSSCREENING, VOETSCREENING EN LABORATORIUMONDERZOEK	11
FUNDUSSCREENING	11
VOETSCREENING	11
BLOEDAFNAME EN BLOEDDRUKMETING DOKTERSCOOP	11
INSTELFASE/ INTENSIEVE FASE	12
MEDICAMENTEUZE BEHANDELING	12
PERIODIEKE DM-CONTROLES	12
INSTELLEN OP INSULINE	14
RANDVOORWAARDEN VOOR INSULINETHERAPIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK	14
VOORBEREIDING INSTELLEN OP INSULINE	14
INSTELLEN OP GLP-1 OF DPP-4	14
RANDVOORWAARDEN VOOR GLP-1-THERAPIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK	14
STABIELE BEHANDELFASE EN JAARLIJKSE CONTROLE	15
PERIODIEKE DM-CONTROLES	15
JAARLIJKSE CONTROLE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK	15

[terug naar inhoudsopgave](#)

VOETSCREENING DOOR POH	16
VERWIJZING PEDICURE EN/OF PODOTHERAPEUT: VANAF ZORGPROFIEL 2	17
ZELFMANAGEMENT	18
VERWIJZING, CONSULTATIE EN SAMENWERKING IN DE KETEN.....	18
KETENPARTNERS	18
HET FRIES WISSELPROTOCOL	19
CONSULTATIE INTERNIST/DIËTIST/LIFESTYLECOACH.....	19
VERWIJZING DIËTIST	20
VERWIJZING PEDICURE EN/ OF PODOTHERAPEUT.....	21
REGIONALE TRANSMURALE SAMENWERKINGSAFSPRAKEN (RTA's).....	22
THERAPIËN, BEHANDELINGEN EN INTERVENTIES	22
MEDICAMENTEUZE BEHANDELING	22
LEEFSTIJLADVIEZEN.....	22
VOEDINGSADVIES.....	23
BEWEEGADVIES	24
STOPPEN MET ROKEN PROGRAMMA.....	25
ORGANISATIE EN TAAKVERDELING	25
TAAKVERDELING	25
RANDVOORWAARDEN VOOR DEELNAME AAN DE ZORGGROEP DM KETENZORG VAN DOKTERSCOOP	26
INFORMEREN EN TOESTEMMING PATIËNT	26
OPROEPSYSTEEM EN REGISTRATIE NO-SHOW BELEID.....	26
INDICATOREN REGISTRATIE HIS	27
AANMAKEN VAN VERRICHTINGEN	28
INDICATOREN VOOR EVALUATIE EN MONITORING	28
KWALITEITSBELEID DOKTERSCOOP	29
KWALITEITSBEWAKING.....	29
BRONVERMELDING BIJLAGEN.....	29
BIJLAGEN.....	30
BIJLAGE 1: PROTOCOL KETENZORG DIABETES.....	30
BIJLAGE 2: OMSCHRIJVING ZORGNIVEAUS; HET FRIES WISSELPROTOCOL	33

[terug naar inhoudsopgave](#)

BIJLAGE 3: NO-SHOW BELEID IN BLOKSCHEMA.....	39
BIJLAGE 4: VERRICHTINGENCODES DM	40

INLEIDING

Dit zorgprogramma diabetes mellitus type II (DM2) beschrijft de zorg zoals die door de deelnemende huisartsenpraktijken binnen Dokterscoop wordt geleverd aan nieuwe en bestaande patiënten met DM2. De omschrijving is tevens de handleiding en - jaarlijks geactualiseerd - naslagwerk voor alle zorgverleners binnen de keten diabetes.

De inhoud van de zorg is voor het overgrote deel gebaseerd op de NHG-standaard Diabetes Mellitus 2018.

Binnen Dokterscoop heeft de praktijkondersteuner de centrale rol bij de behandeling van DM2. Samen met de huisarts en de doktersassistent coördineren zij de zorg voor een grote groep DM2-patiënten in de eerste lijn.

Essentieel hierbij is de samenwerking en de afstemming met zorgprofessionals die direct bij de zorg betrokken zijn, zoals oogartsen, internisten en diëtisten. Daarnaast zijn er partners met wie samenwerkingsafspraken zijn gemaakt zoals podotherapeuten, pedicures.

Het zorgprogramma (geprotocolleerde zorg) is opgesteld volgens NHG-standaarden en kwaliteitsrichtlijnen en volgt bij vaststelling verhoogd vaartrisiko het zorgprogramma CVRM.

DIABETES MELLITUS TYPE II

DM2 is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Bij Diabetes Mellitus is het lichaam niet meer in staat glucose goed te verwerken. Dat komt omdat er te weinig of geen insuline wordt aangemaakt of omdat het lichaam ongevoelig is geworden voor de insuline. Insuline is nodig voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamssweefsels. Bij geen of onvoldoende insuline heeft het lichaam moeite de glucose uit het bloed te krijgen en stijgen de bloedglucosewaarden. Op langere termijn kunnen door de hoge bloedglucosewaarden problemen ontstaan, waaronder hart- en vaatziekten, retinopathie, neuropathie en nefropathie.

Met het stijgen van de gemiddelde leeftijd in Nederland, neemt het aantal mensen met diabetes toe. In 2019 waren er ± 2500 patiënten geïnccludeerd binnen de ketenzorg diabetes van Dokterscoop.

DIABETES KETENZORG VAN DOKTERSCOOP

DOELSTELLING ZORGPROGRAMMA DM2

Het zorgprogramma DM2 van Dokterscoop heeft als doel het realiseren van de best mogelijke eerstelijnszorg voor patiënten met DM2 bij deelnemende huisartsenpraktijken binnen het vastgestelde budget. De systematische, gestructureerde en multidisciplinaire zorgverlening richt zich op het voorkómen en behandelen van hypo- en hyperglycaemische klachten en complicaties, zoals (toename van) hart- en vaatziekten,

chronische nierschade, retino- en neuropathie. Belangrijk hierbij is dat patiënten goed geïnformeerd worden/zijn en de patiënten die willen en kunnen, een actieve rol nemen in hun eigen zorgproces door gezamenlijke besluitvorming over de behandeling. Centraal staat de zorgverlening in de eerste lijn, met een nadrukkelijke aansluiting bij en goede afstemming met de tweede lijn.

DOELGROEP

De ketenzorg richt zich op patiënten met DM2 die onder behandeling zijn van de huisarts.

INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA VOOR DEELNAME AAN KETENZORGPROGRAMMA DM2

Dokterscoop volgt hierin de in- en exclusiecriteria van InEen zoals omschreven in de '[Handleiding inclusie en exclusie van patiënten in een ketenzorgprogramma](#)' (InEen 2019).

INCLUSIECRITERIA:

- Diagnose T90.02 3 Diabetes Mellitus type2, gesteld volgens de NHG standaard EN ≥ 18 jaar

EXCLUSIECRITERIA:

- Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn
- Vrouwen met zwangerschapsdiabetes
- Diabetes in remissie (> 5 jaar normale glucosewaarden (< 7.0) en HbA1c waarden (< 48) die niet bij meer diabetes passen) zonder glucose verlagende medicatie)
- Diabetes Mellitus type 1

HOOFDBEHANDELAAR VAN DE PATIËNT

Alleen patiënten waarvan de huisarts hoofdbehandelaar (praktische uitvoering hoofdbehandelaar volgt) is, kunnen worden opgenomen in het zorgprogramma. Als een medisch specialist na verwijzing voor één van de ketenzorgaandoeningen de behandeling overneemt, wordt deelname aan het zorgprogramma beëindigd. Terugverwijzing naar en overdracht van het hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist naar de huisarts is ook mogelijk, waarbij de patiënt weer kan deelnemen aan het zorgprogramma.

De huisarts legt het hoofdbehandelaarschap vast in het dossier. Dit betreft de huisarts of de specialist. Door een juiste registratie zijn alle patiënten binnen de keten eenvoudig te herkennen, aangezien er een groene K zichtbaar is in het dossier. De manier waarop het hoofdbehandelaarschap wordt vastgelegd, wordt omschreven op het besloten leden/participanten-deel van de Dokterscoop-website. *Volg: Ingang Leden -> Informatie zorgverleners -> Instructies ketenzorg en raadpleeg het document 'Registreren Deelname Ketenzorg'.*

[terug naar inhoudsopgave](#)

Bij medisch specialistische consultatie als onderdeel van het zorgprogramma blijft de patiënt in het zorgprogramma met de huisarts als hoofdbehandelaar. Dit geldt ook voor kortdurende opnames in het ziekenhuis waarbij een medisch specialist in consult wordt geroepen. Als daarbij het hoofdbehandelaarschap niet wordt overgedragen aan de medisch specialist, blijft de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis in het zorgprogramma. Als de huisarts bericht ontvangt van de specialist dat de specialist het hoofdbehandelaarschap overneemt, dan zal de huisarts het ketenzorgprogramma voor de betreffende patiënt beëindigen. Belangrijk hierbij is, dat de specialist duidelijk naar de huisarts communiceert dat het hoofdbehandelaarschap wordt overgenomen.

Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is, worden binnen het HIS gecodeerd door het toekennen van Deelname Ketenzorgprogramma DM2.

OPBOUW ZORGPROGRAMMA

INLEIDING

Binnen de Dokterscooppraktijken wordt de ketenzorg DM2 gecoördineerd en gecontroleerd vanuit de praktijken zelf. Aansturing vindt eventueel plaats vanuit de Commissie DM, de Kwaliteitscommissie en zo nodig vanuit het Coöperatiebestuur.

Er is geen externe instantie betrokken voor bijvoorbeeld diagnostiek of logistiek.

Met behulp van heldere afspraken en richtlijnen worden overige ketenzorgpartners, al of niet betrokken binnen de zorg, of wordt diagnostiek aangevraagd. Met al deze disciplines zijn contractuele afspraken gemaakt. Ook hier volgt Dokterscoop strikt de NHG-standaard DM 2018, maar anticipeert eventueel op nieuwe inzichten na het verschijnen van de meest recente standaard of presentatie van nieuwe inzichten bij bijvoorbeeld een Langerhans Symposium.

Bij de DM-controles in praktijk betekent dit:

- minimaal jaarlijkse controle DM2 (POH);
- periodieke controles op maat: minimaal 1 x per jaar en vaker indien nodig.

Samengevat worden de volgende stappen doorlopen:

- Patiënt uitnodigen voor jaarcontrole
- Van tevoren jaarlaboratorium bepaling en eventueel fundusscopie, afhankelijk van controle frequentie

Vervolgens:

Consult bij POH:

- Jaarlijkse voetscreening → zorgprofiel gewijzigd? → voetzorg over naar podotherapeut
- Jaarcontroles (RR, gewicht, rookstatus)
- Aandacht voor IZP, eventueel aanpassen
- Uitslagen jaarlaboratorium/ fundusscopie bespreken

- Eventueel wijzigen medicatie
- Consultatie diëtist aan de orde?
- Consultatie internist aan de orde?
- Blijft patiënt in de ketenzorg?
- Controle frequentie bepalen

Het protocol geeft meer schematisch de route weer die een patiënt jaarlijks doorloopt (zie bijlage 1).

OPSPORING EN DIAGNOSTIEK (NIET IN HET ZORGPROGRAMMA)

Voorafgaand aan de keten vindt herkenning en opsporing van eventuele DM-patiënten plaats. Het stellen van de diagnose DM2 valt buiten de keten, maar wordt hier volledigheidshalve wel behandeld. Diagnose DM wordt gesteld op basis van de NHG-standaard DM2, 2018.

Bepaal de (bij voorkeur nuchtere) bloedglucosewaarde bij mensen met klachten of aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van DM zoals dorst, polyurie, vermagering, pruritus vulvae op oudere leeftijd, recidiverende urineweginfecties en balanitis, mono-neuropathie, neurogene pijnen en sensibiliteitsstoornissen. De diagnose DM wordt gesteld bij tweemaal een nuchtere glucosewaarde ≥ 7 mmol/l of een willekeurige plasmagluucose ≥ 11.1 mmol/l in combinatie met klachten die passen bij hyperglycemie. Bij een verhoogde bloedglucosewaarde: bepaal nuchter glucose in laboratorium in veneus plasma. De bloedsuikermeters in de praktijken zijn gekalibreerd naar de meting in veneus plasma, maar kunnen een meetfout van 10-15% hebben. Indien de bloedglucosewaarde $\geq 6,1$ en $< 7,0$ is, is er verdenking voor een gestoorde nuchtere glucose.

Bij verdenking gestoorde nuchtere glucose: herhaal nuchtere glucose na 3 maanden. Indien bloedglucosewaarde $< 7,0$ is: diagnose gestoorde nuchtere glucose (ICPC-code A90.05). Beleid is aandacht voor leefstijl, instructie patiënt op verhoogd risico DM2 en uitleg over de verschijnselen. Waarschuw voor glycaemische problemen bij intercurrente ziekten. Overweeg bezoek diëtist bij overgewicht. Herhaal jaarlijks nuchter glucose en volg richtlijn CVRM. Indien glucose lab $\geq 7,0$ mmol/l is: herhaal deze meting op korte termijn in het laboratorium en stel diagnose DM2.

Als de diagnose alternatieve diagnoses en onderliggende aandoeningen zijn uitgesloten door de huisarts, kan de diagnose DM II worden gesteld. Zo kunnen stress, infectieziekten of bijvoorbeeld een kuur prednison de bloedglucose tijdelijk doen stijgen. Deze tijdelijke verhoogde bloedglucosewaarden en eventueel onderliggende aandoeningen moeten zo nodig behandeld worden, waarna de diagnose mogelijk kan worden herzien. Er wordt nagegaan of deze patiënten gemonitord moeten blijven. Sluit uit dat de patiënt DM1 heeft.

De kans op DM1 neemt toe naarmate de patiënt:

- jonger is;
- hogere bloedglucosewaarden heeft die in korte tijd zijn ontstaan;
- een gezond lichaamsgewicht heeft.

Vooraf bij mensen met BMI < 27 kg/m² dient bij de diagnosestelling extra aandacht te zijn voor het type diabetes. MODY (maturity-onset diabetes of the young) en LADA (latent auto-immune diabetes in adults) lijken op DM2.

[terug naar inhoudsopgave](#)

Patiënten met diagnose DM2 (ICPC-code T90.02) kunnen, als ze ook voldoen aan de eerder beschreven inclusiecriteria, worden opgenomen in de keten DM2. Het vervolgbeleid en een aanzet naar een individueel zorgplan vindt plaats in de huisartsenpraktijk.

Ook binnen Dokterscoop is er actieve casefinding. Driejaarlijks dient de bloedglucosewaarde te worden bepaald bij personen ouder dan 45 jaar met:

- BMI ≥ 27 kg/m²;
- DM2 bij ouders, broers of zussen;
- Hypertensie (systolische bloeddruk > 140 mmHg of behandeling voor hypertensie);
- vetstofwisselingsstoornissen (HDL-cholesterol $\leq 0,90$ mmol/l, triglyceriden $> 2,8$ mmol/l);
- (verhoogd risico op) hart- en vaatziekten (zie NHG-Standaard CVRM);
- Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst.

Verder:

- Voor mensen van Hindoestaanse afkomst geldt hetzelfde advies, maar wordt een leeftijdsgrens van 35 jaar aangehouden.

IN KAART BRENGEN VAN DE PATIËNT

Het in kaart brengen van de patiënt en het evalueren van de gegevens na vaststelling van de diagnose DM2 heeft grote consequenties voor het risicoprofiel van de patiënt. Dit betreft vaak meerdere consulten en overlapt de periode van de intensieve fase. De patiënt heeft kans op complicaties die specifiek zijn voor de DM, namelijk microvasculaire complicaties; retinopathie (netvliesschade), nefropathie (nierschade) en neuropathie (zenuwschade) met in het verlengde daarvan de diabetische voetschade. De hogere risicocategorie chronische nierschade is medebepalend voor welke mate van hoger risico iemand loopt op HVZ. Daarnaast hebben mensen met DM2 reeds een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Het beleid om macrovasculaire complicaties te voorkomen, wordt vooral bepaald door het totale risico op HVZ. Daarom worden ook de andere risicofactoren bij HVZ geïnventariseerd, waaronder roken. Stel hiervoor een cardiovasculair risicoprofiel vast. Volg hiervoor de handleiding voor Dokterscoop zorgprogramma CVRM of NHG CVRM, 2019.

SCHARNIERCONSULT

Kort na de vervolgdagnostiek wordt een individueel Zorgplan opgesteld door de POH en de patiënt en wordt gestart met de behandeling met als basis de leefstijladviezen. Volg de NHG-Richtlijn glycaemische instelling Diabetes Mellitus type II, 2018 en de handleiding Zorgprogramma Diabetes Dokterscoop 2010 voor de medicamenteuze behandeling. De Handleiding Zorgprogramma Diabetes uit 2010 is komen te vervallen met het publiceren van de huidige handleiding. Er wordt educatie gegeven, zodat de patiënt zo goed mogelijk weet welke bijdrage hij/zij zelf kan leveren en waar hij/zij verantwoordelijk voor is in zijn/haar behandeling. Er wordt uitleg gegeven over wat de deelname aan het ketenzorgprogramma DM2 inhoudt. Daarbij wordt informatie gegeven over het onderzoek bij een Dokterscoop-ketenzorgpraktijk: fundus- en voetscreening en

laboratoriumonderzoek. Vervolgens wordt de patiënt optimaal behandeld tijdens de intensieve behandelphase/instelfase. Tijdens de jaarlijkse controle evalueert de POH het behandel-/zorgplan met de patiënt.

Na de vervolgdagnostiek en de risico-inventarisatie worden in de vervolgconsulten (op maat) de volgende aandachtspunten in kaart gebracht door de POH:

- ziektegeschiedenis;
- leefstijl;
- algehele conditie.

Op basis van deze aandachtspunten en de uitslag van de fundus- en voetscreening en laboratoriumwaarden, wordt het individuele risicoprofiel aangevuld en wordt een individueel zorgplan opgesteld. In het vervolggesprek worden de algemene streefwaarden vertaald naar de individuele (zorg)doelen waarbij de eigen inbreng van de patiënt centraal staat.

Er wordt samen met de patiënt gestreefd naar:

- educatie/voorlichting;
- een effectieve beïnvloeding van de leefstijl m.b.v. een persoonlijk behandelplan;
- en een optimale medicamenteuze behandeling.

Tijdens de consulten wordt een inventarisatie gemaakt en worden de onderstaande punten uitvoerig besproken. De volgorde van de te bespreken onderwerpen is een afweging van de zorgverlener in samenspraak met de patiënt.

AANMELDING BIJ DOKTERSCOOP

De patiënt wordt na diagnose diabetes door HA/POH om toestemming gevraagd voor deelname aan de ketenzorg Dokterscoop. In het dossier wordt de huisarts als hoofdbehandelaar vastgelegd, waardoor de ook de groene K verschijnt in het dossier. Ieder kwartaal vindt een correctie plaats van het totaal aantal geïnccludeerde diabetespatiënten met deze ruiter. Vervolgens start het zorgprogramma met de intensieve behandelphase.

REMISSIE VAN DIABETES MELLITUS

Stel deze diagnose nadat patiënt meer dan vijf jaar normoglycaemisch geweest (N-glucose <7.0 mmol/l en HbA1c < 48 mmol/mol) én geen microvasculaire complicaties heeft. Het aantal controles kan worden geminderd en de patiënt gaat uit de keten. Handhaaf jaarlijkse controle glucose en volg CVRM-richtlijn. Staak opsporing diabetische microvasculaire complicaties. Zet ICPC-code van de episode om van T90.02 naar: gestoorde nuchtere glucose A90.05.

INSTELFASE: FUNDUSSCREENING, VOETSCREENING EN

LABORATORIUMONDERZOEK

De patiënten worden door de POH-S opgeroepen voor voetscreening en verwezen voor fundusscreening. Laboratoriumdiagnostiek wordt in de instelfase bepaald door het HAL (Stichting Huisartsen Laboratorium Friesland).

FUNDUSSCREENING

Fundusscreening vindt plaats in een frequentie die bepaald wordt aan de hand van de in de richtlijn DM weergegeven 'Screeningsinterval Diabetische Retinopathie' (tabel 10 NHG-DM 2018).

Verwijzing vindt plaats m.b.v. maskerbrieven die specifiek voor Dokterscoop zijn aangemaakt binnen Zorgdomein.

De oogarts adviseert een aantal patiënten onder behandeling te blijven bij de oogarts in de tweede lijn, bijvoorbeeld een patiënt die bekend is met retinopathie en daarvoor is behandeld (lasertherapie). Ook bij deze patiënten wordt een fundusfoto gemaakt om de frequentie van fundusscreening vast te kunnen stellen.

VOETSCREENING

De voetscreening bij Dokterscoop wordt uitgevoerd volgens Zorgmodule Preventie Diabetische voetulcera 2019. De voetscreening wordt gedaan wanneer de patiënt voor jaarcontrole komt of in de instelfase bij 'nieuwe DM-patiënten' binnen de keten. Afhankelijk van de Sims-classificatie en het zorgprofiel wordt de patiënt verwezen naar de pedicure en de podotherapeut. Voor een overzicht van aangesloten pedicures en podotherapeuten, zie website www.Dokterscoop.nl.

BLOEDAFNAME EN BLOEDDRUKMETING DOKTERSCOOP

Naast de fundus- en voetscreening wordt binnen Dokterscoop bij de jaarcontrole een bloeddruk gemeten, een urinebepaling gedaan en wordt bloed afgenomen ([zie Instructie Digitaal Lab aanvragen](#)). De bloedafname betreft de voor de jaarlijkse controle benodigde laboratoriumwaarden conform NHG-DM2, 2018 en daarnaast een urinebepaling. De laboratoriumbepaling bij Dokterscoop wordt niet nuchter gedaan en omvat: NB Zorg op maat, bij (sterk) afwijkende waarden zal er eerder en sneller een vervolg bloedafname moment gepland worden.

- HbA1c;
- eGFR;
- kreatinine;
- lipiden- en lipoproteïneprofiel bestaande uit TC, TG, HDL-C en LDL-C;
- albumine/kreatinine;
- kalium.

INSTELFASE/ INTENSIEVE FASE

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

In de intensieve behandelfase wordt de medicamenteuze behandeling uitgevoerd volgens de NHG Richtlijn glycaemische instelling DM2, 2018.

Bij elke overgang naar een nieuwe stap in het stappenplan van de behandeling wordt het belang van het behalen van de HbA1c-streefwaarde afgewogen in relatie tot factoren als leeftijd, co-morbiditeit, kwetsbaarheid, complicaties, haalbaarheid en wens en motivatie van de patiënt. Dit wordt steeds belangrijker bij toenemende intensivering van de behandeling.

➔ Leefstijladviezen zijn de basis van de behandeling met daarbij een verwijzing naar de diëtiste.

Er wordt samen met de patiënt gestreefd naar:

- een optimale medicamenteuze behandeling;
- voldoende kennis en inzicht in ziektebeeld en behandel mogelijkheden;
- een effectieve aanpassing van de leefstijl.

PERIODIEKE DM-CONTROLES

De frequentie van periodieke diabetescontroles wordt individueel bepaald in samenspraak met de patiënt. De meeste controles kunnen zelfstandig door de POH worden verricht. Op indicatie wordt de patiënt gecontroleerd door de huisarts en de POH. De periodieke controle is een korte controle waarbij het informeren naar klachten en de mate van compliance centraal staan. Tijdens deze controle wordt besproken of de patiënt moeilijkheden ervaart met het opvolgen van de leefstijladviezen of het gebruik van medicatie. Bij patiënten zonder complicaties of co-morbiditeit is dit een korte controle.

Tabel 1 Inhoud periodieke DM-controles door POH-S

Onderwerp	Actie	Wie
Welbevinden/ klachten	• Informeren naar welbevinden. • Inventarisatie diabetes gerelateerde klachten. • Bij hyperklachten en HbA1c boven individuele streefwaarden: intensiveer zo mogelijk de behandeling. • Bij hyperklachten en goed HbA1c: overleg met de huisarts.	POH-S
Controleer	• Bloeddruk bij patiënten met hypertensie. Bij hoge bloeddruk intensiveer behandeling volgens Richtlijn CVRM. • Gewichtsverloop. • De voeten bij risicopatiënten: ○ Bij Sims 1: elke 6 maanden voetscreening. ○ Bij Sims 2: elke 3 maanden voetscreening. ○ Bij Sims 3: elke 1-3 maanden voetscreening.	POH-S

[terug naar inhoudsopgave](#)

Lifestyle	• Controle spuitplaatsen (indien van toepassing wanneer dit afwijkend was tijdens de jaarlijkse controle). POH Leefstijl, afhankelijk van IZP, informeren naar opvolgen voedingsadvies en bewegingsadvies. • Stoppen met roken, meerroken vermijden. • Bewegen of sporten. • Gezonde voeding. • Beperken alcoholgebruik. • Streven naar een optimaal gewicht. • Stress trachten te voorkomen, behandeling van een depressie of angststoornis volgens vigerende richtlijnen om zowel de psychische als fysieke gezondheid te bevorderen.	POH-S
Medicatie	• Nagaan effect, therapietrouw en bijwerkingen. • Zo nodig uitleg geven/herhalen over medicatie.	POH-S
Bloedglucose en HbA1c	• Zo nodig uitleg geven/herhalen over medicatie. • Zo nodig behandeling intensiveren; volg NHG Richtlijn glycaemische instelling DM2, 2018.	POH-S
Laboratoriumonderzoek (urine- en bloedafname)	• Vetspectrum, LDL: Indien de streefwaarde LDL is bereikt en de patiënt de statine goed verdraagt: continueer het gebruik en controleer het LDL alleen op indicatie (jaarlijkse controle niet nodig). Zie bij HVZ NHG Richtlijn CVRM. • Nierfunctie; driemaandelijks eGFR, natrium, kalium bij: eGFR < 30, instabiel hartfalen of kwetsbare ouderen met RAS en/of diuretica.	POH-S/ HA
Aanvullend onderzoek	• Thuismeting om een witte jassen-hypertensie uit te sluiten. • Enkel-arm-index. • Echo doppler bij mogelijk afwijkend PAV geconstateerd tijdens jaarconsult. • Eventueel verwijzing vaatlab.	POH-S/ HA
Voorlichting, advies en zelfmanagement	• Controle diabetesmaterialen bij vragen/klachten/afwijkende waarden zelfcontrole. • Maak met de patiënt afspraken over de cardiovasculaire preventie toegespitst op het individu en op basis van besluitvorming door de patiënt en de zorgverlener. • Beschrijf de afspraken in een individueel zorgplan. • Voorlichting over risicoprofiel, invloed leefstijl en medicatie, noodzaak periodiek onderzoek en mogelijke behandelingen. • Bespreek individueel zorgplan: genomen acties, resultaten, hindernissen, successen, evt. bijstellen. • Laat de patiënt contact opnemen of instrueer de patiënt bij (dreigende) dehydratie bij intercurrente aandoeningen (bij hoge koorts, fors braken of diarree).	POH-S
Verwijzing/ interventie	Indien nodig: • diëtist voor dieetadvies; • pedicure; • podotherapeut; • internist • oogarts	POH-S/ HA
Controle/ begeleidings-frequentie	• De frequentie wordt individueel afgestemd en is afhankelijk van het IZP, de motivatie voor het aanpassen van de leefstijl, de hoogte van het risicoprofiel HVZ, CNS (neuropathie) en eventuele co-morbiditeit.	POH-S

INSTELLEN OP INSULINE

Wanneer met educatie en orale antidiabetica de individuele streefwaarden voor de glycaemische instelling niet worden behaald, is insulinetherapie geïndiceerd. Er wordt bij instellen op insuline verwezen naar de diëtist. De dieetadvisering binnen de keten vindt plaats door een diëtist die is gecontracteerd door Dokterscoop.

RANDVOORWAARDEN VOOR INSULINETHERAPIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De betrokken zorgverleners zijn bekwaam/bevoegd. Zij hebben de cursus insulinetherapie (bij voorkeur de 'Langerhanscursus') gevolgd.

Voor de medische stappen voor het instellen op insuline, volgt Dokterscoop de NHG-standaard DM2, 2018.

Het instellen op vier keer daags insuline vraagt complexe zorg en vereist naast kennis ook ervaring. De huisartsenpraktijk kan hiervoor eventueel internist consulteren of de patiënt verwijzen, maar in de praktijk zijn onze praktijkondersteuners i.o.m. de huisartsen veelal zelf in staat om op een juiste wijze de patiënt te instrueren en in te stellen.

VOORBEREIDING INSTELLEN OP INSULINE

De beslissing van de stap van orale medicatie naar insuline wordt door de POH besproken, in overleg met de HA en de patiënt. Medebepalend zijn: de nuchtere bloedglucosewaarden en verhoogd HbA1c ondanks maximaal haalbare orale diabetesmedicatie, motivatie van de patiënt, haalbaarheid en morbiditeit.

Bij de overstap naar insuline dient extra aandacht te zijn voor retinopathie. Bij sterke verbetering van de glucoseregulatie kan retinopathie ontstaan of verergeren en leiden tot retinabloedingen.

- Maak een nieuwe fundusfoto als de laatste foto langer dan één jaar geleden is en er (mogelijk) langdurig bestaande hoge bloedglucosewaarden zijn geweest ($\text{HbA1c} > 86 \text{ mmol/mol}$).
- Organiseer een extra controle bij de oogarts bij bestaande retinopathie als de laatste oogartscontrole langer dan zes maanden geleden of overleg met de oogarts als de controle korter dan zes maanden geleden is.

INSTELLEN OP GLP-1 OF DPP-4

Indien stap 1 en 2 onvoldoende blijken te zijn bij het behandelen van de bloedglucose. Overweeg dan bij stap 3 en stap 4 op indicatie een incretine: Dipeptidylpeptidase-4 remmer (DPP-4 remmer) of Glucagon Like Peptide 1 receptoragonist (GLP-1 RA). Zie voor indicaties en vervolg ook de NHG standaard Diabetes.

RANDVOORWAARDEN VOOR GLP-1-THERAPIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De betrokken zorgverleners zijn bekwaam/bevoegd. Zij hebben aanvullend op de cursus insulinetherapie (bij voorkeur Langerhans cursus) een voorlichting over GLP-1-therapie gevolgd.

STABIELE BEHANDELFASE EN JAARLIJKSE CONTROLE

PERIODIEKE DM-CONTROLES

Als de patiënt de persoonlijke streefwaarden heeft bereikt, kan - conform de NHG-standaard - met minder frequente DM-controles worden volstaan. De frequentie van periodieke diabetescontroles wordt individueel bepaald in samenspraak met de patiënt (NHG-standaard DM2, 2018).

Patiënten komen in aanmerking voor een periodieke controle één keer per zes maanden, op voorwaarde dat zij minimaal:

- een goed of acceptabel(e) (binnen de individuele streefwaarden) nuchtere bloedglucosewaarde/HbA1c, lipidspectrum en bloeddruk hebben en
- de POH/huisarts en de patiënt hier zelf achter staan.

JAARLIJKSE CONTROLE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De NHG-standaard DM 2018 adviseert dat de hoofdbehandelaar de patiënt minimaal eenmaal per jaar zelf ziet tijdens de jaarlijkse controle. In praktijk vindt deze controle ook vaak plaats door de POH. De bevindingen worden veelal besproken met de huisarts. Tijdens deze controle vindt onder andere een evaluatie plaats van de individuele streefwaarden, de behandeldoelen (het behandelplan) worden (opnieuw) samen met de patiënt vastgesteld. Van de patiënt wordt eerst een actueel beeld gevormd van zijn diabetessituatie, zodat eventuele ontsporingen van de glucoseregulatie, de bloeddruk, het vetspectrum en het ontstaan van complicaties geregistreerd kunnen worden. Mocht dit het geval zijn, kan de behandeling daarop worden aangepast. Indien gepland dat jaar, worden patiënten verwezen voor de fundusscopie. Daarnaast vindt voetscreening en laboratoriumdiagnostiek plaats.

Controle door huisartsenpraktijk

Laboratorium: nuchtere glucose, HbA1c, eGFR, kreatinine, lipidenprofiel en urine i.v.m. albumine/kreatinine (ACR)-bepaling. Metingen: bloeddruk en gewicht. En voetcontrole/ voetscreening. Bij gebruik antihypertensiva; controle: kalium, natrium (zie Zorgprogramma CVRM ketenzorg Dokterscoop). Bij gebruik insuline: vraag - indien mogelijk - een paar nuchtere bloedglucosewaarden en/of recente dagcurves mee te nemen.

De periodieke controles kennen de volgende aanvulling. De taakverdeling POH-S/HA is per praktijk afhankelijk van de gemaakte afspraken:

Laboratoriumonderzoek (urine en bloedafname):

- Nuchtere glucose, HbA1c, eGFR, kreatinine, lipidenprofiel en urine i.v.m. albumine/kreatinine (ACR)-bepaling i.v.m. vaststelling risicocategorie op chronische nierschade door huisartsenpraktijk (nodig voor vaststelling risico op hart- en vaatziekten). Bij gebruik antihypertensiva; controle: kalium, natrium.

VOETSCREENING DOOR POH

Voetscreening is van groot belang om vroegtijdig te ontdekken of er een risico bestaat op het ontstaan van een wond aan de voet met name bij mensen met diabetes. Het risico van het ontstaan is bij deze groep groter en de genezing verloopt moeizamer. Doel is om diabetische voetulcera en overige voetproblematiek te voorkomen bij patiënten die vallen onder de ketenzorg diabetes door Dokterscoop.

POH is verantwoordelijk voor de jaarlijkse vaststelling van de Sims-classificatie met bijbehorend zorgprofiel. Tevens zijn zij verantwoordelijk voor het uitvoeren van de voetscreening tijdens de periodieke controles en zo nodig bij voetklachten. Jaarlijkse voetscreening door HA of POH:

- Anamnese
- Inspectie
- Testen
- Conclusie noteren in HIS

Tabel 2: Uitkomst Sims-classificatie, risicoprofielen, screeningsfrequentie en aantal pedicurebehandelingen

Klasse	Risicoprofiel	Screeningsfrequentie
Sims 0 Zorgprofiel -	• Geen verlies protectieve sensibiliteit (PS) of Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)	1x per jaar door POH
Sims 1 Zorgprofiel 1	• Verlies PS of PA, met en zonder zelfzorgcapaciteit	1x per jaar door POH
Sims 1 Zorgprofiel 2	• Verlies PS of PAV met vastgesteld verhoogd risico op huiddefecten/infectie* • Verlies PS of PAV met vastgesteld verhoogd risico op drukplekken **	2x per jaar door POH
Sims 2 Zorgprofiel 2	• Verlies PS in combinatie met PAV	2x per jaar door POH
Sims 2 Zorgprofiel 3	• Verlies PS of PAV in combinatie met verhoogde druk • Verlies PS en PAV in combinatie met verhoogde druk	4x per jaar door POH

Algemeen voetrisico

Naast vaststellen van de Sims-classificatie en uitleg over het doel wordt de patiënt, indien van toepassing, gewezen op zijn/haar algemene voetrisico voor het ontstaan van voetproblemen. Het algemene risico wordt vastgesteld door:

- inspectie van de voeten
- doorbloeding van de onderbenen en voeten
- stemvorktest;
- algemene anamnese om vast te stellen of adequate zelfstandige voetzorg mogelijk is.

VERWIJZING PEDICURE EN/OF PODOTHERAPEUT: VANAF ZORGPROFIEL 2

- Bij zorgprofiel 0 en 1 vindt geen verwijzing naar pedicure plaats binnen de keten. De patiënt kan bij zijn/haar zorgverzekering informeren of zijn/haar voetzorg door een pedicure bij zorgprofiel - en 1 in de aanvullende verzekering wordt vergoed.
- Vanaf zorgprofiel 2 kan de patiënt naar een pedicure worden verwezen of naar een podotherapeut als dat nodig is. Pedicurezorg en podotherapie vallen buiten de diabetes ketenzorg door Dokterscoop. Er zijn met deze disciplines geen contractuele afspraken gemaakt, maar wel samenwerkingsafspraken.

Indien er sprake is van een ulcus, dan wordt hiervoor een spoedafpraak bij een podotherapeut gemaakt. Zo nodig verwijst de podotherapeut patiënten met zorgprofiel 3 en 4 na behandeling door naar de pedicure. De podotherapeut verwijst zo nodig direct door naar de revalidatiearts en/of vaatchirurg van ziekenhuis de Tjongerschans of het Antoniusziekenhuis. De revalidatiearts consulteert zo nodig een orthopedisch schoenmaker, de vaatchirurg en/of orthopedisch chirurg.

Betrokken disciplines rapporteren terug naar de huisarts.

Voetverzorgings- en schoenadviezen door de POH te geven

Voor elke diabetespatiënt is het belangrijk dat de huid niet kapotgaat. Een soepele huid gaat minder snel kapot dan een stugge of droge huid.

Voetverzorging:

- Schoenen ook binnenshuis dragen, dus niet op blote voeten lopen.
- Dagelijks de voeten inspecteren, ook aan de onderzijde van de voet (eventueel met behulp van een handspiegel).
- Dagelijks wassen met lauwwarm water (37 graden) en weinig zeep.
- Nagels: recht afknippen en niet te kort, omdat de zijkanten dan in de huid kunnen groeien.
- Eelt: eventueel zelf te verwijderen met een puimsteen. Niet zelf snijden aan eelt of likdoorns. Geen likdoornpleisters gebruiken i.v.m. verweking van de huid.
- Huid: gebruik een pH-neutraal voetproduct dat zich goed kan mengen met eigen huidvet (niet tussen de tenen).
- Wondje: altijd desinfecteren met Betadine jodium en afdekken met een papieren pleister (bijvoorbeeld leucopor). Als de wond na paar dagen niet is verbeterd of niet geneest/dicht gaat, dan contact opnemen met de huisarts.
- Indien de zelfverzorging van de voeten problemen oplevert, dan adviseren hulp in te roepen van een pedicure.

Educatie

Preventie van voetproblemen, voorkomen van verslechtering of verhelpen van problemen is enorm belangrijk. De voetscreening speelt hierbij een belangrijke rol, maar ook het geven van goede voorlichting en educatie is een belangrijk onderdeel van preventie. Het is belangrijk om de patiënten goed te informeren over wat er wel

[terug naar inhoudsopgave](#)

en niet binnen de keten vergoed wordt, hen erop te attenderen dat aanvullende voetzorg door een aanvullende verzekering soms mogelijk is en hen te adviseren om zo nodig aanvullende informatie op te vragen bij de eigen ziektekostenverzekeraar.

ZELFMANAGEMENT

Zelfmanagement is een structureel en terugkerend onderdeel van de controles. Het betekent dat je doet wat nodig is voor je chronische aandoening terwijl je een 'gewoon' en prettig leven probeert te leiden en begint met het stellen van persoonlijke en haalbare doelen. Persoonlijke en haalbare doelen stellen betekent dat de zorgverlener degene met die chronische aandoening daarin ondersteunt. Dat werkt alleen als de zorgverlener zich goed oriënteert op de wensen, verwachtingen, doelen, motivatie en vaardigheden van degene met de chronische aandoening. Het individueel zorgplan (IZP) en de zelfmanagementtools zijn daarbij ondersteunend. Naast de manier waarop zorgverleners met de patiënt communiceren, zodat deze eigen keuzes kan maken, is het van belang mensen optimaal te informeren over de best mogelijke behandeling en de risico's die de ziekte met zich meebrengt. Hiervoor kan ook verwezen worden naar Thuisarts.nl voor goede zelfmanagement bij diabetes.

Dokterscoop is reeds in 2015 gestart met implementatie van zelfmanagement. Zowel het bestuur als de leden zien de ondersteuning van zelfzorg bij hun patiënten als belangrijk onderdeel van het leveren van zorg op maat. In 2015 is een goede basis gelegd om in 2017 bij alle praktijken die aangesloten zijn bij Dokterscoop, over te gaan tot het integraal implementeren van 'zorg op maat'. Tot op heden nemen Dokterscooppraktijken actief deel aan pilots m.b.t. zelfmanagement, maar ook positieve gezondheid, gericht op het individu en zijn/haar specifieke wensen en omstandigheden. Een inhoudelijke toelichting valt buiten het bestek van deze handleiding diabetes, maar is terug te vinden op onze website: www.dokterscoop.nl.

VERWIJZING, CONSULTATIE EN SAMENWERKING IN DE KETEN

KETENPARTNERS

In het zorgprogramma DM2 door Dokterscoop werken de volgende zorgverleners samen in de keten:

- huisartsen en praktijkondersteuners;
- diabetesverpleegkundigen;
- diëtisten;
- laboratoria;
- internisten;
- oogartsen.

HET FRIES WISSELPROTOCOL

In 2015 zijn op provinciaal niveau afspraken gemaakt met de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de diabeteszorg. Er worden verschillende zorgniveaus (zorgniveau 1 t/m 4) omschreven, ieder afhankelijk van de complexiteit van de zorg. Ook worden de criteria voor het veranderen van zorgniveau omschreven. Maar ook:

- de taken van respectievelijk 1^e en 2^e lijn binnen de keten DM;
- verschillende indicaties en bijbehorende verantwoordelijkheden van zorgverleners.

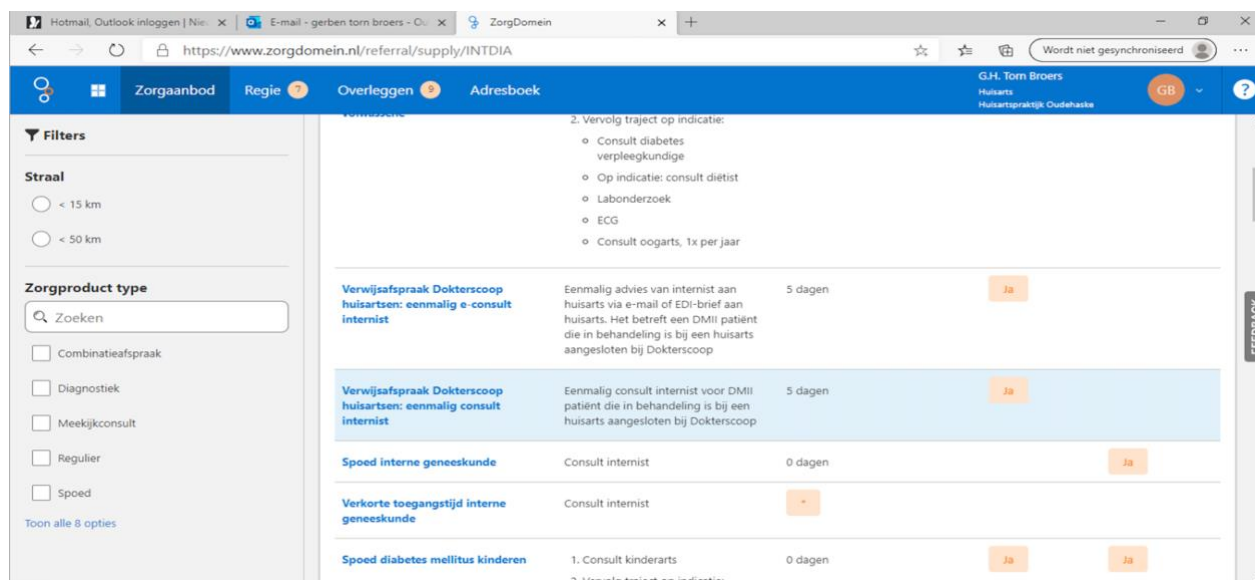
Het Fries Wisselprotocol wordt door Dokterscoop gehanteerd als een leidraad voor het uitvoeren van ketenzorg DM, naast andere richtlijnen (zie bijlage 2).

CONSULTATIE INTERNIST/DIËTIST/LIFESTYLECOACH

De internisten en diëtisten zijn telefonisch laagdrempelig bereikbaar voor vragen of overleg. Daarnaast is het mogelijk een diabetesverpleegkundige of internist te consulteren middels e-consult of eenmalige verwijzing waarbij de huisarts hoofdbehandelaar blijft.

Met behulp van het consultatieformulier, terug te vinden binnen het HIS, kan er consultatie worden aangevraagd.

Binnen Dokterscoop bestaat de mogelijkheid een internist/diabetesverpleegkundige te consulteren binnen zowel ziekenhuis Tjongerschans te Heerenveen of het Antoniusziekenhuis te Sneek. Hiervoor bestaat een verwijspad binnen zorgdomein (zie onderstaande afbeelding). In praktijk wordt soms telefonisch contact opgenomen met betrokken internisten, waarbij laagdrempelig overleg vrijwel altijd mogelijk is. De huisarts blijft in beide situaties hoofdbehandelaar.



The screenshot shows the 'ZorgDomein' web interface for referrals. The left sidebar contains filters for 'Straal' (radius) and 'Zorgproduct type'. The main content area displays a list of consultation options with columns for the service name, description, duration, and a 'Ja' (Yes) button.

Service	Beschrijving	Duur	Actie
Verwijsafpraak Dokterscoop huisartsen: eenmalig e-consult internist	2. Vervolg traject op indicatie: • Consult diabetes verpleegkundige • Op indicatie: consult diëtist • Labonderzoek • ECG • Consult oogarts, 1x per jaar	5 dagen	Ja
Verwijsafpraak Dokterscoop huisartsen: eenmalig consult internist	Eenmalig advies van internist aan huisarts via e-mail of EDI-brief aan huisarts. Het betreft een DMII patiënt die in behandeling is bij een huisarts aangesloten bij Dokterscoop	5 dagen	Ja
Spoed interne geneeskunde	Consult internist	0 dagen	Ja
Verkorte toegangstijd interne geneeskunde	Consult internist	-	-
Spoed diabetes mellitus kinderen	1. Consult kinderarts 2. Vervolg traject op indicatie:	0 dagen	Ja Ja

De meest voorkomende consultatieredenen zijn hieronder vermeld.

- Vragen omtrent instellen op insuline, b.v. overgang op 4dd-schema.
- Problemen met specifieke situaties (onregelmatige diensten, vakantie, Ramadan).
- Ontregelde diabetes (bijvoorbeeld prednisongebruik).
- Aanwezigheid van lange termijn complicaties én niet bereiken van de streefwaarden.
- Onvoldoende instelling HbA1c.
- Problemen (orale) bloedglucose verlagende middelen (co-morbiditeit, niet verdragen medicatie, hypoglykemie).
- Problemen met insulinetherapie (zorgen over het spuiten en/of gewichtstoename).
- Starten GLP-1- of SGL2-therapie.
- Verdenking ander type diabetes (type 1, LADA of MODY).

VERWIJZING DIËTIST

Voor het verwijzen naar de diëtist wordt gebruik gemaakt van de '[Zorgmodule Voeding](#)'. [Klik hier](#) voor meer informatie over de zorgmodule.

Zorgmodule Voeding

De POH en de huisarts geven algemene leefstijl- en voedingsadviezen. Nieuwe diabetespatiënten worden doorverwezen worden naar de diëtisten aangesloten bij Dokterscoop. Zie tabel 4 op pagina 22 voor meer informatie over zorgprofielen, maar ook bronnen voor dieetadviezen.

Verwijsindicaties voor de diëtist zijn:

- Nieuwe diabeet in jaar van diagnosestelling, ongeacht het gewicht(sverloop)
- De-medicalisering middels minderen koolhydraatinname:
 - Licht, matig of sterk koolhydraatbeperkt.
- Afwijkende (laboratorium-)uitslagen:
 - Hypertensie
 - Afwijkend lipidspectrum
 - Chronische nierschade
- Complicaties zoals:
 - Hart- en vaatziekten
 - Gastroparese (vertraagde maagontlediging)

- Wijzigingen diabetesmedicatie (soort, dosis, toedieningsvorm), voorbeelden:
 - Metformine, SU-derivaat
 - Start insulinetherapie
 - Overstap intensief insulineschema
 - Start GLP-1 analoog, DPP4-remmer, SGLT2-remmer
- Wijzigingen in persoonlijke situatie (leef-/werkomstandigheden)
- Patiënt wil optimaal effect behalen met zelfcontrole, voorbeelden:
 - Bij eetverslag met dagcurves
 - Bij gebruik van Flash Glucosemeter (FGM) zoals de Freestyle Libre Flash (FSL)
- (Ontregelde diabeet bij) flexibele insulinetherapie.
- Risico op ondervoeding/ Ongewenst gewichtsverlies (> 5 kg in 3 maanden) (zie voor criteria tabel 3).
- Bij overgewicht/ obesitas (zie voor criteria tabel 3).

Tabel 3 Classificatie van het lichaamsgewicht volgens de BMI bij volwassenen (World Health Organization)

Definitie	BMI (kg/m ²) body mass index	
	Volwassenen (18 t/m 69 jaar)	Volwassenen (≥ 70 jaar)
Ondergewicht	< 18,5	< 22
Normaal gewicht	18,5 t/m 24,9	22 t/m 27,9
Overgewicht	25 t/m 29,9	28 t/m 29,9
Obesitas	≥ 30	≥ 30
Klasse 1	30 t/m 34,9	
Klasse 2	35 t/m 39,9	
Klasse 3	≥ 40	

De BMI-meting is minder/niet geschikt voor:

- Personen die 1,90 meter zijn.
- Personen met een grote spiermassa (atletische bouw).
- Personen met een andere lichaamsbouw.
- Volwassen Nederlanders die afkomstig zijn uit Zuid-Azië of uit een Afrikaans land ten zuiden van de Sahara, is het verstandig om af te vallen bij een BMI > 23 (i.p.v. BMI >25). Mogelijk geldt dit ook voor Nederlanders van Noord-Afrikaans, Hindoestaanse en Creoolse afkomst.
- Kinderen in combinatie met sociale of gezinsfactoren, lage gezondheidsvaardigheden of lage voedselvaardigheden die meer zorg vragen.

VERWIJZING PEDICURE EN/ OF PODOTHERAPEUT

Voor verwijsafspraken naar pedicure en podotherapeut zie hoofdstuk 7.4.

REGIONALE TRANSMURALE SAMENVERWERKINGSAFSPRAKEN (RTA's)

Met de internisten van ziekenhuis de Tjongerschans te Heerenveen en het Antoniusziekenhuis te Sneek zijn afspraken gemaakt over verwijzen naar de 2^e lijn. Het gaat hierbij om patiënten met Diabetes Mellitus II, waarbij diabeteszorg (tijdelijk) wordt overgenomen door de 2^e lijn of internist.

Verwijscriteria

a. Verwijzing van huisarts naar internist:

Exclusiecriteria Diabetes ketenzorg:

- DM type 1-patiënten*
- LADA-patiënten*
- Patiënten met een insulinepomp
- Patiënten met hemodialyse behandeling
- Alle New Onset Diabetes After Transplantation (NODAT)-patiënten
- Alle vrouwen met type 2 diabetes die zwanger zijn
- Vrouwen met zwangerschapsdiabetes (GDM)
- Kinderen met DM type 2 diabetes (leeftijd < 18 jaar)

b. Terugverwijzing naar de huisarts:

- In principe alle type 2 patiënten, waarbij geen verdere noodzaak/aanleiding is om de patiënt in de 2^e lijn te blijven behandelen.

THERAPIEËN, BEHANDELINGEN EN INTERVENTIES

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Medicamenteuze behandeling vindt plaats conform de NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2 (M.01), 2018.

LEEFSTIJLADVIEZEN

Kernboodschappen van de Zorgmodules Leefstijl zijn dat de leefstijladvisering aan volwassenen zowel geïndiceerde als zorggerelateerde preventie betreffen. En het gaat hierbij om een aantal samenhangende activiteiten:

- inventarisatie van de behoefte aan leefstijladviezen;
- voorlichting over gezondheidsrisico's;
- motivatie tot een gezonde leefstijl;

- begeleiding bij zelfmanagement;
- een aanbod van leefstijlinterventies.

Per 2020 bestaat er voor alle deelnemende praktijken de mogelijkheid te verwijzen naar een lifestyle Coach (GLI: Gecombineerde Lifestyle Interventie).

Belangrijk is dat de patiënt bereid en in staat moet zijn om over het eigen gedrag na te denken en dit eventueel te veranderen. Daarbij is ondersteuning van zelfmanagement onontbeerlijk. De huisarts en POH kunnen motiverende gespreksvoering inzetten om de patiënt te stimuleren zijn leefstijl te veranderen.

Volg de NHG-Zorgmodules Leefstijl. Onderstaande informatie is gebaseerd op de aanpassingen op NHG Zorgmodules Gezonde voeding, bewegen en roken. Deze Zorgmodules Leefstijl geven richtlijnen over de advisering en begeleiding van onze patiënten bij problematisch alcoholgebruik, bewegen, stoppen met roken en gezonde voeding. Naast deze leefstijlonderwerpen is er aandacht voor algemene aspecten van leefstijladvies: zelfmanagement, migranten en laaggeletterden, de sociale kaart en samenwerking. [Klik hier](#) voor de NHG-Zorgmodules. Verwijs patiënten voor meer informatie naar de website thuisarts.nl.

VOEDINGSADVIES

De NHG-Zorgmodule Leefstijl Voeding biedt handvatten bij de leefstijladvies en motivering van patiënten met risicofactoren die vragen hebben en die chronisch ziek zijn. Eetstoornissen vallen buiten het bestek van de module.

Tabel 4 Zorgprofielen Zorgmodule Leefstijl Voeding

Zorgprofiel	Inhoud zorgprofiel	Betrokken zorgverleners
Zorgprofiel 1 Uitsluitend zelfmanagement	Patiënt gaat zelfstandig aan de slag met leefstijl, nadat hij door de POH op het nut en de noodzaak tot het aanpassen van de leefstijl is gewezen. Nieuwe diabetes worden verwezen naar de diëtiste na het stellen van de diagnose. Relevante informatie en begeleiding door online hulpprogramma's zoals: • Diabetes & Voeding (website DZS) • Voedingscentrum folder diabetes type 2 • NDF Voedingsrichtlijn Diabetes 2015 'Antwoorden op veel gestelde vragen voor mensen met diabetes' • DVN - Voeding bij diabetes mellitus • www.diabetesfonds.nl • www.diep.info • www.thuisarts.nl	Diëtiste
Zorgprofiel 2 Algemeen voedingsadvies	POH geeft algemeen voedingsadvies en richt zich op het bewust maken van de aanwezige gezondheidsrisico's, het leggen van relatie leefstijl/ziekte en indien nodig het creëren van motivatie tot leefstijlverandering. De patiënt geeft aan nog vragen te hebben over het toepassen van de voedingsadviezen bij DM2 en heeft behoefte aan meer	Huisarts en POH Individuele zorg met algemeen voedingsadvies

[terug naar inhoudsopgave](#)

	ondersteuning en begeleiding. Denk hierbij aan de volgende voedingsadviezen: Mogelijke voedingsadviezen door POH: • Relatie gewicht en diabetes • Relatie voeding en diabetes • Relatie beweging en bloedglucosewaarden • Stoppen met roken • Onregelmatige werktijden • Ramadan • Vakantie Voor patiëntvoorlichting en achtergrondinformatie: • NDF Voedingsrichtlijn Diabetes 2015 'FAQ professionals' • Voedingscentrum • www.artsenwijzerdietetiek.nl	
Zorgprofiel 3 & 4 Individuele gespecialiseerde dieetbehandeling Indicatie voor dieetadvies bij starten GLP1-medicatie (zie ook paragraaf 8.4)	Dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.	Diëtist Dokterscoop

BEWEEGADVIES

De Nederlandse norm voor bewegen is gewijzigd en heet nu Beweegrichtlijnen 2017 (zie voor richtlijnen ook de [NHG-Zorgmodule Leefstijl Bewegen](#)). Deze nieuwe beweegrichtlijnen, geadviseerd door de Gezondheidsraad, houden voor volwassen en ouderen in:

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter.
- Doe minstens 150 minuten per week aan matig intensieve inspanning, zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.
- Doe minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten, zoals traplopen, herhaald opstaan uit zit en krachttraining, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen. Voorkom veel stilzitten (meer dan acht uur per dag).

Bron: [website Gezondheidsraad \(beweegrichtlijnen 2017\)](#)

STOPPEN MET ROKEN PROGRAMMA

De begeleiding van patiënten stoppen met roken is weliswaar niet inbegrepen in het zorgprogramma, maar per patiënt wordt nagegaan welke behoefte er is en welke motivatie er is om te stoppen met roken nagegaan.

In de huisartsenpraktijk is belangrijke gezondheidswinst te behalen door rokers aan te sporen te stoppen met roken met als doel:

- De gezondheidsproblemen die roken met zich meebrengt te verminderen of te voorkomen;
- daarmee de levensduur te verlengen;
- en de kwaliteit van leven van de patiënt en diens omgeving te verbeteren.

Vanaf 2017 is er een NHG Behandelrichtlijn Stoppen met roken, als onderdeel van de NHG-Zorgmodules Leefstijl met de volgende kernboodschap:

- De huisartsenpraktijk kan vrijwel altijd patiënten begeleiden die willen stoppen met roken.
- Huisarts of praktijkondersteuner bespreken samen met de patiënt het meest passende zorgprofiel.
- Intensieve begeleiding met medicamenteuze behandeling en gedragsmatige ondersteuning is het meest effectief. Deze begeleiding valt niet binnen de ketenzorg, maar is wel zeer aan te bevelen. Dit geldt overigens voor alle ketens van Dokterscoop. De afspraakreden in de agenda van de POH is SMR en wordt apart geboekt; dus niet als nultarief.

Wijzigingen van mei 2019 in het advies van de medicamenteuze ondersteuning bij stoppen met roken:

- Eerste keuze blijft nicotine vervangende middelen.
- Ook de tweede keus middelen zijn hetzelfde: nortriptyline, bupropion of varenicline.
- Echter extra informatie daarbij is dat de aanzienlijke prijsverschillen de keus voor nortriptyline aantrekkelijk maken en dat varenicline waarschijnlijk net iets effectiever is. Gewijzigd is dat de combinatie van nortriptyline, bupropion of varenicline met een nicotine vervangend middel niet zinvol is.

Nicotine vervangende middelen worden vanaf januari 2020 vergoed door de zorgverzekeraar, [met de codering SMR op het recept](#).

ORGANISATIE EN TAAKVERDELING

TAAKVERDELING

De precieze taakverdeling tussen huisarts, POH en praktijkassistente dient op praktijkniveau te worden bepaald en of vastgelegd. Dokterscoop kan hierin ondersteunen. Uitgangspunt hierbij is dat de POH de centrale zorgverlener is en het eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners en patiënt. In principe

worden DM-patiënten minimaal één keer per jaar gezien door de huisarts, waarbij de begeleidende POH wel het aanspreekpunt is voor de patiënt.

Het is belangrijk dat er vaste werkafspraken in de praktijk worden gemaakt. Het Protocol Diabetes omschrijft overzichtelijk de taken in het kader van de DM (zie bijlage 1). De huisarts bespreekt in het zogenaamde scharnierconsult de diagnose met de patiënt. Daarna stelt de POH het risico-/zorgprofiel op, bepaalt de risicoscores en bespreekt dit met de patiënt. De POH stelt samen met de geïnformeerde patiënt een behandelplan op en begeleidt de patiënt bij de uitvoering hiervan. Bij problemen wordt overlegd met de huisarts. Bij problemen wordt overlegd met de huisarts.

Het is belangrijk dat er structureel ruimte is voor overleg tussen POH en huisarts, zowel voor patiëntenoverleg als voor een periodiek beleidsmatig overleg. Praktijken dienen, voor zover zij dat nog niet hebben gedaan, hier zelf werkafspraken over te maken.

RANDVOORWAARDEN VOOR DEELNAME AAN DE ZORGGROEP DM KETENZORG VAN DOKTERSCOOP

Aan deelname zijn de volgende randvoorwaarden verbonden:

- Diagnostiek en uitvoering van de DM-zorg volgens het zorgprogramma.
- Aanwezigheid van een oproepsysteem en no-show beleid.
- Complete en juiste registratie van de indicatoren, volgens de minimale registratieset DM van InEen.
- Voldoende POH inzet beschikbaar.
- Er is voldoende specifieke deskundigheid van de huisarts en de POH aanwezig.
- Alle betrokken zorgverleners hebben goede afspraken gemaakt over taakverdeling en samenwerking.
- Alle deelnemende praktijken werken met het HIS Medicom.

INFORMEREN EN TOESTEMMING PATIËNT

Voordat een patiënt kan deelnemen aan het DM-zorgprogramma, moet hij geïnformeerd worden over de inhoud van het zorgprogramma. Daarnaast moet hij toestemming geven voor deelname aan het zorgprogramma. Indien de patiënt akkoord gaat, wordt de patiënt aangemeld bij de ketenzorg DM.

- ➔ Alle deelnemende praktijken ontvangen één maand voor de eerste dag van het nieuwe kwartaal een overzicht van alle geïnccludeerde patiënten binnen de keten. Zij worden verzocht na te gaan of deze lijst compleet is. Voor instructies check de handleiding in VIP.

OPROEPSYSTEEM EN REGISTRATIE NO-SHOW BELEID

Oproepsysteem

Er zijn diverse mogelijkheden:

- Maak lijsten aan de hand van de controlefrequentie (1x per jaar, 1x per 3 mnd, 1x per mnd) van patiënten die je moet oproepen en loop deze op vaste momenten na.

[terug naar inhoudsopgave](#)

- Stuur een uitnodiging voor het spreekuur mét een datum en tijd of de praktijkassistente maakt telefonisch een afspraak met de patiënt.
- Van tevoren kijken of labaanvraag nodig is en deze meesturen.
- Andere mogelijkheden:
 - Bijhouden van een Excel bestand.
 - Patiënt in de geboortemaand uitnodigen.
 - Aan de hand van deze lijst (Excel, geboortemaand, ketenpatiënten) de patiënt een uitnodiging voor het spreekuur sturen mét een datum en tijd.

No-show beleid

Op de website van Dokterscoop vindt u een no-show beleid met een stroomschema en voorbeeldbrieven. Het stroomschema is weergegeven in bijlage 2. De brieven zijn vereenvoudigd, zodat deze ook voor laaggeletterde patiënten zijn te gebruiken. Het no-show beleid heeft betrekking op patiënten die (herhaaldelijk) niet verschijnen op achtereenvolgende controleafspraken binnen de ketenzorg; aangeduid als 'no-show'.

Als een patiënt herhaaldelijk niet verschijnt bij controleafspraken en niet reageert op uitnodigingen voor controleafspraken, kan een huisarts de afweging maken om deelname aan het ketenzorgprogramma eenzijdig te beëindigen. De benodigde stappen om tot een zorgvuldige afweging te komen kunnen per situatie verschillen. De inschatting van de huisarts speelt hierbij een cruciale rol. Een dergelijke afweging is niet alleen afhankelijk van het missen van controleafspraken, maar ook gebaseerd op de kennis van een huisarts over de persoonlijke omstandigheden van de patiënt en zijn/haar omgeving. Een besluit over het beëindigen van deelname aan een ketenzorgprogramma is omgeven met zorgvuldigheidseisen en gericht op het nakomen van de zorgplicht van een huisarts. Vanwege deze zorgplicht mag van een huisarts worden verwacht dat hij/zij patiënten blijft aanspreken en motiveren om aan het ketenzorgprogramma deel te nemen.

INDICATOREN REGISTRATIE HIS

De DM-registratieset beschrijft een set aan parameters die minimaal benodigd zijn voor een accurate registratie in het HIS bij de DM-consulten. De set is door Dokterscoop samengesteld waarmee de registratie eenduidiger en inzichtelijker wordt en ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Deze registratiecodes worden gebruikt voor de landelijke benchmark van Ineen, de spiegelinformatie van Dokterscoop en zijn tevens te gebruiken voor het uitspoelen van de NHG-indicatoren (zie bijlage 3: minimale registratieset DM).

Voor specifieke verrichtingen, zoals consulten, visites, overleg met de huisarts e.d., worden specifieke verrichtingencodes gebruikt. Een overzicht van deze verrichtingencodes is bijgevoegd (zie bijlage 5 Verrichtingencodes) en voor zorgverleners terug te vinden op de website www.dokterscoop.nl.

Labcode 'Deelname Ketenzorgprogramma'

Een toevoeging is de registratie van de labcode 'Deelname Ketenzorgprogramma'. Deze in 2017 door het NHG geïntroduceerde labcode is er om in de praktijkpopulatie goed onderscheid te kunnen maken tussen patiënten die in de reguliere huisartszorg in behandeling zijn en de patiënten die aan een zorgprogramma deelnemen.

[terug naar inhoudsopgave](#)

Met de oude bepaling(en) ontstond verwarring. Met de nieuwe 'ja/nee aanduiding' wordt de registratie duidelijker en zuiverder.

In Medicom is deze registratie inzichtelijk gemaakt door de zogenaamde 'groene K'. Deze wordt aangezet door

- de betreffende keten labcode in te voeren met 'ja' of
- in het betreffende protocol de vraag deelname ketenzorg met 'ja' te beantwoorden.

AANMAKEN VAN VERRICHTINGEN

Ketenzorg wordt als integrale zorg rechtsreeks gefinancierd door de zorgverzekeraar met een integraal DBC-tarief waar de vergoeding voor de geleverde huisartsenzorg een deel van uit maakt. Voor de declaratie van dit integrale DBC-tarief is het belangrijk dat een DBC-patiënt alle onderdelen van de ketenzorg doorloopt, zowel de delen van de huisarts (jaarlijkse controle en periodieke controles etc.) als de delen fundus- en voetscreening en laboratorium.

De onderzoeken en consulten om de diagnose te stellen vallen niet binnen de DM Ketenzorg. Deze inspanningen kunnen als consult gedeclareerd worden. Zodra de DM-patiënten in DM Ketenzorg zijn geïncorporeerd, kunnen geen consulten ten aanzien van de DM-zorg door de praktijk worden gedeclareerd. Nieuwe DM-patiënten worden vanaf de eerste dag van het nieuwe kwartaal opgenomen in de DM Ketenzorg.

Onder huisartsenzorg vallen ook zaken die niet direct patiëntgebonden contacten betreffen, zoals:

- Management praktijk: oproep- en bewakingssysteem, administratie, materialenbeheer en overzicht patiënten actualiseren.
- Overlegtijd van huisarts en POH om het behandelbeleid/zorgplan van de patiënt te bespreken en zo nodig te optimaliseren.
- Bespreking spiegelinformatie (minimaal één keer per jaar); dit gaat in na het eerste jaar van diagnose. Onderwerpen ter bespreking: kwaliteitsparameters, benchmarkgegevens, casuïstiek, nieuwe ontwikkelingen in de chronisch zorg, evt. no-show van patiënten.
- Reistijd om de huisbezoeken uit te voeren.

INDICATOREN VOOR EVALUATIE EN MONITORING

Om kwaliteit van zorg te volgen monitort Dokterscoop de zes tot acht indicatoren, die per keten vanuit InEen zijn vastgesteld voor de landelijke benchmark ketenzorg. De landelijke benchmark indicatoren zijn vastgelegd in samenspraak met de NHG, InEen en ZN.

Evaluatie van de informatie

Informatie wordt geëvalueerd met drie verschillende partijen, op basis van de bovengenoemde indicatoren:

- Jaarlijkse spiegelinformatie naar de huisartspraktijken en bespreking hiervan tijdens de spiegelbijeenkomst en de praktijkbezoeken.

[terug naar inhoudsopgave](#)

- Jaarlijkse anonieme landelijke benchmark van InEen: op basis van de landelijke benchmark indicatoren.
- Jaarlijks anonieme rapportage (InEen) aan de zorgverzekeraar: op basis van de landelijke benchmark indicatoren.

Speerpunten/aandachtspunten

Jaarlijks wordt een aantal speerpunten door de Zorggroep bepaald voor de zorgprogramma's waar dat jaar extra aandacht aan wordt besteed. Deze speerpunten worden gecommuniceerd met de praktijken via de nieuwsbrief en eventueel toegelicht tijdens het praktijkbezoek.

KWALITEITSBELEID DOKTERSCOOP

KWALITEITSBEWAKING

De Commissie Kwaliteit van Dokterscoop bewaakt de kwaliteit van zorg binnen alle ketenzorgprogramma's, onder andere door het organiseren van scholingen, spiegelbijeenkomsten, praktijkbezoeken, jaarlijks overleg met ketenpartners, Zorgbelang Fryslân en de Diabetesvereniging Nederland binnen de Multidisciplinaire Adviesgroep en de tweejaarlijkse Patiënt Ervarings Onderzoeken (uitslag te vinden op website Dokterscoop).

BRONVERMELDING BIJLAGEN

Voor dit zorgprogramma is gebruikt gemaakt van:

- NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2 (M.01) 2018
- Protocolaire Diabeteszorg, Mogelijkheden voor taakdelegatie, editie 2018/2019 van S.T. Houweling, S.Verhoeven, D. Tavenier, H.E. Hart en H.J.G. Bilo
- NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement 2019 en het Zorgprogramma CVRM, 2020
- LESA/LTA
- Programma van Eisen Zorgverzekeraar de Friesland
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Zorgmodule Voeding
- www.gezondheidsraad.nl (beweegrichtlijnen 2017)

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: PROTOCOL KETENZORG DIABETES

STAP	OMSCHRIJVING
	Ontdekken/opsporen diabetes.
1	Diagnose stellen volgens NHG-richtlijnen.
2	Labonderzoek: HbA1c, totaal-, HDL-, LDL-cholesterol, triglyceriden (nuchter), kreatinine; bij een levensverwachting ≥ 10 jaar de albumine-/kreatinine-ratio of albumine-concentratie in eerste ochtendurine.

STARTTRAJECT

CONSULT '1' <i>(de nadruk ligt op direct noodzakelijke behandeling, uitleg en voorlichting, eventueel kan een stap in consult 2 vervolg krijgen)</i>	Risico-inventarisatie via DM2/HVZ/VVR, zie NHG-standaard.
	Protocol Diabetes Mellitus type 2.
	Verwijzing oogarts: binnen 3 maanden fundusscopie (zie ketenzorg verwijzing).
	Voetonderzoek (inspectie, sensibeleitsonderzoek, palpatie voetarteriën (E.A.I.)).
	Educatie: informatie over belangrijke aspecten van DM en situaties waarin maatregelen nodig zijn, www.thuisarts.nl .
	Adviseer niet-roken, voldoende lichaamsbeweging, goede voeding, maximaal twee alcoholenheden per dag en afvallen bij BMI > 25.
	Verwijs naar diëtiste (zie ketenzorg verwijzing).
CONSULT 2, 3, 4 KWARTAALCONTROLE	Verstrek (ingevulde) CVRM-pas.
	Bepaal (max. 8 x per jaar) nuchtere bloedsuiker (POH).
	Protocol Diabetes DBC-kwartaalcontrole.
	Instellen en aanpassen behandeling: bij onvoldoende resultaat na drie maanden start medicamenteuze behandeling; zie NHG-standaard.
	CVRM-pas aanpassen.

VERVOLGTRAJECT

JAARCONTROLE	Lab (1 x per jaar): nuchter glucose, HbA1c, kreatinine en bij diuretica- of RAS-remmer-gebruik het kaliumgehalte; nuchter lipidspectrum; bij patiënten met een levensverwachting van minimaal tien jaar de albumine-/kreatinine-ratio of de albumine-concentratie in de eerste ochtendurine.
	Protocol Diabetes DBC-jaarcontrole.
	Vraag naar visusproblemen, cardiovasculaire klachten, neuropathie en seksuele problemen.
	Verricht voetonderzoek.
	Pas zo nodig behandeling aan; zie NHG-standaard.
	Verwijs naar oogarts 1 x 3 jaar of op indicatie 1 x 1 jaar.
	Educatie, informatie; zie NHG-standaard.
	Insuline: Inspecteer bij insulinegebruikers de spuitplaatsen.
	Insuline: Beoordeel bij patiënten die 2-4 dd insuline gebruiken de 4-puntsdagcurve en het HbA1c (elke 3-6 maanden).
	Insuline: Meterijking (patiënt).
3 x KWARTAALCONTROLE	CVR-pas aanpassen.
	Nuchtere bloedsuiker (POH) (max. 4 x per jaar) en herhalen HbA1c bij 4 keer daags insuline gebruik.
	Protocol Diabetes DBC-kwartaalcontrole.
	Pas behandeling aan.
	Educatie, informatie; zie NHG-standaard.
	Pas CVRM-pas aan.

BIJZONDERHEDEN

Instellen op insuline.		
Verwijzing internist: bij eGFR < 30, ernstige ontregeling, ernstige instellingsproblemen, ernstige co-morbiditeit, verdenking type 1 DM, niet behalen van streefwaarden ondanks adequate therapie.		
Verwijzing diëtiste: instellen op insuline.		
DUUR	START Consult '1'	125 min
	START Vervolgconsulten 3 x	90 min
	Insuline instellen	180 min
	Medicatie instellen	60 min
	Kwartaalcontroles 3 x	60 min
	Jaarcontrole	40 min

Richtlijnen ketenzorg Diabetes
ZORGGROEP

PROCES	OMSCHRIJVING	TIJDSTIP	MEDICOM	WIE
Declaratie	Patiëntenbestand T2DM	1 ^e van kwartaal	Q-module	Praktijk
Declaratie	Totaal patiëntenbestand T2DM	1 ^e van 2 ^e maand van kwartaal	Zorggroep	Dokterscoop

CONTRACT

	INDICATOR	FREQ.	%	EMD	STREEF	%	WIE
Prestatie	Diabetescontrole	4 x per jaar	90	DD ('TESTDMNHG')			POH
Prestatie	HbA1c	1 (tot 4) x per jaar	90	DD ('TESTDMNHG')	< 7	90	POH
Prestatie	Styst. RR	4 x per jaar	90	DD ('TESTDMNHG')	< 140	60	POH
Prestatie	LDL	1 x per jaar	90	DD ('TESTDMNHG')	< 2,5	50	POH
Prestatie	BMI	1 x per jaar	90	DD ('TESTDMNHG')			POH
Prestatie	Microalbuminurie	1 x per jaar	90	DD ('TESTDMNHG')			POH
Prestatie	Kreatinine	1 x per jaar	90	DD ('TESTDMNHG')			POH
Prestatie	Rookstatus	1 x per jaar	90	DD ('TESTDMNHG')			POH
Prestatie	Voetcontrole	1 x per jaar	90	Protocol 'VOET'			POH
Prestatie	Funduscontrole	1 x per 3 jaar	90	DD ('TESTDMNHG')			POH
Prestatie	Verwijzing 2 ^e lijn		< 10	DD ('TESTDMNHG')			POH
Structuur	Aantonen afstemming verschillende disciplines						Dokterscoop
Structuur	Aantonen heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling						Dokterscoop

REGISTRATIE

	OMSCHRIJVING	EMD	WIE
Start	Diagnose volgens NHG-richtlijnen	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG'	HA
Start	CVRP	Protocol CVRP 'CVRPROFIEL'	POH
Start	Directe verwijzing oogarts Tjongerschans/Antonius *	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG' + Zorgdomein **	POH HA
Start	Verwijzing diëtiste *	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG' + standaard verwijfsbrief 'DSDIEVW'	POH
Start	Instellen therapie	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG'	HA POH
Start/vervolg	Instellen Insuline	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG' + 'INSULINEPE' + 'GLUCOSEMET'	HA POH
Start/vervolg	Informatie + educatie	Protocol 'EDUC-DM' + NHG-brieven, www.thuisarts.nl	POH
Start/vervolg	Begeleiding	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG'	POH
Start/vervolg	CVRM-pas verstrekken	Actiekenmerk	POH
Vervolg	Bijstellen therapie	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG'	HA POH
Vervolg	Kwartaalcontrole 3 x	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG'	POH
Vervolg	Jaarcontrole 1 x	Protocol DM DBC 'TESTDMNHG'	POH

VERWIJZING

	OMSCHRIJVING	EMD	WIE
Start	Oogarts alle nieuwe diabeten direct *	Protocol DM DBC + Zorgdomein **	POH HA
Vervolg	Oogarts 1 x per 2 jaar, op indicatie 1 x per jaar *	Protocol DM DBC + Zorgdomein **	POH
Start	Diëtiste alle diabetes (2 uur begeleiding) *	Protocol DM DBC + standaard verwijsbrief 'DSDIEVW'	POH
Start/vervolg	Diëtiste op indicatie: instellen insuline (1 uur begeleiding) *	Protocol DM DBC + standaard verwijsbrief 'DSDIEVW'	POH
Start/vervolg	Internist op indicatie: • Kreatinine klaring < 30 ml • ernstige instellingsproblemen (insuline) • ernstige co-morbiditeit • verdenking type 1 • niet behalen streefwaarden bij adequate therapie	Protocol DM DBC + Zorgdomein **	HA

LABORATORIUM

	DIAGNOSE	VERVOLG	FREQ.	EMD	WIE
Nuchtere suiker (HAL)	✓	✓	1 x per jaar	DD	HA POH
HbA1c	✓	✓	1 x per jaar	DD	HA POH
Lipidspectrum	✓	✓	1 x per jaar	DD	HA POH
Kreatinine	✓	✓	1 x per jaar	DD	HA POH
Albumine-/kreatinine-ratio	✓	✓	1 x per jaar	DD	HA POH
Albumine in ochtendurine	✓	✓	1 x per jaar	DD	HA POH
Op indicatie: • kalium • ALAT • leuko's of trombo's	(✓)	(✓)	(1 x per jaar)	DD	HA POH
Nuchtere suiker (HAP)	✓ (8 x)	✓	< 5 x per jaar	DD	POH ASS

BIJLAGE 2: OMSCHRIJVING ZORGNIVEAUS; HET FRIES WISSELPROTOCOL

Fries wisselprotocol Diabetes Mellitus type 2

Er wordt een overzicht gegeven van de eerder opgestelde documentatie m.b.t. organisatie van de diabeteszorg, een wisselprotocol en van de indicaties voor consultatie en verwijsbeleid op basis van de LTA diabetes.

Dit protocol is bedoeld voor alle (deelnemende) huisartsenpraktijken en voor de 2^e lijn (in het bijzonder bij verwijzing of consultatie).

De genoemde scholingscriteria moeten worden heroverwogen.

1. Organisatie van Diabeteszorg in Friesland

Voor een goede structuur van de zorg zijn een aantal voorwaarden nodig:

Er worden verschillende niveaus van zorg onderscheiden, waarbij elk niveau afgestemd is op de complexiteit van zorg voor de diabetespatiënt. Des te hoger het niveau des te meer gespecialiseerde zorg. Er zijn duidelijke afspraken over criteria voor het niveau van zorg en voor het veranderen van niveau. Elk zorgniveau kent eigen protocollen en eisen die aan het behandelteam worden gesteld betreffende kennisniveau, competenties en nascholing. Gestreefd wordt naar consultatie-mogelijkheden voor elk behandelteam.

Een individueel behandelplan, vastgelegd in een EPD, toegankelijk voor de patiënt, dient als basis voor zorg. Digitale registratie voor benchmarking is een voorwaarde waarbij alle EPD's communiceren met elkaar: E-Diabetes kernset (lieft één EPD-Web-based). Ook anno 2014 is dit onderwerp nog volop in discussie en in ontwikkeling. Waarbij ook de ketenzorgorganisaties volop zijn betrokken.

De intensiteit van de zorg die door de huisartsenpraktijk wordt verleend, wordt niet alleen bepaald door somatische aspecten van de diabeteszorg.

Er zijn aanzienlijke verschillen in ziektebeleving en ziektebelasting zoals die door de patiënt worden ervaren. Naast persoonlijke factoren kunnen ook diabetesgerelateerde factoren hierin een rol spelen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan psychische problematiek als gevolg van de ervaren beperkingen door de diabetes, of het optreden van een depressie of seksuele klachten gerelateerd aan de diabetes. Als dergelijke situaties zich voordoen kan het nodig zijn dat deze diabetespatiënt (tijdelijk) een zorgniveau omhoog moet.

Het is van belang dat de huisarts zijn diabetespatiënten tenminste 1x per jaar zelf ziet bij een reguliere diabetescontrole. Dit is nodig om op de hoogte te blijven van de ervaringen en het ziektebeloop van de patiënt en om zelf voldoende kennis en ervaring te behouden om adequate diabeteszorg te kunnen leveren. Daarnaast verdient het aanbeveling dat 1 of 2 huisartsen binnen een Hagro of groepspraktijk zich aanvullend bekwalimen in de diabeteszorg om zo de meer complexe diabetespatiënten te kunnen blijven behandelen in de eerste lijn. Verder dienen de consultfunctie van diabetesverpleegkundige, diabeteskaderarts en internist bij voorkeur via een ketenzorgorganisatie verder ontwikkeld te worden om zo onderdeel te worden van de reguliere dagelijkse diabeteszorg.

Niveau 1: ongecompliceerde diabeteszorg

Zorg voor ongecompliceerde diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsteam, bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner (POH), assistente. Het betreft ongecompliceerde zorg voor personen met diabetes type 2 zonder belangrijke comorbiditeit, zonder diabetes medicatie of met orale diabetes

medicatie binnen de streefwaarde. Tevens betreft het personen bij wie vanwege leeftijd, ernstige comorbiditeit of beperkte levensverwachting ruimere streefwaarden worden geaccepteerd.

Er wordt gebruik gemaakt van het behandelprotocol zoals verderop wordt beschreven. Kennis van de NHG-standaard diabetes en van de dosering, bijwerkingen en contra-indicaties van de gebruikte orale diabetes middelen is vereist. Minimaal eenmalige jaarlijkse bijscholing wordt vereist. Consultatie kan worden gevraagd bij Diabetes-Kaderhuisarts.

Alle huisartspraktijken kunnen aan bovenstaande voorwaarden voldoen.

Praktijken die jaarlijks ook nascholing voor insuline-behandeling volgen kunnen patiënten die naast orale medicatie ook 1 dd langwerkende insuline gebruiken en stabiel zijn terug ontvangen van niveau 2 (zie verderop).

Niveau 2: complexe diabeteszorg

Zorg voor de complexe diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsteam, bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner, assistente.

Het betreft personen op een 1x daags insulineschema of op een 2x daags mix schema (al dan niet in combinatie met orale diabetes middelen). Kennis van insuline-behandeling is zowel voor huisarts als POH-er vereist (minimaal Langerhanscursus of vergelijkbare cursus).

Om voldoende kennis en ervaring op de bouwen en ook te houden zal de huisarts die de insuline therapie begeleidt op termijn de supervisie moeten krijgen over 50 insuline-gebruikende patiënten. Twee maal per jaar nascholing op gebied van diabetes is een vereiste. Consultatie kan worden gevraagd bij de diabetes-kaderhuisarts, diabetesverpleegkundige of internist.

Per HAGRO of gezondheidscentrum zullen er 1 of 2 huisartsen(praktijken) zijn die zich hierop toelagen.

Niveau 3: complexe diabeteszorg

Zorg voor de meer complexe diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsteam, bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner, assistente, diëtiste en waarbij op afroep een diabetesverpleegkundige voor consultatie kan worden toegevoegd aan het team. Zorg die alleen geleverd kan worden onder voorwaarden door gespecialiseerde praktijken met extra bekwaamheden.

a. 4x daags insulineschema/basaal-boluschema

b. nierfunctiestoornissen:

Patiënten > 65 jaar eGFR 30 tot 45 ml/min./1,73m²

Patiënten <65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min./1,73m²

c. doorgemaakte HVZ die (nog) niet in de 2e lijn behandeld (behoeven) worden of die in stabiele situatie weer vanuit de 2e lijn kunnen worden terugverwezen

d. combinatie van (a en b), (a en c), (b en c) of (a,b, en c)

Om voldoende kennis en ervaring op de bouwen en ook te houden zal de huisarts die de insuline therapie begeleidt op termijn de supervisie moeten krijgen over 50 insuline-gebruikende patiënten.

Alle patiënten worden minimaal jaarlijks door het hele team gezien en besproken. Kennis van insulinetherapie wordt op peil gehouden middels 2 jaarlijkse nascholing door internist en diabetesverpleegkundige. Consultatie kan worden gevraagd bij diabetes-kaderhuisarts, diabetesverpleegkundige en internist. Consultatie is verplicht indien de streefwaarden niet worden gehaald.

Jaarlijkse evaluatie van de patiënten met gestoorde nierfunctie met een internist is gewenst en verplicht bij: Patiënten > 65 jaar eGFR 30 tot 45 ml/min./1,73m²

Patiënten < 65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min./1,73m²

Per ziekenhuisregio eventueel belang uitwerken van een nader vast te stellen aantal praktijken niveau 3 die een laagdrempelig contact hebben met de 2^e lijn middels transmuraal werkende diabetesverpleegkundigen als liaison tussen beide.

Niveau 4 : 2^e lijn

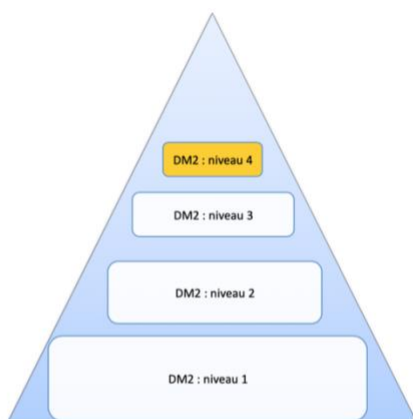
Alle patiënten met diabetes mellitus type 1 horen in de tweede lijn. Uitzondering zou alleen kunnen worden gemaakt voor een patiënt met uitgebreide comorbiditeit met een beperkte levensverwachting en stabiele diabetesregulatie. Telefonische consultatie met diabetesverpleegkundige en internist moet in dat geval een voorwaarde zijn.

Tevens patiënten met diabetes 2 en zwangerschapswens.

Daarnaast patiënten met moeizaam te reguleren diabetes ondanks basaal-bolus regiem en (kandidaten voor) insuline-pomp therapie.

Verder ook patiënten met ernstiger comorbiditeit volgens de hieronder geldende criteria (zie LTA-diabetes 2). Het behandelteam bestaat uit een internist met voldoende expertise in behandeling diabetes, diabetesverpleegkundige, diëtist, psycholoog. Structureel overleg (MDO) dient plaats te vinden. Alle leden van het team horen aantoonbaar nascholing te volgen op het gebied van diabetes.

In onderstaand schema wordt de zorg in kwantiteit afgebeeld : de meeste mensen in niveau 1 en naarmate het zorgniveau "hoger" wordt en daarmee intensiever steeds minder patiënten. Er wordt voor de patiënt gestreefd naar een zo "laag" mogelijk niveau waar voor hem/haar verantwoorde en adequate zorg wordt geleverd.



2. Criteria voor verandering van zorgniveau

Van niveau 1 naar 2 :

- Onvoldoende regulatie met maximale orale medicatie : 2 maal HbA1c boven (individuele) streefwaarde met interval van 3 maanden

Van niveau 2 naar 1 :

- Voldoende regulatie met 1 dd langwerkende insuline en orale medicatie met stabiele streefwaarden gedurende minimaal een half jaar.

Van niveau 2 naar 3 :

- Onvoldoende regulatie met 1 of 2 dd insuline :
- of 2 maal HbA1c boven (individuele) streefwaarde met interval van maximaal 1 jaar
- Overgang naar een flexibel insuline regiem (4 dd) vanwege hypoglycemieën of sociale omstandigheden, enz.
- Of verslechterende nierfunctie onder de bovengenoemde grens
- Of ontwikkeling van ernstige cardiovasculaire comorbiditeit die niet in de 2^e lijn behandeld wordt.

Van niveau 3 naar 2 :

- Verandering van insuline regiem terug naar 1 of 2 dd

[terug naar inhoudsopgave](#)

- Aanpassing van de individuele streefwaarden door belangrijke comorbiditeit
- Van niveau 3 naar 4 : (zie ook LTA-diabetes 2)
- Diagnostiek :**
- Verdenking LADA (type 1): snel falen van orale therapie, fors onbedoeld gewichtsverlies, lage BMI, negatieve familieanamnese diabetes
 - Of MODY: jonge leeftijd (<25 jaar), pos familieanamnese, mild verloop diabetes, lage BMI (<27)
- Behandeling :**
- Onvoldoende regulatie met flexibel regiem ondanks consultatie van de 2^e lijn :
 - Of 2 maal HbA1c boven (individuele) streefwaarde met interval van 3 maanden
 - Of problemen met diabetesregulatie in dagelijks leven ondanks bovenstaande (bijv. evt. pomptherapie)
 - Verslechterende nierfunctie onder de :
 Patiënten > 65 jaar eGFR<30 ml/min./1,73m²
 Patiënten <65 jaar eGFR<45 ml/min./1,73m²
 - Blijvende afwijkende lipiden ondanks goede diabetesregulatie, maximale dosering statine en dieetadvies bij therapietrouw en na consultatie 2^e lijn ("preventie-poli") : LDL-cholesterol > 2,5 mM. Tg > 10 mM.
 - Therapieresistente hypertensie : systolisch > 140 mmHg bij ptn< 70jr en > 160 mmHg bij ptn> 70 jr ondanks triple therapie na uitsluiten white coat hypertensie (24 uren bloeddrukmeting : syst gem. > 140 resp 160) en na consultatie 2^e lijn ("hypertensie-poli"). Bovenstaande is afhankelijk van individuele behandeldoelen.
 - Macro-albuminurie : 2 maal een MAB/creat ratio > 25 bij goed geregleerde diabetes en uitgesloten andere oorzaken ondanks remming van RAAS.
- Van niveau 4 naar 3 :
- Alle patiënten met een stabiel geregleerde diabetes en stabiel co-morbiditeit gedurende het afgelopen half jaar, behoudens mensen met : insuline-pomp therapie, zwangerschapswens, eGFR< 30 (> 65 jr) of < 45 (< 65 jr)
- Algemeen:**
Consultatie is verplicht indien de streefwaarden zoals vastgesteld in het IZP niet worden gehaald.
- Onderscheid consultatie en verwijzing:**
- Consulteren:**
- overleg m.b.v. zorgdomein en/of email faciliteit
 - via consultfunctie binnen ketenzorgorganisatie)
- Verwijzen**
- ZD fax
 - spoedverwijzing internist van dienst of via telefooncentrale
- Procedure**
- Naar 1^e lijn:**
- 4dd insuline schema
 - Nierfunctiestoornissen
 - o > 65 jaar eGFR 30-45 ml/min/1.73m²
 - o < 65 jaar eGFR 45-60 ml/min/1.73m²
 - HVZ waarvoor controle in 1e lijn of na terugverwijzing vanuit de 2e lijn (goede LV functie, ontbreken restischemie, geen hartkleplijden, zonder VF/VT > 24 uur post-infarct, zonder problemen bij instellen adequate secundaire preventiemaatregelen)
 - alle combinaties van bovenstaande
- Naar 2^e lijn**
- DM type 1
 - Diagnostiek (o.a. LADA, MODY)
 - zwangerschapswens/zwangerschap
 - Ernstige co-morbiditeit
 - Insulinepomp (CSII)
 - Onvoldoende glucoseregulatie
 - o Hyperglycemie
 - o Hypoglycemie (recidiverend, unawareness, onvoldoende herstel)
 - Persisterende hyper/dyslipidemie, hypertensie, nierfunctiestoornissen (zie CVRM)
- Jaarlijkse evaluatie van de patiënten met gestoorde nierfunctie, bij voorkeur in samenspraak met een internist (bijvoorbeeld teleconsultatie), is gewenst en verplicht bij eGFR < 45 ml/min/1,73m².

1. Consultfunctie voor de 1° lijn

Augustus 2014

C = consult; v= verwijzing

Indicatie	Beoordeling en acties huisarts	Vermelden bij consultatie c.q. verwijzing	Kaderarts/Internist	C/V*	Overwegingen huisarts. †
Diagnostiek Aanwijzingen voor ander type diabetes dan type 2 (o.a. LADA en MODY)	Overweegt consultatie bij: 1. BMI < 27 2. Leeftijd < 25 jaar 3. Vroegtijdig falen orale medicatie 4. Fors onbedoeld gewichtsverlies ¹	BMI, familieanamnese, etniciteit.	Adviseert over (consequenties van) aanvullende diagnostiek.	C/V	Consulteer in deze situatie de internist . Bij verdenking type 1 diabetes is een spoedverwijzing aangewezen.
Glycemische instelling Moeilijk te reguleren DM 2	Overweegt consultatie bij: 1. Problemen bij het gebruik van (orale) bloedglucose verlagende middelen (comorbiditeit, niet verdragen medicatie en hypoglycemieën) 2. Onvoldoende correctie postprandiale waarden	Medicatie, voorgeschiedenis, bijwerkingen/interacties, beloop HbA1c eventuele motivatieproblematiek.	Kaderarts/Internist: adviseert t.a.v. strategie met patiënt, eventueel in eigen diabetesteam	C	Consulteer kaderarts/internist over niet verdragen medicatie, comorbiditeit en hypoglycemieën. Consult t.a.v. verhoogde postprandiale waarden.
Insulinetherapie	1. Aanvang insulinetherapie (bij afwezigheid randvoorwaarden, onvoldoende deskundigheid) 2. Let op bij start insulinetherapie: - beroep (pilot/chauffeur); - grote zorgen over het spuiten en/of gewichtstoename; - recidiverende hypoglycemieën.	Beloop van therapie, gewicht, HbA1c, overwegingen m.b.t. insuline, beschikbare dagcurves, dagboeken, specificatie waarom regulatie	Kaderarts/Internist: adviseert t.a.v. strategie met patiënt, eventueel in eigen diabetesteam	C/V	Overweeg consult kaderarts/internist : - beroep patiënt (pilot/chauffeur) - zorg rondom toedienen insuline, zelfcontrole en/of gewichtstoename.

Dreigende dehydratie en hyperglycemie (bij koorts, braken of diarree)	1. Staak bij dreigende dehydratie metformine, RAASblokker en zn. diuretica 2. Extra vochtinname 3. Bij insulinegebruik: extra zelfcontrole, zo nodig extra kortwerkend insuline (2-4-6-regel) 4. Wanneer desondanks dehydratie of niet goed te corrigeren hyperglycemie, verwijst de huisarts naar internist	Voorgeschiedenis Medicatie Informatie over diabetestherapie, kwaliteit van regulatie (recent HbA1c) de luxerende ziekte	Klinische opname internist	C/V	Overweeg consult/verwijzing internist
Ernstige hypoglycemie bij gebruik langwerkende bloedsuiker verlagende medicatie (indien adequate controle op recidief thuis niet mogelijk is)	1. Koelhydraatrijke drank/voedsel, bv 6 dextro's of 2 eetlepels suiker opgelost in warm water, daarna 2 boterhammen met zoet beleg 2. Indien niet mogelijk dan eerst 20-40ml 50%-glucoseoplossing i.v. of 1 mg glucagon s.c./i.m., 3. herhaling bloedglucosemeting na 15 min. en na een uur 4. evt. HAP op de hoogte brengen 5. Nagaan oorzaak	Recent HbA1c, thuismedicatie met recente wijzigingen, luxerende omstandigheden en mogelijkheden voor opvang thuis.	Klinische opname internist	V	Overweeg verwijzing internist
Risicofactoren Persisterend LDL > 2,5 mmol/l bij hoog risicoprofiel (>20%)* langer dan 1 jaar	1. Evalueert therapietrouw. 2. Identificeert en behandelt bijdragende leefstijlfactoren. 3. Intensificeert therapie 4. Overweegt familiale hypercholesterolemie (FH).	Voorgeschiedenis, actueel risicoprofiel, onbehandelde lipidenprofiel, de ervaring met eerdere interventies.	Internist: Diagnostiek (primaire of naar secundaire hyperlipidemie) Advies of overname behandeling	C/V	Overweeg consult of verwijzing internist
LDL > 2,5 en/of triglyceriden nuchter > 8 mmol/l ¹	1. Laat opnieuw nuchter triglyceridengehalte bepalen. 2. Gaat oorzaken als onvoldoende ingestelde DM, (abdominale) obesitas en overmatig alcoholgebruik na. 3. Geeft leefstijladvies. 4. Verwijst zo nodig naar een diëtist. 5. Maximale dosering statine 6. Therapietrouw geëvalueerd	Voorgeschiedenis, actueel risicoprofiel, onbehandelde lipidenprofiel, de ervaring met eerdere interventies.	Verricht diagnostiek naar secundaire en familiale oorzaken. Adviseert over aanvullende medicatie op basis van het risico op pancreatitis.	C/V	Overweeg consult of verwijzing internist

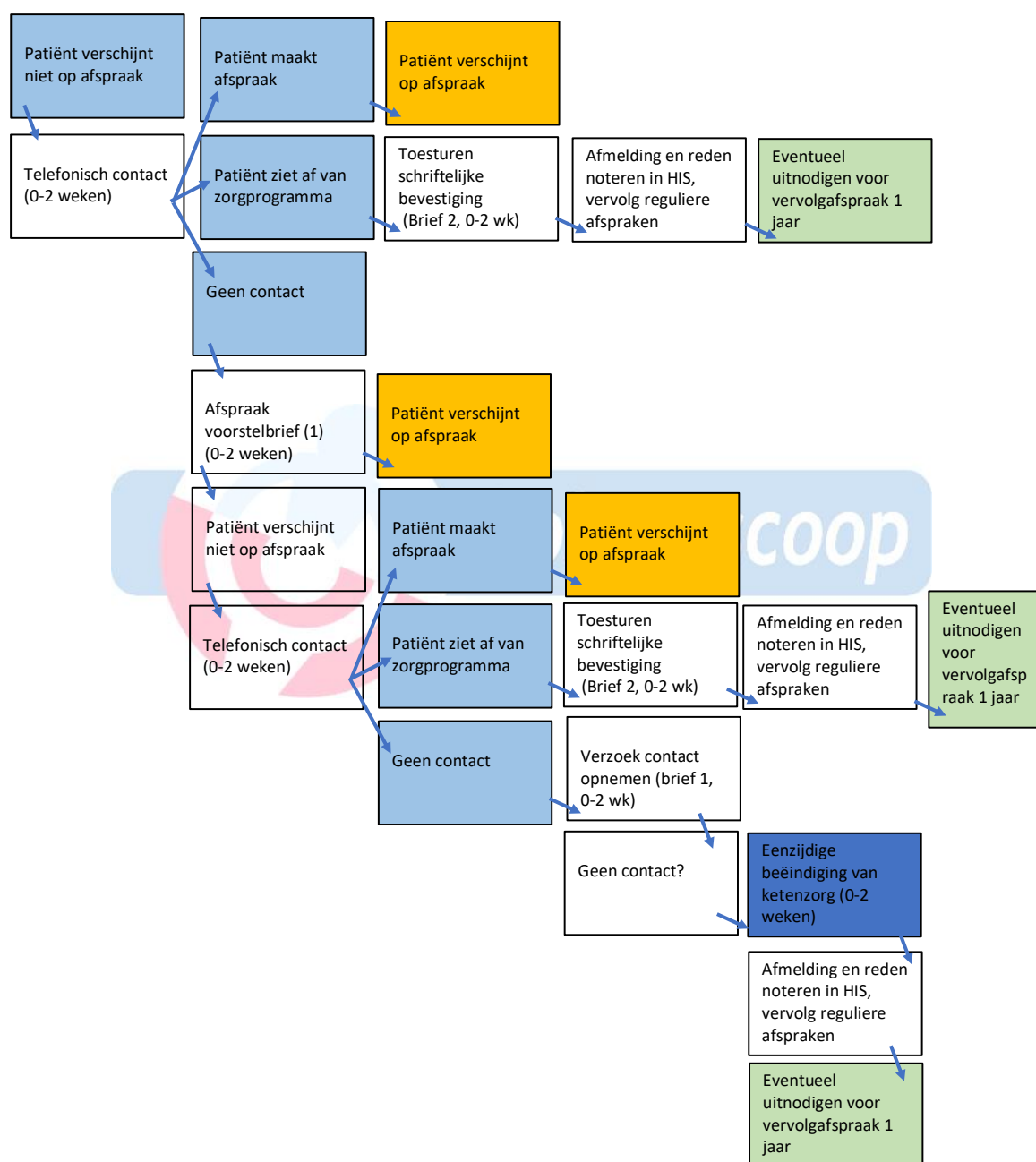
TC > 8mmol/l, TC/HDL-ratio > 8, LDL > 5 mmol/l	1. Sluit uit: alcoholisme, nefrotisch syndroom, hypothyroïdie, leverziekten. 2. Bepaalt kansscore op FH (bij een score > 6 genetisch onderzoek of verwijzing internist).	Vermeldt het onbehandelde lipidenprofiel en familieanamnese HVZ (zo mogelijk de stamboom)	Sluit secundaire oorzaken uit en handelt zoals vermeld is bij huisarts m.b.t. FH. Geeft advies over behandeling.	V	Overweeg verwijzing internist
Therapieresistente hypertensie (systolisch > 140 bij mensen < 70 jaar en > 160 bij > 70 jaar ondanks triple therapie ¹)	1. Sluit pseudoresistentie ² / witte jassenhypertensie uit. ¹ 2. Doet bij voorkeur eerst nog thuisbloeddrukmeting of 24-uurs ambulante bloeddrukmeting. ¹ 3. Identificeert leefstijlfactoren (obesitas, onvoldoende lichamelijke activiteiten) en vermindert zoutconsumptie en/of bloeddrukverhogende stoffen en/of medicatie. 4. Overweegt secundaire hypertensie. 5. Bij aanhoudend resistente hypertensie (6 mnd.) verwijzen naar internist. (verwijst naar "hypertensie-poli") ¹	Voorgeschiedenis, medicatieoverzicht, risicoprofiel en onbehandelde zowel als behandelde bloeddrukregistraties.	Sluit onvoldoende zoutbeperking (natriumexcretie > 100 mmol/24u) en secundaire oorzaken (endocrien, renovasculair en OSAS) uit. Breidt medicatie uit (spironolacton).	V	Verwijzing naar internist op basis van de hoogte van het cardiovasculaire risico en de vastgestelde behandeldoelen.
(Morbide) obesitas met sterk tot extreem verhoogd gewichts gerelateerd gezondheidsrisico	Verwijzen voor beoordeling indicatie bariatrische chirurgie bij: BMI ≥ 40 of BMI 35-40 met co-morbiditeit (DM, hypertensie, OSAS, artrose) én gangbare niet-chirurgische behandeling niet gewenste effect. Ter overweging eetstoornis (transmurale map MCC Leeuwarden, anamnese en ESP (Eating disorder Screen for Primary care) vragenlijst)	Voorgeschiedenis, BMI, comorbiditeit en ingestelde behandelingen.	Sluit secundaire obesitas uit en geeft advies tav eventuele gerichte behandeling zoals een zeer laag calorisch dieet, intensieve gecombineerde leefstijlinterventie, initiatie van een incretine-gebaseerd behandelregime of bariatrische chirurgie	V	Verwijzing naar internist / Centrum voor Obesitas Nederland in het MCL in Leeuwarden.
Complicaties Patiënten < 65 jaar en eGFR 45 tot 60ml/min Patiënten > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/min	1. Onderzoek sediment 2. Aanvullend laboratorium onderzoek 3. Echografie urinewegen bij cystenieren in familie of aanwijzingen voor postrenale obstructie	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie(en laboratoriumonderzoek).	Overleg over: - Aanvullende diagnostiek - Behandeling bij co-morbiditeit - Aanvullende maatregelen ter voorkoming verdere achteruitgang	C	De huisarts verricht alvast aanvullend bloedonderzoek: Hb, kalium, calcium, fosfaat, serumalbumine, PTH ter

	4. Algemene adviezen en maatregelen (zout, gewicht, roken, medicatie, voorkomen dehydratie)		nierfunctie - Behandeling bij intercurrente infecties - Behandeling van de bloeddruk - Behandeling bij afwijkend laboratorium onderzoek (o.a. vitamine D) - Controles - Maatregelen ter preventie van metabole en cardiovasculaire complicaties		opsporing van metabole complicaties. Zie LTA Chronische nierschade. Bestaande mogelijkheden van telenefrologie kunnen worden benut voor overleg met de nefroloog.
Patiënten > 65 jaar met eGFR < 30ml/min Patiënten < 65 jaar met eGFR < 45ml/min	Idem aan bovenstaande kolom.	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie(en laboratoriumonderzoek).	Zie boven: Tevens: maatregelen ter voorkoming van verdere nierfunctieverlechtering en late complicaties. Behandeling van symptomen zoals oedeem.	V	Verwijzing internist
Toename microalbuminurie	Schrijft RAS-remmer voor (bij levensverwachting > 10 jaar). Consulteert internist bij optredende progressie. Verwijst naar diëtiste voor zoutbeperking	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie.	Adviseert over aanvullende diagnostiek en aanpassing medicatie.	C	Op pragmatische gronden zou een leeftijd van 75 jaar kunnen worden aangehouden.
Macroalbuminurie	Verwijst, na uitsluiting van oorzaken zoals onregelde diabetes, manifest hartfalen, urineweginfecties of een koortsende ziekte	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie.	Overweegt andere diagnose dan diabetische nefropathie. Aanpassing medicatie.	V	Verwijs bij 2x alb./creat. ratio > 25 naar internist , ongeacht eGFR
Diabetisch voetulcus	1. Huisarts behandelt uitsluitend een niet plantair, oppervlakkig, neuropathisch ulcus zonder tekenen van PAV. 2. Beperkte cellulitis, dan antibiotica 3. Indien het ulcus na 2 weken niet genezen is, dan verwijzen	Voorgeschiedenis, toegepaste medicatie, recent HbA1c, klachten en locale behandeling.	Behandelt patiënt bij voorkeur in samenspraak met het voetenteam van het ziekenhuis.	V	Verwijzing voetensprekuur / vaatchirurg Indien nodig expliciete overdracht hoofdbehandelaarschap DM2
Neuropathie	Huisarts is alert op andere neuropathieën	Voorgeschiedenis en	Nadere diagnostiek naar	V	Verwijzing neuroloog, zo

	en zorgt voor preventieve maatregelen en voor adequate pijnstilling.	medicatieoverzicht.	polyneuropathieën en behandeling.		nodig internist Indien nodig expliciete overdracht hoofdbehandelaarschap DM2
Zwangerschap Zwangerschapswens of zwangerschap	1. Wijst op noodzaak van preconceptioneel consult bij gynaecoloog/internist in verband met aanpassing medicatie (tijdig staken en of wijzigen statines en antihypertensiva) en bespreken risico's. 2. Verwijst vrouwen met de diagnose zwangerschapsdiabetes, voor consultatie naar het multidisciplinaire behandelteam in de tweede lijn.	Voorgeschiedenis, inclusief obstetrische gegevens en medicatieoverzicht	1. Preconceptioneel advies en begeleiding zwangerschap in samenwerkingsverband met de gynaecoloog. 2. Adequate behandeling multidisciplinaire diabetesteam (ook bij uitblijven van insulinebehandeling).	V	Verwijzing preconceptioneel advies gynaecoloog Verwijzing internist voor overname hoofdbehandelaarschap diabeteszorg

BIJLAGE 3: NO-SHOW BELEID IN BLOKSCHEMA

NO SHOW STROOMDIAGRAM KETENZORG DOKTERSCOOP 2018



BIJLAGE 4: VERRICHTINGENCODES DM

DM		
HUISARTS	consult	DHCE
	telefonisch consult	DHTE
	visite	DHVE
	overleg met POH	DHCO
	consult bij exacerbatie	
	visite bij exacerbatie	
	recept bij stoppen met roken	

ASSISTENTE	consult	DHCE
	telefonisch consult	DHTE

POH	consult	DPCE
	telefonisch consult	DPTE
	visite	DPVE
	jaarcontrole consult	DPCJ
	'kwartaal'controle	DPCK
	jaarcontrole visite	DPVJ
	consult bij stoppen met roken	DPCS
	telefonisch consult bij stoppen met roken	DPTS
	overleg met huisarts	DPCO
	instellen op insuline	DPRE