

Werkafspraken Diabetes mellitus type 2

1. Doelgroep

Patiënten met DM2, al dan niet insulineafhankelijk, waarvan de huisarts de regie over de zorg heeft.

2. Doel

Het leveren van optimale zorg t.a.v de behandeling van patiënten met diabetes en hierdoor de complicaties zoals hart- en vaatziekten, nefro-, retino-, en neuropathie te voorkomen of te vertragen en eventuele klachten te verminderen.

3. Identificatie voor driejaarlijkse screening van patiënten met een verhoogd risico op diabetes (valt niet binnen de ketenzorg)

- Belaste familie anamnese voor DM
- Overgewicht (BMI >27)
- Hindoestaanse, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst boven de 35 jaar
- Zwangerschapsdiabetes. **(1e vijf jaar jaarlijks)**
- Verzoek van patiënt
- Bekend met hypertensie, verhoogd cholesterol en/of hart- en vaatziekte (jaarlijks)
- Eerder vastgestelde gestoorde nuchtere glucose (jaarlijks)
 - ✓ Eerste controle na 3 maanden, daarna jaarlijks, via laboratorium

4. Werkwijze

4.1 Diagnose

Op 2 verschillende dagen (via lab) nuchtere glucosewaarden ≥ 7.0 mmol/l of een niet nuchtere glucosewaarde ≥ 11.1 mmol/l in combinatie met klachten passend bij hyperglykemie.

4.2 Beleid na het stellen van de diagnose door de huisarts

Eerste consult POH-S (in KIS)

Risico-inventarisatie, adviezen en informatie:

- Inventariseer cardiovasculaire pathologie: myocardinfarct, angina pectoris, hartfalen, CVA, TIA, PAV
- Inventariseer HVZ bij ouders, broers of zussen voor het 60e levensjaar
- Vraag naar roken, alcoholgebruik, lichaamsbeweging, voedingsgewoonten en psychische factoren
- Biometrie: bepalen van lengte, gewicht en BMI, middelomtrek en bloeddruk
- Voetonderzoek afspreken (inspectie, sensibiliteitsonderzoek, palpatie voetarteriën en voorlichting voetverzorging)
- Uitgangs-ECG afspreken
- Naar het laboratorium (indien niet door de huisarts bepaald) voor bepaling in bloed; HbA1c, lipidspectrum, kreatinine, eGFR, TSH, Kalium (bij gebruik diuretica). In eerste ochtendurine; albumine en albumine/kreatinine-ratio
- Screen binnen 3 maanden via fundusfotografie op de aanwezigheid van diabetische retinopathie
- Start simvastatine 40 mg bij verhoogde risicoschatting HVZ (zie bijlage 4)
- Verwijzing naar een diëtist
- Eventueel verwijzen naar fysiotherapeut voor het beweegconsult
- Bespreking van het individueel zorgplan
- Educatie: mondelinge- en schriftelijke informatie over de belangrijkste aspecten van DM en situaties waarin maatregelen nodig zijn. Geef de zorgprogramma folder diabetes mellitus van Zorggroep Katwijk mee. (zie ook onder kopje Voorlichting, informatie en educatie)
- Controle:
 - Bij nuchtere glucose van <10 mmol/l vindt controle plaats na drie maanden.
 - Bij nuchtere glucose van ≥ 10 mmol/L starten met medicamenteuze therapie (zie onder)

Controles (3/4 – 6 maanden)

- Biometrie: nuchtere/niet nuchtere glucose 1- 4 x per jaar. HbA1c minimaal 1x bij de jaarcontrole, BMI, bloeddruk
- Vragen naar: algemeen welbevinden, jeuk, moeheid, tekenen van hyper- en hypoglycaemie, medicatiegebruik, opvolgen voedingsadviezen, roken, alcoholgebruik, lichaamsbeweging
- Bij insulinegebruik: controleren spuitplaatsen, techniek zelfcontrole en spuittechniek.
- Voeten zo vaak als volgens SIM's nodig is
- Controle na drie/zes maanden bij glucose binnen streefwaarden (zie onder), anders telkens na twee weken tot de streefwaarden zijn behaald

Jaarlijkse controle

- Idem als drie-zesmaandelijke controle plus visusklachten, cardiovasculaire problemen, seksuele problemen, neuropathie, voetcontrole volgens SIM's classificatie en zorgprofiel (zie protocol)
- Verwijzen naar laboratorium (nuchter glucose, HbA1c, kreat/eGFR, Kalium (bij diuretica), lipidspectrum, albumine/kreatinineratio in eerste ochtendurine)
- Verwijzen voor beoordeling van de oogfundus op aanwezigheid van diabetische retinopathie (bij twee metingen binnen twee jaar geen aanwijzingen voor retinopathie en bij ontbreken van zowel andere risicofactoren voor HVZ als tekenen van retinopathie volstaat een driejaarlijkse controle)
- Bezoek tandarts

Voorlichting, informatie en educatie

- Uitleg ziektebeeld, evt. angsten en onzekerheden bespreekbaar maken
- Uitleg diabeteszorg in huisartsenpraktijk
- Opstellen van een persoonlijk zorgplan conform de Zorgstandaard Diabetes
- Educatie door POH, maar ook verwijzen naar DVN, NHG-brieven, internetbronnen zoals www.thuisarts.nl, www.diep.info (Diabetes Interactief Educatie Programma), etc
- Eventueel glucose zelfcontrole aanleren
- Zelfmanagement bevorderen
- Extra voorlichting bij insuliner therapie en bij bijzondere omstandigheden

5. Glykemische instelling

5.1 Leefstijl

Leefstijlfactoren als overgewicht en te weinig lichaamsbeweging kunnen een belangrijke rol spelen in het ontstaan en de progressie van type-2-diabetes. Daarom is het nastreven van een betere leefstijl de basis van de behandeling en blijft belangrijk gedurende het hele ziektebeloop.

Centrale thema's zijn:

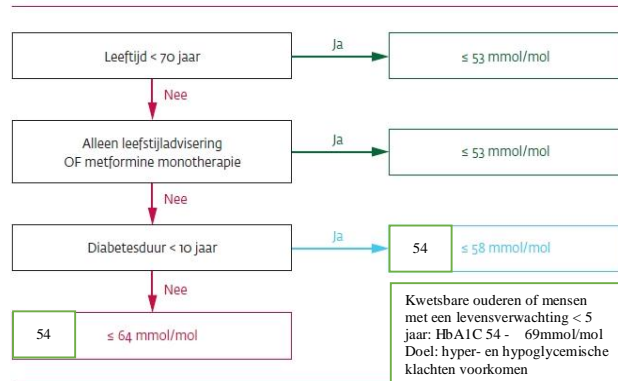
- Stoppen met roken
- Voldoende bewegen
 - Bewegen is goed, meer bewegen is beter. Stimuleer de patiënt tenminste 2,5 uur per week aan matig intensieve inspanning (zoals wandelen of fietsen) te doen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel. Stimuleer daarnaast om 2x per week spier en botversterkende activiteiten te doen, voor oudere in combinatie met balansoefeningen. En: voorkom veel stilzitten
- Gewichtsverlies
 - Adviseer patiënten met overgewicht om af te vallen. Bij patiënten met een BMI > 25 kg/m² leidt 5 tot 10% gewichtsverlies tot lagere glucosewaarden, een betere vetstofwisseling en een lagere bloeddruk
- Gezonde voeding
 - Geef een voedingsadvies gebaseerd op de Richtlijnen Goede Voeding. Dit betekent vooral minder gebruik van verzadigd vet en meer onverzadigd vet en vezelrijke koolhydraten (vooral in groente en fruit), en weinig alcohol

5.2 Streefwaarden

Het HbA1c is de maat voor het gemiddelde glucose van de afgelopen twee- drie maanden. Het gewenste HbA1c wordt individueel bepaald. De leeftijd van de patiënt, de intensiteit van de behandeling, de diabetesduur, aanwezigheid van co-morbiditeit en complicaties en de wens van de patiënt zijn hierbij van belang.

Streefwaarden

Figuur 1 Algoritme voor het bepalen van de HbA_{1c}-streefwaarde



5.3 Medicamenteuze therapie

In principe wordt er na drie maanden leefstijl therapie opnieuw het HbA1c bepaald. Wanneer die meer dan 5 gedaald is t.o.v. de vorige meting of het HbA1c is < 53, dan blijft leefstijl de aangewezen behandeling. Lukt dat niet dan start de medicamenteuze behandeling.

Het is aan te raden om bij elke volgende stap in het medicamenteuze stappenplan eerst opnieuw in te zetten op voeding en leefstijl.

Stappenplan bloedglucoseverlagende middelen (zie bijlage 1 stappenplan NHG).

6. Beleid bij risicofactoren voor hart- en vaatziekten:

- Adviseer te stoppen met roken
- Streef naar SBD van 140 of lager (zie bijlage 2 bloeddrukinstelling)
- Start met simvastatine 40 mg. Streef naar LDL-cholesterol ≤ 2.5 mmol/L en na een myocardinfarct streven naar 1.8mmol/L. (zie bijlage 4 Cholesterol))
- Behandel patiënten met microalbuminurie met een ACE-remmer of AII antagonist(zie bijlage 3 nierschade).

7. Overleg met huisarts

- Hart- of claudicati klachten
- Systolische bloeddruk > 180
- Ulcus been of voet
- Afwijkende laboratoriumuitslagen
- Wijziging medicatie
- Problemen

8. Verwijzing

8.1 Via het KIS

Diëtist

- Na het stellen van de diagnose
- Instellen op insuline
- Voor individuele dieet/voedingsadviezen (zie protocol Zorggroep Katwijk)

Fysiotherapie

- Bij onvoldoende beweging
- BMI >28
- Eénmalig beweegconsult

8.2 Verwijsinformatie 2^e lijn

De huisarts vermeldt in zijn verwijsbrief (bij voorkeur via Zorgdomein): Een heldere vraagstelling, relevante (medische) gegevens: ziektebeloop, VG, comorbiditeit, medicatie, toegepaste behandeling, cardiovasculaire risicofactoren, lab gegevens, microvasculaire complicaties, retinopathie, sociale omstandigheden.

8.3 Internist

In principe altijd verwijzen bij:

- Instellen op insuline bij onvoldoende kennis/ervaring
- Ernstige ontregeling glycemische instelling
- Dehydratie en hyperglycaemie (bij koorts, braken of diarree)
- Ernstige hypoglycaemie bij langwerkende bloedsuiker verlagende medicatie
- Ernstige complicaties zoals
 - Ernstige chronische nierschade (aparte LTA)
 - Plantair diabetische voetulcus, de meeste andere ulcera
- Zwangerschapswens of zwangerschap
- Progressie van multiële complicaties

Overwegen verwijzing of consultatie bij:

- Twijfel over de diagnostiek (LADA, MODY)
- Moeizame glycemische instelling
- Cardiovasculaire risicofactoren
- Therapieresistente hypertensie/dislipidemie
- Ernstige obesitas met hoog risicoprofiel
- Ernstige complicaties
 - Progressieve retinopathie
 - Macroangiopathie
- Chronische nierschade, toename (micro)albuminurie
- Autonome neuropathie

8.4 Oogarts

- Afwijkingen oogfundus

8.5 Voeten

- Bij klachten van de voeten of diabetisch ulcus of claudicatio in anamnese verwijzen naar pedicure (zorgprofiel 0 en 1)/ podotherapeut (zorgprofiel 2 t/m 4).
- Niet genezend diabetes ulcus naar voetenpoli.

8.5 Tandarts

- bij klachten van gebit of mond

9. Exclusiecriteria (InEen)

- Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn
- Vrouwen met zwangerschapsdiabetes (via CVRP)
- Zorgmijders, volgens protocol Zorggroep Katwijk
- Diabetes in Remissie (>5 jaar normale nuchtere glucose zonder glucoseverlagende middelen)