

# **Friesland Voorop: Inrichting van de diabeteszorg in Friesland**

Jan Woudstra, Loek de Heide en Froukje Ubels, november 2014

## **Inleiding**

In huidige document wordt een overzicht gegeven van de eerder opgestelde documentatie m.b.t. organisatie van de diabeteszorg en een wisselprotocol, inclusief de indicaties voor consultatie en verwijzbeleid. Dit protocol is bedoeld voor alle (deelnemende) huisartsenpraktijken en betreffende zorgverleners in de 2<sup>e</sup> lijn, in het bijzonder bij verwijzing of consultatie. De genoemde scholingscriteria zullen moeten worden heroverwogen. Toezicht op implementatie en kwaliteit van te leveren zorg zal moeten worden verricht door een op te richten provinciaal kwaliteitsinitiatief voor chronische zorg.

## **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 zorgplan (IZP), vastgelegd in een EPD, toegankelijk voor de patiënt, dient als basis voor zorg. Dit IZP moet voor elke patiënt en betrokken zorgverleners duidelijk en inzichtelijk zijn en is uitgangspunt voor de behandeling. 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 organisaties voor ketenzorg volop zijn betrokken.

Voor elke persoon met diabetes geldt dat diëtist en podotherapeut, indien nodig, beschikbaar moeten zijn. De intensiviteit 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 ziektelast 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 patiënten met diabetes 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 bekwamen 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. Uitgangspunt is hierbij het gezamenlijk uitgewerkte provinciale wisselprotocol (zie later).

Voor alle hieronder genoemde zorgniveau's geldt als basis dat er minimaal jaarlijks en volgens afspraak cq. indicatie frequenter de klinische en biochemische controle wordt verricht waarmee wordt gehandeld volgens het vastgestelde IZP. Als hoekstenen van de behandeling en begeleiding gelden educatie en leefstijloptimalisatie (matig alcoholgebruik, bewuste voeding waaronder zoutbeperking (tot 5 gram/dag), stoppen roken, voldoende lichamelijke activiteiten, stress management, gewichtsreductie c.q. gewichtsbeheersing).

#### **Niveau 1:** ongecompliceerde diabeteszorg

Zorg voor een patiënt met ongecompliceerde diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsenteam, bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner (POH) en assistente. Het betreft ongecompliceerde zorg voor personen met diabetes type 2 zonder belangrijke comorbiditeit, zonder diabetes medicatie of met orale glucoseverlagende medicatie binnen de streefwaarde. Tevens betreft het personen bij wie vanwege leeftijd, ernstige comorbiditeit of beperkte levensverwachting ruimere streefwaarden worden geaccepteerd, e.e.a. vastgelegd in het IZP.

Er wordt gebruik gemaakt van het wisselprotocol zoals verderop wordt beschreven. Kennis van de NHG-standaard diabetes en van de dosering, bijwerkingen en contra-indicaties van de gebruikte orale bloedsuikerverlagende 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 x daags langwerkende insuline gebruiken en stabiel zijn terug ontvangen van niveau 2 (zie verderop).

#### **Niveau 2:** complexere diabeteszorg

Zorg voor de patiënt met complexere diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsenteam, 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 glucoseverlagende 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 toeleggen.

### **Niveau 3:** complexe diabeteszorg

Zorg voor de patient met meer complexe diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsenteam, 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 of
- b. nierfunctiestoornissen:  
Patiënten > 65 jaar eGFR 30 tot 45 ml/min./1,73m<sup>2</sup>  
patiënten <65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min./1,73m<sup>2</sup> of
- c. doorgemaakte HVZ die (nog) niet in de 2e lijn behandeld (behoeven) worden of die in stabiele situatie weer vanuit de 2<sup>e</sup> lijn kunnen worden terugverwezen of
- 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./1,73m<sup>2</sup>

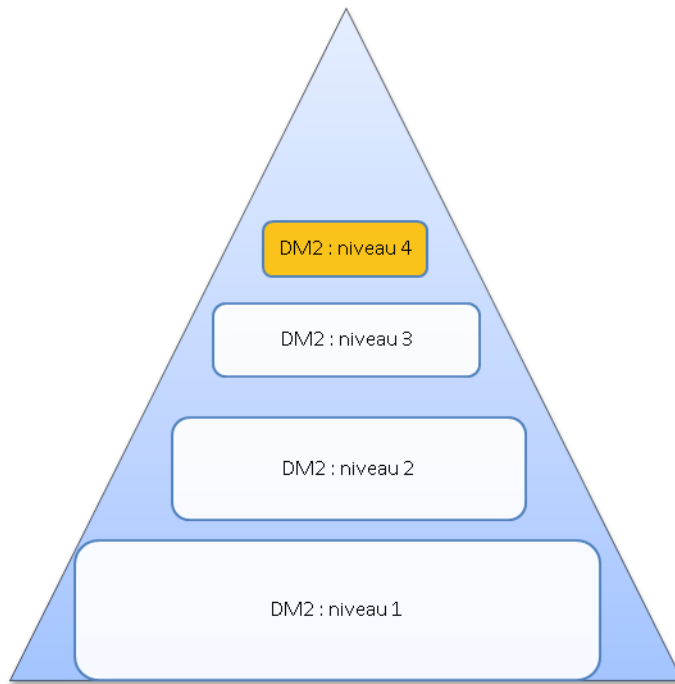
Patiënten < 65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min./1,73m<sup>2</sup>

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

#### **Niveau 4 : 2<sup>e</sup> lijn**

- a. 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 een geval een voorwaarde zijn.
- b. Patiënten met diabetes 2 en zwangerschapswens of zwangerschap.
- c. Patiënten met moeizaam te reguleren diabetes ondanks basaal-bolus regiem en (kandidaten voor) insuline-pomp therapie. Overwegingen kunnen hierbij o.a. zijn onvoldoende regulatie, hypoglycemia unawareness, nachtelijke ontregelingen, zwangerschapswens, wens patient.
- d. 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 0.5 jaar
- Overgang naar een flexibel insuline regiem (4 dd) vanwege hypoglycemieën of sociale omstandigheden, enz.
- verslechterende nierfunctie onder de bovengenoemde grens
- ontwikkeling van ernstige cardiovasculaire comorbiditeit die niet in de 2<sup>e</sup> lijn behandeld wordt.

Van niveau 3 naar 2 :

- Verandering van insuline regiem terug naar 1 of 2 dd
- 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<sup>e</sup> 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./1,73m<sup>2</sup>
  - Patiënten <65 jaar eGFR<45 ml/min./1,73m<sup>2</sup>
- Blijvende afwijkende lipiden ondanks goede diabetesregulatie, maximale dosering statine en dieetadvies bij therapietrouw en na consultatie 2<sup>e</sup> lijn (“preventie-poli”) : LDL-chol> 2,5 mmol/l en Tg > 8 mmol/l.
- Therapieresistente hypertensie : systolisch > 140 mmHg bij ptn of > 160 mmHg bij ptn> 80 jr ondanks triple therapie na uitsluiten white coat hypertension en na consultatie 2<sup>e</sup> lijn (“hypertensie-poli”). Bovenstaande is afhankelijk van individuele zorgplan.
- Toename microalbuminurie bij adequate bloeddrukregulatie
- Macro-albuminurie : 2 maal een MAB/creat ratio > 25 bij goed gereguleerde diabetes en uitgesloten andere oorzaken ondanks remming van RAAS en adequate bloeddrukregulatie, ongeacht eGFR

Van niveau 4 naar 3 :

- Alle patiënten met een stabiel gereguleerde diabetes en stabiele co-morbiditeit gedurende het afgelopen half jaar, behoudens mensen met : insuline-pomp therapie, zwangerschapswens, eGFR< 30 (> 65 jr) of < 45 (< 65 jr),

## **Consulteren en verwijzen**

Consultatie is verplicht indien de streefwaarden zoals vastgesteld in het IZP niet worden gehaald. Er wordt onderscheid gemaakt tussen consultatie en verwijzing.

### Consulteren:

- overleg m.b.v. zorgdomein en/of email faciliteit
- via consultfunctie binnen ketenzorgorganisatie
- Teleconsultatie:
  - o Voor overleg nefroloog: zo mogelijk gebruik maken van ‘telenefrologie’
  - o Voor overleg overige medisch specialisten: raadpleeg mogelijkheden tot teleconsultatie (in ontwikkeling), met als aandachtspunten:
    - Adviesfunctie bij te beantwoorden vragen en/of casuïstiek
    - Kaderarts, eventueel internist en/of diabetes verpleegkundige
    - Streven naar
      - Continuïteit
      - Beantwoording < 3 werkdagen
    - Veilige mailomgeving met inzage in dossier met nadien professionele en financiële afhandeling
    - Hoofdbehandelaar blijft eindverantwoordelijk

### Verwijzen:

- ZD fax
- Spoedverwijzing internist van dienst of via telefooncentrale

### Overdracht Zorgdomein:

#### Informatieoverdracht naar 2e lijn

- Gebruikelijke personalia
- Voorgeschiedenis (volledig, niet alleen orgaanspecifiek)
- Reden van verwijzing, bevattende specifieke vraag, opgesteld risicoprofiel en reeds ingezette beleid, waaronder eventueel
  - o Verwijzing diëtiste
  - o Leefstijlbegeleiding
  - o Rookstopopgingen
  - o Overige niet-medicamenteuze interventies
- Actuele en voor verwijzing relevante reeds gebruikte medicatie met vermelding resultaat en/of reden van staken/wijziging medicatie

- Individueel zorgplan
- Allergieën/intoleranties

#### Informatieoverdracht naar 1e lijn

- Bevindingen diagnostiek, inclusief laboratorium gegevens
- Conclusie en beantwoording vraagstelling
- Behandeladvies, met expliciete vermelding (niet)medicamenteuze adviezen
- Ingestelde therapie en behaald resultaat
- Aandachtspunten voor controle en beleid, inclusief wat met patiënt is besproken

#### **Literatuur**

De Grauw WJC et al. Landelijke transmurale afspraak chronische nierschade. Huisarts Wet 2009;52(12):586-97

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CB0. Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement. Herziening 2011. Utrecht CB) 2011, [www.kwaliteitskoepel.nl](http://www.kwaliteitskoepel.nl)

Sluiter AC et al. Landelijke transmurale afspraak diabetes mellitus type 2 2012;55(1):S1-12

NHG standaard. Diabetes mellitus type 2.

Walma EP, Wiersma TJ. NHS-standpunt diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie. Huisarts Wet 2006;49:202-4



### 3. Consultfunctie voor de 1<sup>e</sup> lijn

November 2014

C = consult; v= verwijzing

Indicatie	Beoordeling en acties huisarts	Vermelden bij consultatie c.q. verwijzing	Kaderarts/Internist	C/V *	Overwegingen huisarts. <sup>1</sup>
<b>Diagnostiek</b> 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 <sup>1</sup>	BMI, familieanamnese, ethniciteit.	Adviseert over (consequenties van) aanvullende diagnostiek.	C/V	Consulteer in deze situatie de <b>internist</b> . Bij verdenking type 1 diabetes is een spoedverwijzing aangewezen.
<b>Glycemische instelling</b> 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 diabetes team	C	Consulteer <b>kaderarts/internist</b> 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 diabetes team	C/V	Overweeg consult <b>kaderarts/internist</b> : - beroep patiënt (pilot/chauffeur) - zorg rondom toedienen insuline, zelfcontrole en/of gewichtstoename.
Dreigende dehydratie en hyperglycemie (bij	1. Staak bij dreigende dehydratie metformine, RAASblokker en zn. diuretica	Voorgeschiedenis Medicatie Informatie over	Klinische opname internist	V (C)	Verwijzing internist, afhankelijk van ernst overweeg consultatie

koorts, braken of diarree)	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	diabetestherapie, kwaliteit van regulatie(recent HbA1c) de luxerende ziekte			
Ernstige hypoglycemie bij gebruik langwerkende bloedsuiker verlagende medicatie(indien adequate controle op recidief thuis niet mogelijk is)	1.Koolhydraatrijke 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 bij ontbreken adequate controle in thuissituatie
<b>Risicofactoren</b> Persisterend LDL>2,5 mmol/l (op indicatie > 1.8 mmol/l) bij hoog risicoprofiel (>20%)* langer dan 1 jaar	1. Evalueert therapietrouw 2. Identificeert en behandelt bijdragende leefstijlfactoren 3.Intensiveert 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 <b>internist</b>
LDL > 2,5 en/of triglyceriden nuchter > 8 mmol/l <sup>1</sup>	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 <b>internist</b> , verwijzing in ieder geval TG > 10 mmol/l
TC > 8mmol/l,	1. Sluit uit: alcoholisme, nefrotisch	Vermeldt het	Sluit secundaire oorzaken		

TC/HDL-ratio > 8, LDL >5 mmol/l	syndroom, hypothyreoïdie, leverziekten. 2. Bepaalt kansscore op FH (bij een score > 5 genetisch onderzoek of verwijzing internist).	onbehandelde lipidenprofiel en familieanamnese HVZ (zo mogelijk de stamboom)	uit en handelt zoals vermeld is bij huisarts m.b.t. FH. Geeft advies over behandeling.	V	Overweeg verwijzing <b>internist</b> ,
Therapieresistente hypertensie (systolisch > 140 bij mensen <80 jaar en > 160 bij > 80 jaar ondanks triple therapie <sup>1</sup>	1. Sluit pseudoresistentie <sup>2</sup> /witte jassenhypertensie uit. <sup>1</sup> 2. Doet bij voorkeur eerst nog thuisbloeddrukmeting of 24-uurs ambulante bloeddrukmeting . <sup>1</sup> 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 "hypertensiepoli") <sup>1</sup>	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	V	Verwijzing naar <b>internist</b> 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 behandelregiem of bariatrische chirurgie	V	Verwijzing naar <b>internist / Centrum voor Obesitas Nederland</b> in het MCL, Leeuwarden.
<b>Complicaties</b> Patiënten < 65 jaar en eGFR 45 tot 60ml/min	1. Onderzoek sediment 2. Aanvullend laboratorium onderzoek 3. Echografie urinewegen bij cystenieren in familie of aanwijzingen voor	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie(en	Overleg over: - Aanvullende diagnostiek - Behandeling bij co-morbiditeit		De huisarts verricht alvast aanvullend bloedonderzoek: Hb, kalium, calcium,

Patiënten > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/min	postrenale obstructie 4. Algemene adviezen en maatregelen (zout, gewicht, roken, medicatie, voorkomen dehydratie)	laboratoriumonderzoek).	- Aanvullende maatregelen ter voorkoming verdere achteruitgang 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	C	fosfaat, serumalbumine, PTH ter 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 <b>internist</b>
Toename microalbuminurie	Schrijft RAS-remmer voor (bij levensverwachting > 10 jaar). Consulteert internist bij optredende progressie bij adequate RR regulatie. Verwijst naar diëtiste voor zoutbeperking	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie.	Adviseert over aanvullende diagnostiek en aanpassing medicatie.	C	
Macroalbuminurie, ongeacht eGFR	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 <b>internist</b> , ongeacht eGFR
Diabetisch	1. Huisarts behandelt uitsluitend een	Voorgeschiedenis,	Behandelt patiënt bij		

voetulcus	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	toegepaste medicatie, recent HbA1c, klachten en lokale behandeling.	voorkeur in samenspraak met het voetenteam van het ziekenhuis.	V	Verwijzing voetenspreekuur / vaatchirurg  Indien nodig expliciete overdracht hoofdbehandelaarschap DM2 aan internist
Neuropathie	Huisarts is alert op andere neuropathieën en zorgt voor preventieve maatregelen en voor adequate pijnstilling. Gaaf mogelijkheid van autonome dysfunctie na zoals motiliteitsstoornissen, orthostatische hypotensie, stille ischemie. Uitsluiten B12 deficiëntie bij gebruik metformine	Voorgeschiedenis en medicatieoverzicht.	Nadere diagnostiek naar polyneuropathieën en behandeling.	V	Verwijzing neuroloog of internist  Indien nodig expliciete overdracht hoofdbehandelaarschap DM2 aan internist
<b>stemmingsstoornis</b>	Jaarlijkse afname vragenlijst Bespreken met POH GGZ	Voorgeschiedenis, medicatie, psychosociale omstandigheden, somatische stand van zaken		c	Consulteert kaderarts/internist over eventuele verwijzing klinisch psycholoog in diabetesteam
<b>Zwangerschap</b> 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

**Tabel 1** FH-scorelijst van Nederlandse lipidenpoliklinieken<sup>16,17</sup>

In elke categorie moet de hoogste score worden toegekend, maar binnen een categorie mag slechts één score worden gebruikt. Bij een totaalscore van 6 of meer is er een indicatie voor DNA-diagnostiek

<b>Kenmerk</b>	<b>Score</b>
<i>Onbehandelde LDL-cholesterolwaarde (mmol/l)</i>	
>8,5	8
6,5-8,4	5
5,0-6,4	3
4,0-4,9	1
<i>Medische voorgeschiedenis</i>	
Coronaire hartziekte <60 jaar	2
CVA of perifeer arterieel vaatlijden <60 jaar	1
<i>Lichamelijk onderzoek</i>	
Peesxanthomen	6
Arcus lipoides <45 jaar	4
<i>Familieanamnese</i>	
Eerstegraads familielid met hart- of vaatziekte <60 jaar	1
Eerstegraads familielid met LDL-cholesterol >5 mmol/l	1
Eerstegraads familielid met peesxanthomen of arcus lipoides <45 jaar	2
Kinderen <18 jaar met LDL-cholesterolwaarde >3,5 mmol/l	2
<i>Totaalscore</i>	