

Zorgprotocol Diabetes Mellitus type 2

Nieuw format 2018

Versie december 2018

Inhoud

1 In- en exclusiecriteria	3
1.1 Inclusiecriteria	3
1.2 Exclusiecriteria	3
1.3 Diabetes in remissie	3
2 Casefinding diabetes mellitus type 2	4
3 Diagnosefase	5
3.1 Het stellen van de diagnose	5
3.2. Aanvullend onderzoek	6
3.2.1. Diabetische retinopathie screeningsinterval	6
3.2.2 Diabetische voet risicoclassificatie	7
3.2.3 Nierfunctie en metformine	7
3.3. Educatie en voorlichting	8
4 Instelfase	9
4.1 Doel instelfase	9
4.2 Controlefrequentie tijdens instelfase	9
4.3 (Persoonlijke) streefwaarden en doelen	9
4.4. NHG-Stappenplan glucose verlagende medicatie (zie NHG-standaard DMT2)	10
5 Stabiele fase	11
5.1 Doel stabiele fase	11
5.2 Controlefrequentie in stabiele fase	11
5.3 Jaargesprek/jaarcontrole	11
5.4 Tussentijdse controle	11
6 GHC-afspraken	13
6.1 Zorginhoudelijk afspraken	13
6.1.1 Bloed- urineonderzoek	13
6.1.2 Stoppen met roken	13
6.1.3 Voetcontrole en verwijzing	13
6.1.4 Voorlichting en individueel zorgplan	13
6.1.5 Behandeling met insuline	13
6.1.7 Consultatie eerste lijn	14
6.1.8 Consultatie tweede lijn	14
6.1.9 Verwijzing tweede lijn	14
6.2 Organisatorische afspraken	14
6.2.1 Ketenpartners en samenwerking	14
6.2.2 Registratie	14
7 Kwaliteitsindicatoren	15
7.1 Registratie van hoofdbehandelaar en deelname ketenzorg	15
7.2 Kwaliteitsbeleid GHC	15
Bijlage 1 Groninger Transmurale Afspraken (GTA)	16
Bijlage 2 Registratieset DM GHC	17

Klik in de inhoudsopgave op de paragraaf die u wilt lezen. Zo gaat u direct naar deze paragraaf.

1 In- en exclusiecriteria

1.1 Inclusiecriteria

Patiënten bij wie de diagnose diabetes mellitus type 2 (DMT2; T90.02) is gesteld en 18 jaar of ouder zijn kunnen in principe geïnccludeerd worden in de diabetesketenzorg. Onderstaande tabel toont wanneer er sprake is van DMT2:

Referentiewaarden bloedglucose volgens NHG-Standaard (mmol/l)		
		Veneus plasma in lab
Normaal	glucose nuchter	< 6,1
	niet nuchtere glucose	< 7,8
Gestoord nuchtere glucose	glucose nuchter	≥ 6,1 en < 7,0 EN
	niet nuchtere glucose	< 7,8
Gestoorde glucosetolerantie	glucose nuchter	< 6,1 EN
	niet nuchtere glucose	≥ 7,8 en < 11,1
Diabetes mellitus	glucose nuchter	≥ 7,0
	niet nuchtere glucose	≥ 11,1

Stel de diagnose DMT2 bij twee glucosewaarden boven de afkapwaarden voor DM op twee verschillende dagen of bij een willekeurige glucosewaarde >11,0 mmol/l in combinatie met hyperglykemische klachten.

1.2 Exclusiecriteria

Het zorgprogramma DMT2 heeft geen betrekking op de volgende patiënten:

- DMT1-patiënten (T90.01)
- Patiënten met zwangerschapsdiabetes (W84.02)
- DMT2-patiënten met complexe problematiek en ernstige complicaties, die dienen behandeld te worden in de tweede lijn

1.3 Diabetes in remissie

Echte genezing van DMT2 is niet mogelijk. De onderliggende pathofysiologie verandert wel, maar geneest niet. In overleg met de patiënt kan de controlefrequentie aangepast worden.

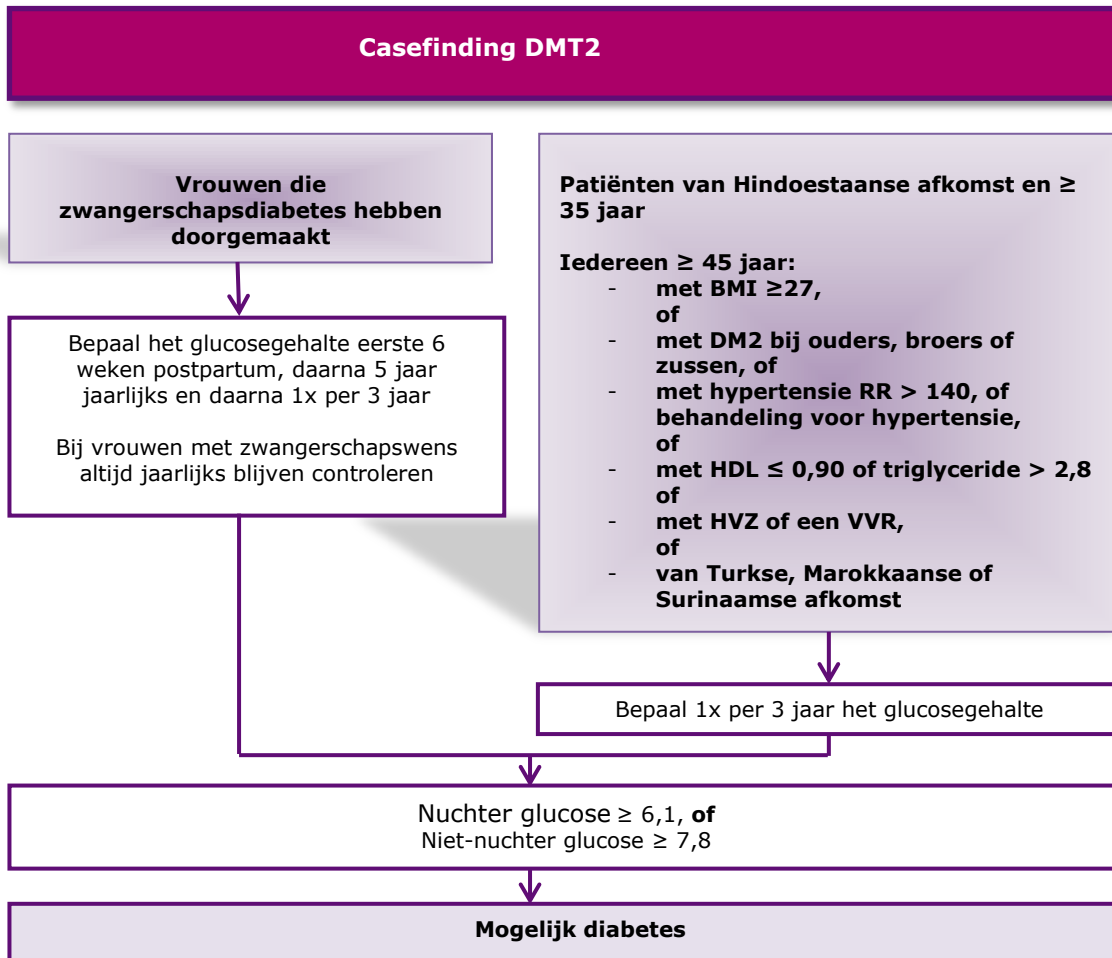
Na 5 jaar goede instelling, zonder diabetesmedicatie, kan de patiënt overgaan naar de CVRM-keten. Jaarlijkse controle op macro-vasculaire risico's en nuchtere glucosewaarde blijft van belang.

Actie na 5 jaar goede instelling zonder bloedglucose verlagende medicatie:

- Verander episodelijst DMT2 in gestoorde glucose tolerantie
- Wijzig ICPC T90.02 in A91.05
- Deelname ketenzorg DM = 'nee'
- Deelname ketenzorg CVRM = 'ja' + hoofdbehandelaar = 'huisarts'
- Controle volgens CVRM-protocol, bepaal risicoprofiel

2 Casefinding diabetes mellitus type 2

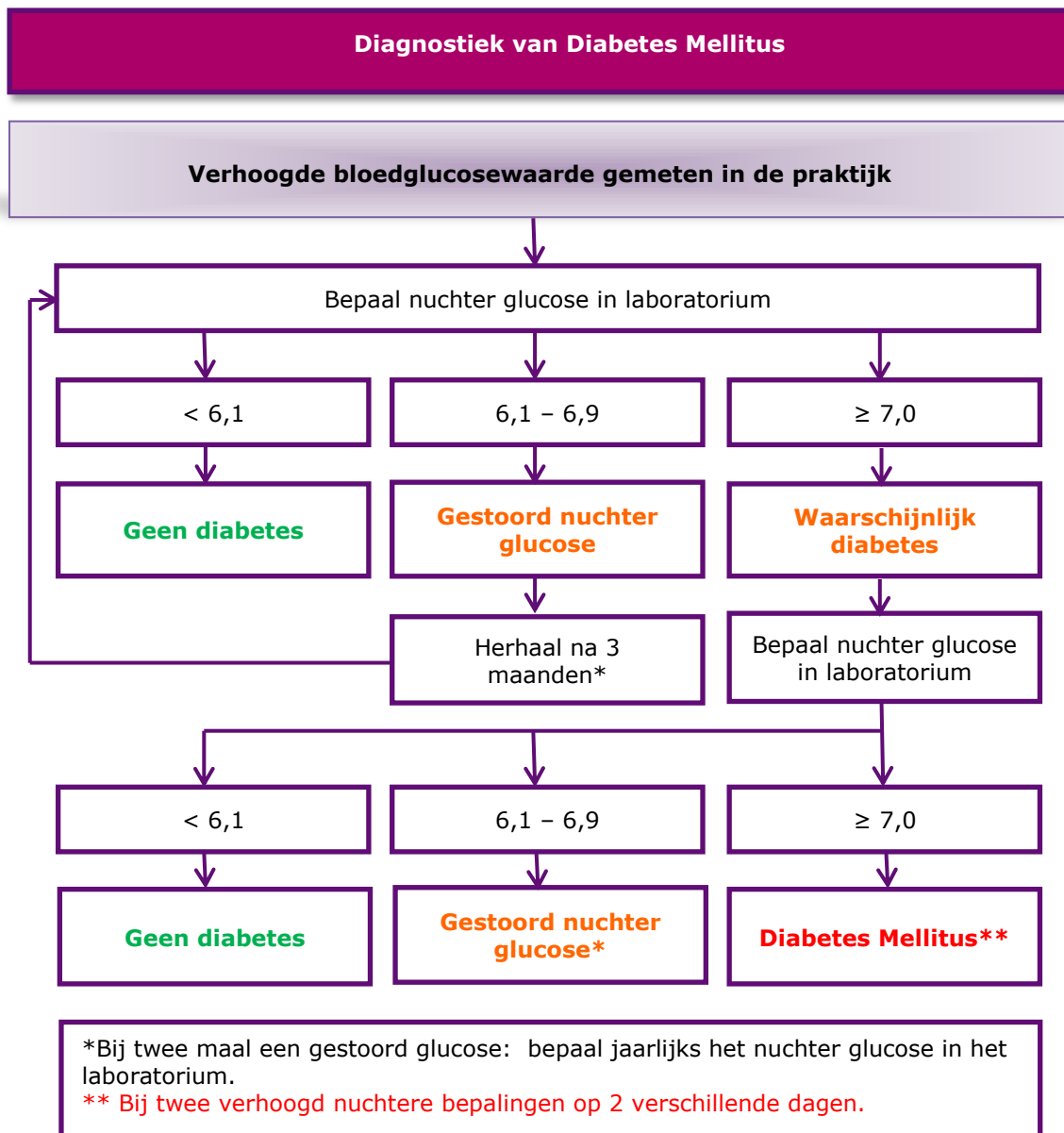
In de huisartsenpraktijk is aandacht voor vroegdiagnostiek en opsporing volgens beslisboom 'Casefinding DMT2'.



3 Diagnosefase

3.1 Het stellen van de diagnose

De diagnose DMT2 wordt gesteld aan de hand van twee verhoogde nuchter glucosewaarden $\geq 7,0$ mmol/l, op twee verschillende dagen (enkele dagen er tussen). Nuchtere glucosewaarden in het laboratorium hebben de voorkeur omdat het belangrijk is om een zorgvuldige diagnose te stellen. Zie onderstaand schema:



Patiënten met klachten die passen bij hyperglykemie, en bij wie op een willekeurig moment met een draagbare meter een glucosewaarde van meer dan 12,7 mmol/l wordt gevonden (= afkapwaarde van 11,1 mmol/l + 15%) hoeven in principe niet naar laboratorium. De diagnose kan dan gesteld worden mits de uitvoering van de zelfcontrole zorgvuldig is gedaan.

In Nederland wordt de HbA1c-waarde voornamelijk niet aanbevolen voor opsporing en diagnostiek.

3.2. Aanvullend onderzoek

Uitgebreid lichamelijk- en bloedonderzoek is nodig ter inventarisatie van de risicofactoren en de reeds ontstane schade. Zie [NHG-standaard DMT2 2018](#).

Het in kaart brengen van de patiënt	
1. Glykemische regulatie	Hyperglykemische klachten
	Hba1c
2. Andere risicofactoren op HVZ	Cardiovasculaire VG en familie anamnese
	Leefstijl en BMI (voedingsanamnese diëtist)
	Bloeddruk
	Vetspectrum
3. Diabetes gerelateerde complicaties	Retinopathie (fundus < 3mnd)
	Neuropathie (checklist voetscreening)
	Nefropathie (chronische nier schade)

Indien behandeling van diabetes mellitus type 2 in de eerste lijn mogelijk is, is het streven gericht op kwaliteit van leven door het normaliseren van de glucosespiegel en het verminderen van cardiovasculaire risico's via leefgewoonten, dieet of medicatie. Zie [NHG-standaard DMT2 2018](#).

3.2.1. Diabetische retinopathie screeningsinterval

Diabetische retinopathie screeningsinterval	
Uitslag screening(en)	Screeningsinterval
1x geen zichtbare retinopathie (R0)	2-jaarlijks
2x achtereen geen zichtbare retinopathie (R0)	3-jaarlijks
Milde (achtergrond) retinopathie (R1)	Jaarlijks
Retinopathie in beide ogen of visusbedreigende retinopathie (R2, R3, M1)	Verwijzing naar oogarts

Nieuw in de richtlijn Diabetische Retinopathie 2017 van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV): als er tweemaal achtereen geen zichtbare retinopathie is, wordt het screeningsinterval verlengd van 2 naar 3 jaar. Overweeg daarnaast bij patiënten met een korte levensverwachting niet meer te screenen.

3.2.2 Diabetische voet risicoclassificatie

Diabetische voet risicoclassificatie (Sims)		
Sims	Risicoprofiel	Zorgprofiel
0 laag risico	<ul style="list-style-type: none"> - Geen verlies PS - Geen aanwijzingen voor PAV 	Geen
1 licht verhoogd risico	<ul style="list-style-type: none"> - Verlies PS of aanwijzingen voor PAV - Geen tekenen van lokaal verhoogde druk 	1
2 hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> - Verlies PS in combinatie met PAV 	2
	<ul style="list-style-type: none"> - Verlies PS in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk of - Aanwijzingen voor PAV in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk of - Verlies PS in combinatie met PAV en tekenen van lokaal verhoogde druk 	3
3 sterk verhoogd risico	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcus of amputatie in voorgeschiedenis of - Inactieve Charcot voet of - Eindstadium nierfalen (eGFR <15 ml/min) of - Nierfunctie vervangende of therapie (dialyse) 	4

3.2.3 Nierfunctie en metformine

Nierfunctie en metformine	
eGFR	Dosering metformine
60 – 89 ml/min	max. 3 gr/dag in 2 – 3 doses * <i>*Maximale dosering alleen nuttig bij BMI >30 kg/m²</i> <i>*Overweeg bij maximale dosering dosisreductie als nierfunctie afneemt.</i>
50 – 59 ml/min	max. 2 gr/dag in 2 – 3 doses
30 – 49 ml/min	1 gr/dag in 2 doses
10 – 30 ml/min	max. 500 mg/dag, bij voorkeur in 2 doses (2x250 mg)

De termen normo-, micro- en macro-albuminurie zijn vervangen door: 'normaal' (ACR , 3 mg/mmol), 'matig verhoogde' (ACR 3 tot 30 mg/mmol) en 'ernstig verhoogde' (ACR > 30 mg/mmol) albuminurie. Het onderscheid tussen mannen en vrouwen is komen te vervallen.

3.3. Educatie en voorlichting

De huisarts stelt de diagnose en zal de patiënt hiervan op de hoogte brengen. De huisarts geeft de eerst noodzakelijke informatie en educatie aan de patiënt omtrent zijn ziekte. De informatie aan de patiënt omvat het volgende:

1. Uitleg ziektebeeld en inventarisatie welke impact dit op de patiënt heeft
2. Bespreken behandelplan: wat, door wie, wanneer (leefstijl, medicatie, dieet, periodieke controle zoals beschreven bij de stabiele fase).
3. Mogelijkheid tot ketenzorg en bijbehorende vervolgspraken bij POH/PVK

4 Instelfase

4.1 Doel instelfase

Na het doorlopen van bovengenoemd traject wordt behandeling gestart en, afhankelijk van de behandeling (leestijl, medicatie), wordt de patiënt gecontroleerd. Bij de behandeling moeten aan de ene kant de harde parameters dalen richting [streefwaarden conform de NHG-zorgstandaard](#). Aan de andere kant moet worden bewerkstelligd dat de patiënt inzicht krijgt in de behandeling van zijn ziekte. Op die manier kan de patiënt met de opgedane kennis en vaardigheden zelf bijdragen aan een optimale behandeling van zijn aandoening.

Bij veranderend beleid (medicatie) en/of actief willen werken aan een persoonlijk doel (afvallen, beweging, zelfregulatie, stoppen met roken ed.) kan de patiënt terug in de instelfase. De instelfase is tijdelijk, tot streefwaarden en/of doelen behaald zijn.

4.2 Controlefrequentie tijdens instelfase

Dit is afhankelijk van het behandelplan en behoefte/mogelijkheden van de patiënt. Kan variëren van 1x per dag (eventueel digitaal/telefonisch) tot 1x per week, 1x per maand of 1x per 3 maanden, tot streefwaarden behaald zijn.

4.3 (Persoonlijke) streefwaarden en doelen

Indien de (persoonlijke) streefwaarden en doelen zijn behaald, gaat de patiënt over naar de stabiele fase.

Indien streefwaarden, zie [NHG-standaard 2018](#), niet binnen een redelijk termijn behaald zijn moet verdere actie ondernomen worden, waarbij op basis van de [Groninger Transmurale Afspraken \(RTA\)](#) (bijlage 1) wordt verwezen naar de tweede lijn.

Streefwaarden Hba1c		
Leeftijd < 70 jaar	Ongeacht diabetes duur	
	<53 mmol/mol	
Leeftijd > 70 jaar	Diabetes duur < 10 jaar	Diabetes duur >10 jaar
Behandeling met alleen leefstijladvisering of monotherapie metformine	< 53 mmol/mol	< 53 mmol/mol
Behandeling vanaf STAP 2	54 – 58 mmol/mol	54 – 64 mmol/mol
Kwetsbare ouderen en/of patiënten met een levensverwachting < 5 jaar.	Ongeacht diabetes duur of medicatie	
	54 – 69 mmol/mol of glucosewaarden van 6 – 15 mmol/l Hba1c is niet bepalend. Doel is voorkomen van hypo/ en hyperglykemische klachten.	

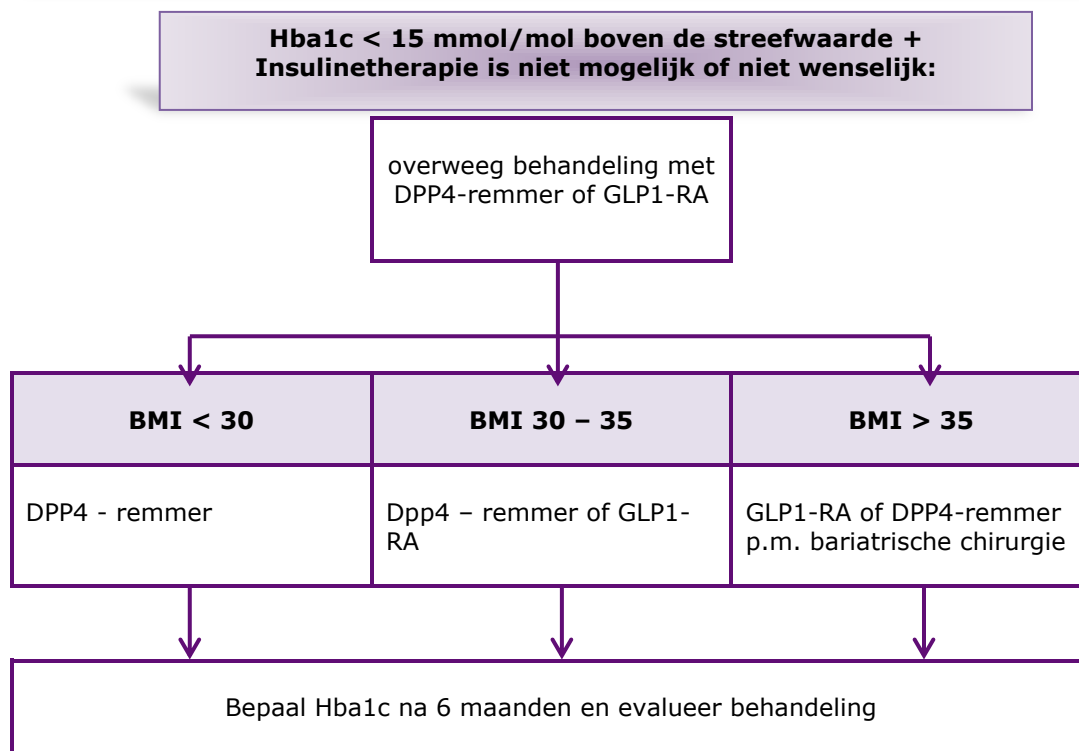
4.4. NHG-Stappenplan glucose verlagende medicatie (zie [NHG-standaard DMT2](#))

Stappenplan medicatie DM type 2	
Stap 1	Metformine (start 500-850 mg 1 dd, max. 1000 mg 3 dd)
Stap 2	Sulfonylureumderivaat (bij voorkeur gliclazide*; langwerkend: start 30 mg 1 dd, max. 120 mg 1 dd; middellangwerkend: start 80 mg 1 dd, max. 80 mg 3 dd)
Stap 3	Insuline** , (middel)langwerkend, eenmaal daags (bij voorkeur NPH-insuline) of alternatief op indicatie: DPP-4-remmer of GLP-1-receptoragonist***
Stap 4	Intensievere insulinebehandeling** (tweemaal daags mixinsuline of basaal bolusregime) Alternatief op indicatie: DPP-4-remmer of GLP-1-receptoragonist

**Twee verschillende tabletpreparaten met verschillende farmacokinetische eigenschappen (30/60 mg (langwerkend) en 80 mg (middellangwerkend)). Wissel niet tussen de preparaten en combineer ze niet.
 **Zie NHG-standaard en/of boek 'Praktische insuliner therapie' van Hoogenberg et al 2017 of 'Insuliner therapie in de eerste lijn' van Langerhans.
 ***Zie [Richtlijn GLP1-RA in de eerste lijn](#)*

Zie ook '[keuzetabel DMT2](#)' van thuisarts.nl

Alternatieven bij Stap 3



5 Stabiele fase

5.1 Doel stabiele fase

Er is sprake van een stabiele en acceptabele gezondheidssituatie van de patiënt. Monitoring van de gezondheidssituatie (registratieset) is van belang omdat ontregelingen kunnen ontstaan zonder klachten. Door structurele controle en monitoring van medische gegevens kan het behandelplan op tijd aangepast worden (terug naar instelfase). Hierdoor kunnen achteruitgang en/of complicaties worden voorkomen.

5.2 Controlefrequentie in stabiele fase

De controlefrequentie is afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt, minimaal 2 tot 4x per jaar (bij goede waarden is 1x per 6 maand controle voldoende).

Eenmaal per jaar een uitgebreid jaargesprek cq jaarcontrole en een tussentijdse controle 1 tot 3x per jaar.

De huisarts is verantwoordelijk voor een goed oproep- en follow-up systeem.

5.3 Jaargesprek/jaarcontrole

Jaargesprek cq controle volgens de [NHG-standaard DMT2 2018](#), bestaat uit:

- Algemeen welbevinden afgelopen periode
- Aandacht hypo/hyper
- Aandacht impact diabetes op het dagelijks leven
- Effect dagelijks leven op de glucoseregulatie
- Gewicht, lengte en BMI
- Levensstijl coaching (gewicht, bewegen, roken en glucoseregulatie)
- Bloeddruk
- Voetonderzoek
- Evaluatie medicatiegebruik
- Algehele conditie van de patiënt in vergelijking met vorig jaar
- Bespreken uitslagen van uitgebreid bloedonderzoek (nierfunctie, HbA1c, nuchtere bloedsuiker, lipidenspectrum)
- Urine-onderzoek op Albuminurie
- Verifiëren of oogonderzoek heeft plaatsgevonden ([volgens richtlijn](#))

Bij gebruik insuline:

- Controle spuitplaatsen (bij aanwezigheid spuitplaatsen elke 3 maanden controle)
- Zelfcontrole: uitvoering/controle bloedglucosemeter, wanneer en welke controle
- Zelfregulatie, interpretatie glucose dagcurve, effecten van voeding, beweging, stress en bijbehorende interventies.

5.4 Tussentijdse controle

Aandachtspunten bij de tussentijdse controles zijn:

- Algemeen welbevinden afgelopen periode
- Aandacht hypo/hyper
- Effect dagelijks leven op de glucoseregulatie
- Gewicht
- HbA1c en/of glucosewaarden
- Bloeddruk
- Algehele conditie van de patiënt
- Levensstijl coaching (gewicht, bewegen, roken en glucoseregulatie).

Bij gebruik insuline:

- Controle spuitplaatsen (bij aanwezigheid spuitplaatsen elke 3 maanden controle)
- Zelfcontrole: uitvoering/controle bloedglucosemeter, wanneer en welke controle
- Zelfregulatie, interpretatie glucose dagcurve, effecten van voeding, beweging, stress en bijbehorende interventies.

Wanneer de streefwaarden en/of doelen niet worden behaald, en/of er zijn diabetes gerelateerde psychosociale problemen, gaat de patiënt terug naar de 'instelfase'.
Wanneer de situatie stabiel en/of acceptabel is kan de patiënt weer terug naar de 'stabiele fase'.



6 GHC-afspraken

6.1 Zorginhoudelijk afspraken

De zorg voor mensen met DMT2 wordt uitgevoerd volgens de [NHG-standaard DMT2 2018](#). Daarnaast zijn er een aantal specifieke GHC-afspraken.

6.1.1 Bloed- urineonderzoek

Het periodiek bloed- en urineonderzoek vindt plaats conform de richtlijnen van het NHG en NDF

- 1x per jaar een volledig bloed en urine (zo nodig vaker)
- Elke 3 á 6 maand een HbA1c-meting via de POCT-meting

6.1.2 Stoppen met roken

Roken is een belangrijke risicofactor voor patiënten met DM. Het is van groot belang dat alle hulpverleners een stopadvies geven aan elke nieuwe patiënt die blijkt te roken. De motivatie van de roker is bepalend voor de vervolgenterventie. De stoppen-met-roken-begeleiding wordt binnen het zorgprogramma diabetes gefinancierd en mag voor geïnccludeerde patiënten niet los gedeclareerd worden.

Registratie in het kwaliteitsregister 'stoppen met roken' is voor de praktijkmedewerker niet verplicht, wel is het wenselijk dat medewerkers die de stoppen met roken begeleiding uitvoeren 1x per 3 jaar de cursus volgen.

6.1.3 Voetcontrole en verwijzing

Eén keer per jaar voert de huisarts of praktijkondersteuner de voetcontrole uit volgens de checklist voetscreening. De SIM's-classificatie en het bijbehorend ZorgProfiel worden vastgesteld. Op basis van het zorgprofiel wordt zo nodig verwezen naar de medisch pedicure of podotherapeut of het tweede lijns voetenteam. De regionale verwijz criteria komen niet overeen met de landelijke richtlijn. Zie GHC-documenten [checklist voetscreening](#) en [Van Sims naar Zorgprofiel](#).

6.1.4 Voorlichting en individueel zorgplan

Praktijkondersteuner of huisarts geeft voorlichting aan de patiënt over de ontstaanswijze en symptomatologie van diabetes. Speciale aandacht wordt besteed risicoverhogend gedrag zoals roken, overgewicht, onvoldoende lichaamsbeweging, ongezonde voeding en overconsumptie van alcohol. Voor iedere patiënt wordt, in overleg met de patiënt, een individueel zorgplan opgesteld waarin afspraken over het veranderen van risicoverhogend gedrag worden vastgelegd.

Waar nodig wordt er verwezen naar de ketenpartners [diëtist](#), [voetzorg](#), [fundus](#)

Daarnaast wijzen de zorgverleners de patiënt op Diabetesvereniging Nederland (DVN) en de Diabetes Zorgwijzer.

6.1.5 Behandeling met insuline

Wordt uitgevoerd door huisarts, praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner die bevoegd en bekwaam zijn.

Bevoegd door: basiscursus insulinetherapie van Langerhans of SCEM **én** 1x per 2 jaar een vervolg cursus insulinetherapie te volgen.

Bekwaam door: voldoende patiënten te begeleiden met insulinetherapie.

Uitvoering volgens NHG-standaard met behulp van boek 'praktische insulinetherapie' 2017.

6.1.6 Verantwoordelijkheid huisarts

De uitkomsten van elke controle worden door de desbetreffende zorgverlener teruggekoppeld naar de huisarts. Daarbij wordt geverifieerd of er voldoende aandacht is geweest voor educatie, klachten ten gevolge van complicaties, risicofactoren, dieet en uitgebreid periodiek lichamelijk onderzoek. Indien complicaties of problemen worden geconstateerd, is de huisarts verantwoordelijk voor het verdere beleid (bijvoorbeeld verwijzing ketenpartner).

6.1.7 Consultatie eerste lijn

Consultatie binnen de eerste lijn is mogelijk voor bijvoorbeeld overleg en/of sparren over een DM-casus en/of 'coaching on the job'. Hiervoor kan contact opgenomen worden met de diabetesverpleegkundige van de GHC, Joke Beukema. Mail: j.beukema@ghcgroningen.nl. Tel: 050 3695034. Digitale consultatie is in ontwikkeling.

6.1.8 Consultatie tweede lijn

Digitale consultatie met internist via VIPLive is in ontwikkeling.

6.1.9 Verwijzing tweede lijn

Als de geboden zorg van een individuele diabetespatiënt niet leidt tot een bevredigende instelling van de ziekte volgens de streefwaarden van het NHG/NDF-protocol, komt de patiënt in aanmerking voor tijdelijke verwijzing naar de internist op basis van de [Groninger Transmurale Afspraken \(GTA\)](#) (bijlage 1).

6.2 Organisatorische afspraken

6.2.1 Ketenpartners en samenwerking

In de keten DM maken naast de huisartsenpraktijk ook diëtisten, medisch pedicures en podotherapeuten onderdeel uit van de keten. Tevens valt ook de fundusscreening onder de DM-keten. Patiënten kunnen onder bepaalde voorwaarden verwezen worden naar deze zorgverleners voor voedingsadvies, voetzorg of de fundusscreening zonder eigenrisico. De meest recente verwijscriteria, samenwerkingsafspraken en aangesloten zorgverleners zijn te vinden op de [website](#) van de GHC.

Digitale verwijzing naar diëtist, podotherapeut en/of pedicure gaat via VIPLive, [zie handleiding](#).

6.2.2 Registratie

De zorgverleners in de huisartsenpraktijk zorgen voor een reproduceerbare digitale registratie van de uitkomsten van hun begeleiding. Deze registratie vindt plaats in de meetwaardentabel/labcode-tabel van het HIS en omvat de indicatoren volgens de NHG-standaard, zoals opgenomen in de [registratieset van de GHC bijlage 2](#).

7 Kwaliteitsindicatoren

7.1 Registratie van hoofdbehandelaar en deelname ketenzorg

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u te voldoen aan de volgende voorwaarden

- alle patiënten met DM type 2 hebben de ICPC-code T90.02
- bij alle DMT2-patiënten die bekend zijn in de huisartsenpraktijk wordt een hoofdbehandelaar DM genoteerd:
 - noteer huisarts indien de huisarts hoofdbehandelaar is +
 - 'deelname keten' ja of nee
 - 'ja' bij alle mensen die afgelopen 12 maanden gecontroleerd en geregistreerd zijn
 - 'nee' bij overige mensen + reden geen programmatische zorg
 - noteer specialist indien de specialist hoofdbehandelaar is.

Bij verschuiving van hoofdbehandelaar dient dit direct geregistreerd te worden in het HIS om dubbeldeclaratie te voorkomen.

7.2 Kwaliteitsbeleid GHC

In bijlage 2 treft u de [registratieset DM](#). Het gebruik van deze registratieset is verplicht. De GHC hanteert vanaf 2016 de volgende streefwaarden voor DM:

Procesindicator afgelopen 12 maand genoteerd	Minimale norm	Streefwaarde
Bloeddruk	80%	90%
eGFR (CKD-EPI formule)	80%	90%
HbA1c bepaald	80%	90%
Alb/Kreat ratio urine	70%	80%
LDL	80%	90%
Rookgedrag	80%	90%
BMI	80%	90%
Fundus eenmaal per 3 jaar	70%	80%
Voetcontrole	70%	80%

Bijlage 1 Groninger Transmurale Afspraken (GTA)

Datum: .../.../20.. Man Vrouw Geboorte jaar 19..

- Patiënte heeft DM en is zwanger**
 - Wijs op noodzaak van preconceptioneel consult bij internist in verband met aanpassing medicatie (tijdig staken statines en antihypertensiva) (V) verwijzing
- Patiënt is nieuwe DM-patiënt**
- **Aanwijzingen voor andere type DM dan type 2 (LADA, MODY)?**
 - Leeftijd < 25 jaar → verwijs (V) verwijzing
 - Leeftijd 25-40 jaar en BMI < 27 (C/V) consultatie
 - Vroegtijdig falen orale bloedglucose verlagende therapie (C/V) verwijzing
- Patiënt is bestaande DM-patiënt**
- Moeilijk te reguleren glycemische instelling
 - recidiverende hypoglycemien** (V) verwijzing
 - beroep** (piloot/chauffeur) (V) verwijzing
 - aanvang insuline therapie** (C/V) consultatie
 - grote zorgen spuiten/gewichtstoename** (C/V) verwijzing
 - 1 (of 2x) daags regime:** indien onvoldoende effect of bij relatief jonge, actieve onregelmatig levende patiënt, overweeg basaalbolusschema (C/V) consultatie
 - start GLP-1 therapie** (C) verwijzing
 - kwetsbare oudere:** instelling aanvaardbaar tot HbA1c 8.5% (C) consultatie
- Lipiden
 - LDL > 2.5 mmol/l:** evalueer therapietrouw, identificeer en behandel bijdragende leefstijlfactoren, overweeg FH (verwijs bij score van 6 of meer, overweeg consultatie (C/V) consultatie
 - TC > 8 mmol/l, TC/HDL-ratio > 8 of LDL > 5 mmol/l:** sluit alcoholisme, nefrotisch syndroom, hypothyreoidie, leverziekten uit; bepaal FH-score (verwijs bij FH-score van 6 of meer) (V) verwijzing
 - nuchter triglyc. >8 mmol/l:** bepaal nogmaals, DM onvoldoende ingesteld?, overmatig alcohol gebruik? Geef leefstijladvies/verwijs eventueel naar diëtiste. Start simvastatine 40 mg (C) consultatie
 - nuchter triglyc. >15 mmol/l:** verwijs naar internist (V) verwijzing
 - kwetsbare oudere:** therapie/controlle niet noodzakelijk, bestaande therapie handhaven (C) consultatie
- Bloeddruk
 - TRH** [Therapieresistentie hypertensie = SBD > 140 mmHg ondanks 3 antihypertensiva in adequate dosering (ga bij protocollaire thuismeting uit van SBD < 135 mmHg en bij 24-uurs bloeddruk van SBD < 130 mmHg)]. Sluit pseudo-resistente uit. Overweeg secundaire hypertensie. Indentificeer leefstijlfactoren/bloeddrukverhogende stoffen. Bij TRH > 6 maand verwijs (C/V) consultatie
 - kwetsbare oudere:** streef naar SBD < 150 mmHg (70+) en < 160 mmHg (80+) (C) verwijzing
- Gewicht
 - ernstige obesitas:** de huisarts kan verwijzen voor beoordeling indicatie bariatrische chirurgie bij BMI vanaf 35 (overweeg consultatie) (C/V) consultatie
 - macroalbuminurie** (niet als gevolg tijdelijke aandoening): verwijs naar internist (V) verwijzing
- Nierschade
 - < 65 jr en eGFR 45-60 ml/min of > 65 jr en eGFR 30-45 ml/min:** zie * en consulteer (C) consultatie
 - > 65 jr en eGFR < 30 ml/min of < 65 jr en eGFR < 45 ml/min:** zie * en verwijs (V) verwijzing
 - *onderzoek sediment, aanvullend lab, echo urinewegen, geef algemene adviezen en maatregelen
 - toename microalbuminurie:** Schrijf RAS-remmer voor (bij levensverwachting > 10 jaar). Consulteer internist bij optredende progressie (C) consultatie
- Diabetische voetulcus
 - ulcus:** behandel uitsluitend niet plantair oppervlakkig neuropatisch ulcus zonder tekenen van PAV. Beperkte cellulitis dan antibiotica (C/V) verwijzing
 - niet genezend ulcus:** verwijs na 2 weken (V) verwijzing
- Neuropathie
 - neuropathie:** zorg voor preventie en pijnbestrijding (C/V) consultatie
 - verwijzing

Bijlage 2 Registratieset DM GHC

Registratieset DM

Versie oktober 2018



Uitvoering van zorg volgens NHG-standaard

Acties	Parameter	Code	Afkorting	GHC kwaliteitsbeleid
1. Algemene gegevens:				
	Diabetes type 2	T90.02		registreren in episodelijst
	Hoofdbehandelaar diabetes	2206	DMHB TZ	registreren, wijziging bijhouden
In-exclusie	Deelname ketenzorg DM	3827	DMKZ TZ	registreren en wijziging bijhouden
	Controlebeleid DM	1775	DMCB TZ	registreren en wijziging bijhouden
	Reden geen geregelde zorg	1789	DMRZ TZ	wijzigingen registreren
2. Lichamelijk onderzoek:				
BMI	lengte	560	LNGP AO	< 80 jaar: 1x per 5 jaar
	gewicht	357	GEW AO	< 80 jaar: 1x per jaar
	BMI	1272	QUET AO	registreren (lengte én gewicht volstaat)
Bloeddruk	Systolische bloeddruk (SBD)	1744	RRSY KA	≥ 1x per jaar registreren
	Diastolische bloeddruk (DBD)	1740	RRDI KA	
	Systolische bloeddruk (thuismeting)	2055	RRSY KA MH	alternatief voor SBD en DBD
	Diastolische bloeddruk (thuismeting)	2056	RRDI KA MH	
	Systolische bloeddruk (gemiddeld 24u)	2659	RRGS KA MH	alternatief voor SBD en DBD
	Diastolische bloeddruk (gemiddeld 24u)	2660	RRGD KA MH	
Voeten	SIMS classificatie	2196	RIVU SQ	≥ 1x per jaar, 1 van deze 2 indicatoren registreren
	Zorgprofiel risico voetulcera	3609	ZPVU SQ	
	Inspectie linker voet	1697	INSP LV LI	
	Inspectie rechter voet	1698	INSP LV RE	
	Doorbloeding linker voet	1641	DBLO LV LI	nodig voor classificatie en verwijzing
	Doorbloeding rechter voet	1642	DBLO LV RE	
	Monofilamenten onderzoek linker voet	1710	MOFV NS LI	
	Monofilamenten onderzoek rechter voet	1711	MOFV NS RE	
Ogen	Fundusfoto	2129	FUFO FA	1x per 3 jaar registreren (volgens richtlijn 2018)
	Datum laatste fundoscopie	1638	DAFU FZ	
	Diabetische retinopathie linker oog	1652	DMRP FA LI	wenselijk bij verwijzing/samenwerking andere discipline
	Diabetische retinopathie rechter oog	1653	DMRP FA RE	
3. Laboratorium gegevens:				

HbA1c	HbA1c	2816	HBAC B	≥ 1x per jaar registreren
	HbA1c POC-test	3754 (3266)	HBAP B	
Cholesterol	LDL direct	2683	LDLD B	< 80 jaar: ≥ 1x per jaar registreren 1 van deze 2
	LDL	542	LDL B	
	Cholesterol totaal	192	CHOL B MT	
	HDL	446	HDL B	
	Cholesterol ratio	181	CHHD B MI	
	Triglyceriden	1377	TRIG B	
Nierfunctie	Kreatinine	523	KREA B	≥ 1x per jaar 1 van deze 3 registreren
	Kreatinineklaring	524	KREA O MK	
	eGFR (CKD-EPI formule)	3583	KREC O FB	
	Albumine (micro) portie urine	38	ALB U	< 80 jaar: ≥ 1x per jaar 1 van deze 2 registreren
	Albumine / kreatinine ratio urine portie	40	ALB K U MI	
4. Leefstijl / Educatie				
Beweging	Lichaamsbeweging volgens norm gezond bewegen	3239 (1705)	NNGB AQ	
	Advies voldoende beweging	1816	ADLB LQ	
Voeding	Bespreken voedingspatroon	2718	BZVD AA	
	Advies gezonde voeding	2137	ADVD AQ	
Roken	Roken	1739	ROOK AQ	< 80 jaar: ≥ 1x per jaar registreren
	Advies stoppen met roken	1814	ADMI AQ	
Alcohol	Alcoholgebruik	1591	ALCO PQ	
	Registratie Five Shot	2423	5SHT PQ	