

Regionale Transmurale Afspraak Utrecht Diabetes Mellitus Type 2 (DM2)

Deelnemende Partijen

De RTA wordt gedragen door:

1. Zorggroepen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.
2. Ziekenhuizen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.

Bijbehorende documenten:

Deze RTA is gekoppeld aan de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' en de individuele overeenkomst tot dienstverlening.

Status: Definitief	Looptijd: 21 januari 2016- 21 januari 2017	Eigenaar: Huisartsen Utrecht Stad	Beheerder: Platform transmurale zorg
Versie: Versie: 2.0			
Wijze van publicatie: Zorgdomein, websites partijen	Evaluatie datum: November 2016	Verantwoordelijke: Voorzitter kaderartsen zorggroepen	E-mailadres contactpersoon: diabetes@huisartsenutrechtstad.nl

Doelstelling

Het doel van de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving. Deze RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Utrecht. En is onlosmakelijk verbonden met de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' en de individuele overeenkomst tot dienstverlening. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De eerste en tweede lijn hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid substitutie in de zorg mogelijk te maken.

Ten behoeve van de ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 (DM2) zijn er in de regio Utrecht samenwerkingsafspraken gemaakt tussen huisartsen en internisten.

Hieronder volgt de RTA DM2 welke richtlijnen geeft voor de samenwerking tussen huisartsen en internisten bij de:

- Diagnostiek
- Behandeling
- Consultatie
- Verwijzen en terugverwijzen van patiënten
- Berichtgeving over patiënten.

Deze RTA is gebaseerd op de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA). Voor deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van de Landelijke richtlijnen (KNMG-meldcode, LHV richtlijnen).

Bijlagen

Zie bijlage 1: Verwijzen en/of consulteren

Zie bijlage 2: Contactgegevens

Zie bijlage 3: HASP richtlijnen voor berichtgeving

Diagnostiek, behandeling.

De tabel in bijlage 1: behandeling, diagnostiek geeft aan wanneer te consulteren en/of verwijzen. Bij de beslissing van consulteren of (terug)verwijzen dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het effect van de interventie op de lange termijn en de comorbiditeit.

Voorlichting

- Stem informatie aan de patiënt op elkaar af. Patiënten websites: www.diep.info , www.mijndiabetes.nl en www.thuisarts.nl
- Attendeer op het bestaan van de patiëntenvereniging (DVN);
- Streef naar het opstellen van een behandelplan met doelen voor gezondheidsverbetering samen met de patiënt.

Consultatie

Onder consultatie wordt verstaan: het adviseren van de huisarts over behandelopties en/of duiding van diagnostiek. Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.

Verschillende vormen van consultatie worden beschreven in de samenwerkingsovereenkomst. Bij consultatie blijft de huisarts 'hoofdbehandelaar' van de patiënt.

Consultatie van de kaderhuisarts

In eerste instantie heeft consultatie van de kaderhuisarts door een huisarts de voorkeur boven consultatie van de internist. De kaderhuisarts diabetes van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie.

Consultatie van de internist

De internist is beschikbaar voor consultatie door een huisarts.

Consultatie diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis

Rechtstreekse consultatie van de diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis is ongewenst. Een eventuele uitzondering kan er zijn bij technische vragen.

Besprekingen: casuïstiekbespreking door internist

De internisten zijn bereid tot casuïstiekbesprekingen en bijeenkomsten die tot doel hebben dat specifieke patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Deze bijeenkomsten worden door de eerste lijn, in samenspraak met de tweede lijn, georganiseerd.

Verwijzen

Raadpleeg voor de afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.

Verwijzen naar specialist waarbij sprake is van een opname

Bij diabetes gerelateerde opnames zal de internist het hoofdbehandelaarschap overnemen en zonodig vervolgt de internist de patiënt (tijdelijk) poliklinisch.

De internist neemt het hoofdbehandelaarschap ook over als dat relevant is voor andere internistische ziekten waarvoor hij de patiënt behandelt, welke interfereren met de diabetes. Als er overname plaats vindt zal de huisarts hier zo spoedig mogelijk van in kennis worden gesteld.

Patiënten gaan tijdelijk voor hun diabeteszorg over naar de internist (internist wordt in consult gevraagd) als de patiënt wordt opgenomen voor een ander specialisme (cardioloog, chirurg, neuroloog). Na ontslag zal de internist de patiënt alleen terug zien op de poli als de behandeling door de internist meerwaarde heeft. In andere gevallen wordt na opname de zorg weer overgedragen aan de huisarts en krijgt deze daarover expliciet bericht. Het is de verantwoordelijkheid van het specialisme dat patiënt heeft opgenomen, duidelijk te corresponderen hierover naar de huisarts. Indien de internist het hoofdbehandelaarschap overneemt dan wordt dit aan de huisarts gecommuniceerd en gemotiveerd.

Zodra de behandeling van de patiënt bij de internist is afgerond, zal dit met datum vermeld worden. De huisarts wordt hierover geïnformeerd zodat hij het hoofdbehandelaarschap weer kan overnemen.

Verwijzen naar specialist bij voetproblemen

Voor een patiënt met **acute voetproblemen** (ulcus en/of ontsteking) zal de huisarts altijd telefonisch contact opnemen met de internist (bij voorkeur met de internist-endocrinoloog (*zie bijlage 3 contactpersonen*)). Deze patiënten moeten na overleg met spoed worden gezien. De internist is het aanspreekpunt in het ziekenhuis. Waar nodig schakelt de internist andere specialisten in (voetenpoli). De internist is in deze acute fase verantwoordelijk voor het voetprobleem.

Bij een niet goed ingestelde diabetes, neemt de internist het hoofdbehandelaarschap over (de internist informeert de huisarts hierover). Indien de acute fase voorbij is en de diabetes goed gereguleerd is, wordt de diabeteszorg weer aan de huisarts overgedragen. Indien de diabetes goed gereguleerd is, dan kan de huisarts (in overleg met de internist) hoofdbehandelaar blijven.

Bij **chronische voetproblemen** verwijst de huisarts bij voorkeur naar de revalidatiearts. De huisarts blijft hoofdbehandelaar diabetes.

Verwijzing naar een specialist bij chronische nierschade

Voor chronische nierschade kan de nefroloog geconsulteerd worden (conform de LTA chronische nierschade). Indien er verwezen wordt naar de nefroloog, dan blijft de huisarts hoofdbehandelaar diabetes. De huisarts geeft dit tevens aan in zijn verwijzing. Als de huisarts wil verwijzen i.v.m. een

nierinsufficiëntie bij een slecht ingestelde diabetes, dan wordt er bij voorkeur naar de internist-endocrinoloog verwezen (de huisarts draagt dan het hoofdbehandelaarschap over).

Verwijzing naar een specialist bij diabetische neuropathie

Patiënten met (pijnlijke) diabetische neuropathie en slecht ingestelde diabetes kunnen verwezen worden naar de internist-endocrinoloog. De huisarts draagt dan het hoofdbehandelaarschap over aan de internist. Bij een goed gereguleerde diabetes en pijnlijke neuropathie, verwijst de huisarts naar de pijnpoli en blijft zelf diabetes hoofdbehandelaar. Een verwijzing naar de neuroloog is aangewezen als de huisarts twijfelt over de oorzaak van de neuropathie.

Procedure van verwijzen naar internist

Raadpleeg voor de afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.

Uitgangspunt: De patiënt kan binnen 14 dagen bij de internist terecht voor een niet spoedeisend probleem. Partijen hebben hierover afspraken gemaakt in dienstverleningsovereenkomst.

De verwijzing naar de internist verloopt idealiter via een vorm van elektronische communicatie. De huisarts zorgt voor een heldere vraagstelling en aanlevering van relevante medische gegevens. De huisarts omschrijft duidelijk het doel van de verwijzing en of hij de patiënt weer terug wil, of dat hij de patiënt overdraagt voor verdere behandeling.

De huisartsen geven in hun HIS aan dat de internist hoofdbehandelaar is als de patiënt tijdelijk of definitief en langer dan drie maanden door de internist wordt behandeld voor zijn diabetes.

Indien dit medisch verantwoord is, kan het zijn dat de internist korter dan 3 maanden hoofdbehandelaar is. Men kan denken aan:

- dreigende dehydratie en hyperglykemie (bij koorts, braken of diarree);
- ernstige hypoglykemie (bij gebruik langwerkende bloedsuikerverlagende medicatie);
- verwijzing voor beoordeling indicatie GLP1-analoog.

Terugverwijzing van specialist naar huisarts

Alle patiënten bij wie de situaties die hebben geleid tot een verwijzing niet meer aan de orde zijn, (bijvoorbeeld gedurende één jaar stabiele nierfunctie zonder secundaire complicaties of laatste manifestatie HVZ één jaar geleden) of wanneer beter niet-haalbaar is, worden zo spoedig mogelijk terugverwezen naar hun huisarts. Het uiteindelijk overdragen blijft altijd een individuele beslissing van de hoofdbehandelaar, waarbij het belangrijk is dat er heen en weer gecommuniceerd en geïnformeerd wordt. De huisartsen geven in hun HIS aan dat de internist hoofdbehandelaar is als de patiënt tijdelijk, langer dan drie maanden, of definitief door de internist wordt behandeld voor zijn diabetes. Hierover moeten zij dan wel expliciet geïnformeerd zijn door de internist en moet er een duidelijke motivatie zijn vanuit de tweedelij.. Er zal zo snel mogelijk een bericht van het ontslag of de beëindiging van de poliklinische behandeling naar de huisarts toe gaan.

Bijlage 1: Behandeling/Diagnostiek/Verwijzen en/of consulteren

De tabel geeft aan behandeling, diagnostiek en wanneer te consulteren en/of verwijzen. Bij de beslissing van consulteren of (terug)verwijzen dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het effect van de interventie op de lange termijn en de co-morbiditeit.

DIAGNOSTIEK

Indicatie	Huisarts*	C/V**	Vermelden bij C/V	Internist ***
Aanwijzingen voor ander type diabetes dan type 2 (o.a. LADA en MODY)	<ol style="list-style-type: none"> Hoge initiële glucosewaarden bij BMI < 27 Leeftijd < 25 jaar Vroegtijdig falen orale diabetesmedicatie Familieid met DM < 25 jaar, DM in 3 opeenvolgende generaties en verdenking op een autosomaal dominant overervingspatroon 	C	BMI, familie anamnese, etniciteit	Adviseert over (consequenties van) aanvullende diagnostiek
Glycemische instelling Moeilijk te reguleren DM type 2	<ol style="list-style-type: none"> Problemen bij het gebruik van (orale) bloedglucose verlagende middelen (co-morbiditeit, niet verdragen medicatie en hypoglycemiën). Onvoldoende correctie postprandiale waarden 	C	Medicatie, voorgeschiedenis, bijwerkingen/interacties beloop HbA1c en eventuele motivatieproblematiek	Adviseert t.a.v. strategie met patiënt en in eigen diabetesteam, waarna behandeling wordt ingezet
Insulinetherapie	<p>Consulteert/zo nodig verwijst:</p> <ol style="list-style-type: none"> Beroep (piloot/chauffeur) Grote zorgen over het spuiten en/of gewichtstoename Recidiverende hypoglycemiën 1(of 2x) daags regime : indien onvoldoende effect of bij relatief jonge, actieve patiënten met een onregelmatig leven overweegt huisarts basaal bolus schema (of verwijzing) 	<ol style="list-style-type: none"> C C V C/V 	<p>Beloop van therapie, gewicht, HbA1c, overwegingen m.b.t. insuline, beschikbare dagcurves, dagboeken</p> <p>Specificatie waarom regulatie en vermeldt of en wanneer patiënt terugverwezen kan worden</p>	Bespreekt alternatieven met patiënt en eigen diabetesteam, waarna de behandeling ingezet wordt
Dreigende dehydratie en hyperglycemie (bij koorts, braken of diarree)	<ol style="list-style-type: none"> Staakt bij dreigende dehydratie metformine en zn. Diuretica en RAS-remmers Zorgt voor extra vochtinname Bij insulinegebruik: zo nodig extra kortwerkend insuline (2-4-6 regel) Wanneer desondanks dehydratie optreedt of niet goed te corrigeren hyperglycemie , verwijst de huisarts 	C/V	Informatie over diabetes-therapie, kwaliteit van regulatie (recent HbA1c), de luxerende ziekte en bevindingen bij insturen	<p>Klinische observatie met zonodig</p> <ul style="list-style-type: none"> I.v.-vochttoediening Insulinetoediening Kaliumsuppletie <p>Diagnostiek en therapie luxerende ziekte</p>
Ernstige hypo's bij gebruik langwerkende glucose-verlagende medicatie indien controle op recidief thuis niet mogelijk is	<ol style="list-style-type: none"> Koolhydraatrijke drank Indien niet mogelijk dan eerst 20-40 ml 50%-glucoseoplossing i.v. of 1 mg glucagon sc/im, gevolgd door koolhydraatrijke drank Huisarts gaat na wat de oorzaak van de hypoglycemie is 	V	Recent HbA1c, thuismedicatie met recente wijzigingen, luxerende omstandigheden en mogelijkheden voor opvang thuis	<p>Klinische observatie</p> <p>Parenterale glucosetoediening</p>

*wat doet de huisarts vóór verwijzing, **C=consultatie, V=verwijzen, ***wat doet de internist na verwijzing

RISICOFACTOREN

Indicatie	Huisarts*	C/V**	Vermelden bij C/V	Internist ***
Risicofactoren Persisterend LDL > 2,5 mmol/l bij hoog risicoprofiel (>20%)* > 1 jaar. *Bij DM 15 jaar optellen bij gebruik SCORE tabel	1. Evalueert therapietrouw 2. Identificeert en behandelt bijdragende leefstijlfactoren 3. Intensiveert therapie 4. Overweegt familiale hypercholesterolemie (FH)	C	Voorgeschiedenis, actueel risicoprofiel, onbehandelde lipidenprofielen, de ervaring met eerdere interventies	Diagnostiek naar andere oorzaken Advies aanvullende medicatie, ofwel accepteren van een LDL>2.5
TC > 8 mmol/l TC/HDL ratio > 8 LDL > 5 mmol/l (na uitsluiten hypothyreoïdie, zwangerschap en alcoholisme)	Facultatief doet huisarts onderzoek naar FH en/of start behandeling met een statine Huisarts bepaalt kansscore op FHC (bij een score > 6 genetisch onderzoek of verwijzing internist)	V	Vermeldt het onbehandelde lipidenprofiel en familie-anamnese (zo mogelijk de stamboom)	Sluit secundaire oorzaken uit Diagnostickeert en behandelt primaire dyslipidemie Geeft advies over behandeling
Triglyceriden nuchter > 6 mmol/l	1. Laat opnieuw nuchter triglyceridengehalte bepalen 2. Gaat oorzaken als onvoldoende ingestelde DM en overmatig alcoholgebruik na 3. Geeft leefstijladvies 4. Verwijst zo nodig naar een diëtist 5. Start simvastatine 40 mg	C/V	Vermeldt onbehandelde waarden en resultaat van therapeutische interventies	Verricht diagnostiek naar secundaire en familiale oorzaken Adviseert over aanvullende medicatie op basis van het risico op pancreatitis
Therapieresistente hypertensie (syst RR > 140 mmHg ondanks triple therapie bij mensen < 80 jaar en > 160 mmHg bij mensen > 80 jaar)	1. Sluit pseudo-resistentie uit 2. Identificeert leefstijlfactoren en vermindert bloeddruk verhogende stoffen of medicatie 3. Overweegt secundaire hypertensie 4. Bij aanhoudend resistente hypertensie (6 mnd) verwijzing naar internist	C/V	Voorgeschiedenis, medicatie-overzicht, risicoprofiel en onbehandelde zowel als behandelde bloeddruk-registraties.	Sluit onvoldoende zout-beperking (natriumexcretie >100 mmol/24u) en secundaire oorzaken (endocrien, renaal en OSAS) uit Breidt medicatie uit
(Ernstige) obesitas met sterk tot extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico	De huisarts kan verwijzen voor beoordeling indicatie bariatrische chirurgie bij: BMI ≥ 40 of BMI 35-40 én gangbare niet-chirurgische behandelingen niet het gewenste effect	V	Voorgeschiedenis, BMI, comorbiditeit en ingestelde behandelingen	Sluit secundaire obesitas uit Behandeling zoals zeer laag calorisch dieet, intensieve gecombineerde leefstijl-interventie, initiatie incretine-gebaseerd behandelregime of bariatrische chirurgie

*wat doet de huisarts vóór verwijzing, **C=consultatie, V=verwijzen, ***wat doet de internist na verwijzing

COMPLICATIES

Indicatie	Huisarts*	C/V	Vermelden bij C/V	Internist ***
Patiënten < 65 jaar en eGFR 45 tot 60 ml/min Patiënten > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/min	<ol style="list-style-type: none"> Onderzoek urinesediment Aanvullend laboratoriumonderzoek Echografie urinewegen bij cystenieren in familie of aanwijzingen voor postrenale obstructie Algemene adviezen en maatregelen (zout, gewicht, roken, medicatie, voorkomen dehydratie) 	C	Voorgeschiedenis, medicatie-overzicht en eerdere gegevens over de urine en nierfunctie (en laboratoriumonderzoek)	Overleg over: aanvullende diagnostiek, behandeling bij comorbiditeit, aanvullende maatregelen ter voorkoming verdere achteruitgang nierfunctie Maatregelen ter preventie van metabole en cardiovasculaire complicaties
Patiënten > 65 jaar eGFR < 30 ml/min Patiënten < 65 jaar eGFR < 45 ml/min	Idem aan bovenstaande kolom	V	Idem aan bovenstaande kolom	Zie boven. Maatregelen ter voorkoming van verdere nierfunctieverlechtering en late complicaties Behandeling van symptomen zoals oedeem
Toename micro-albuminurie	Schrijft RAS-remmer voor (bij levensverwachting > 10 jaar) Consulteert internist bij optredende progressie	C	Voorgeschiedenis, medicatie en historie urine, nierfunctie	Adviseert over aanvullende diagnostiek en aanpassing medicatie
Macro-albuminurie	Verwijst, na uitsluiting van oorzaken zoals ontregelde diabetes, manifest hartfalen, urineweginfecties of een koortsende ziekte		Voorgeschiedenis, medicatie, overzicht en historie urine en nierfunctie	Overweegt andere diagnose dan diabetische nefropathie Aanpassing medicatie
Diabetisch voetulcus	<ol style="list-style-type: none"> Huisarts behandelt uitsluitend een niet plantair, oppervlakkig, neuropathisch ulcus zonder tekenen van PAV Beperkte cellulitis, dan antibiotica Als ulcus na 2 weken niet genezen is, dan verwijzen 	C/V	Voorgeschiedenis, toegepaste medicatie, recent HbA1c, klachten en lokale behandeling	Behandelt patiënt bij voorkeur in samenspraak met het voetenteam van het ziekenhuis
Neuropathie	Huisarts is alert op andere neuropathieën en zorgt voor preventieve maatregelen en voor adequate pijnstilling	C/V	Voorgeschiedenis, medicatie, recent HbA1c en klachten	Nadere diagnostiek naar polyneuropathieën en behandeling
Zwangerschapswens of zwangerschap	<ol style="list-style-type: none"> Verwijst naar internist voor aanpassing medicatie (tijdig staken statines en antihypertensiva) Verwijst bij zwangerschapsdiabetes, naar het multidisciplinaire behandelteam tweede lijn 	V	Voorgeschiedenis en medicatie-overzicht	<ol style="list-style-type: none"> Preconceptioneel advies en begeleiding zwangerschap in samenwerkingsverband gynaecoloog Endocriene behandeling door het multidisciplinaire diabetesteam (ook bij uitblijven van insulinebehandeling)

*wat doet de huisarts vóór verwijzing, **C=consultatie, V=verwijzen, ***wat doet de internist na verwijzing

Bijlage 2: Contactpersonen

Huisartsen

Huisartsen Utrecht Stad: Janneke Spitsbaard-Velmans, kaderhuisarts diabetes:
spitsbaardvelmans@gmail.com; diabetes@huisartsenutrechtstad.nl

Preventzorg: Mariska Brinkers, kaderhuisarts diabetes: kaderartsdm@preventzorg.nl

Leidsche Rijn Julius GZC: Bertien Hart, kaderhuisarts diabetes: h.e.hart@umcutrecht.nl

Zorggroep Noord-West Utrecht: Diana Rietdijk, kaderhuisarts diabetes:
d.hoeksema.rietdijk@gmail.com

Internisten

Diakonessenhuis Utrecht: via 088-2505555 (huisartsenlijn)
Rob Gallas of Alex Muller; anders dienstdoende internist (-endocrinoloog)

St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein: via 088-3204720 (huisartsenlijn interne) of
088-3203200 (24-uurs huisartsenlijn)
Wilbert Jellema; anders dienstdoende internist (-endocrinoloog)

UMC Utrecht: via centrale verwijzerslijn 0800-8099
Harold de Valk of Karin Kaasjager; anders dienstdoende internist (-endocrinoloog)

Bijlage 3: HASP

NHG HASP richtlijnen:

<https://www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-bij-verwijzen>.