

# **Friese Cardiometabole Zorg (CVRM & DM2) 2023**

---

**Ketenzorg Friesland  
Oktober 2023  
V 6.0 mei 2024**

# Inhoud

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INLEIDING .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2. DIAGNOSE .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2.1 CVRM .....</b>   | <b>4</b>  |
| 2.1.1. Casefinding CVRM .....   | 4         |
| 2.1.2. Risicoprofiel en Risicoschatting .....   | 5         |
| 2.1.3. SCORE-risicotabel 2019.....  | 5         |
| 2.1.4. Inclusiecriteria en exclusiecriteria CVRM.....                                   | 6         |
| <b>2.3 DM2 .....</b>  | <b>8</b>  |
| 2.3.1. Diagnose DM2 .....   | 8         |
| 2.3.2. Inclusiecriteria en exclusiecriteria module DM2 .....                            | 8         |
| <b>2.4 Chronische Nierschade (CNS).....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>3 SCHARNIERCONSULT EN INTAKE.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>3.1 Scharnierconsult huisarts .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>3.2 Intake POH .....</b>   | <b>9</b>  |
| 3.2.1. Persoonsgericht en samen beslissen .....   | 9         |
| 3.2.2. Nefropathie .....  | 10        |
| 3.2.3. Retinopathie bij DM2.....  | 12        |
| 3.2.4. Voetonderzoek bij DM2.....   | 12        |
| <b>4. Instelfase.....</b>   | <b>13</b> |
| 4.1 Individueel Zorgplan (IZP) met als uitgangspunt principes Positieve Gezondheid..... | 13        |
| 4.2 Educatie doelstellingen DM2 .....   | 13        |
| 4.3 Leefstijl-advisering op maat .....  | 14        |
| 4.4 Medicatie CVRM .....  | 14        |
| 4.5 Therapieresistentie CVRM.....   | 16        |
| 4.5.1 Bloeddruk.....  | 16        |
| 4.5.2 LDL .....   | 16        |
| 4.6. Medicatie DM2 (zowel orale als insulinoth therapie).....                           | 16        |
| <b>5. Stabiele fase .....</b>   | <b>17</b> |
| 5.1 Periodieke controles algemeen.....  | 17        |
| 5.2 Periodieke controles DM2.....   | 17        |
| 5.3 Jaargesprek DM2.....  | 18        |
| 5.4 Controlefrequentie wijzigen DM2 .....   | 18        |
| 5.5 Ontregeling en remissie DM2 .....   | 18        |
| <b>6. Verwijscriteria .....</b>   | <b>19</b> |
| 6.1 Naar 1e lijn ketenpartners.....   | 19        |
| 6.1.1 Diëtist.....  | 19        |
| 6.1.2 Pedicure en/of podotherapeut.....   | 19        |
| 6.2 Naar 2e lijn ketenpartners.....   | 20        |
| 6.2.1 Oogarts .....   | 20        |
| 6.2.2 Internist en gespecialiseerde verpleegkundige .....                               | 20        |
| <b>7. Literatuurlijst en handige links .....</b>  | <b>24</b> |

# 1. Inleiding

## Doel en verantwoording zorgprogramma

- Dit is een praktische handleiding voor alle zorgverleners werkzaam in de eerstelijnsketenzorg Cardiometabole aandoeningen in Friesland.
- In de Cardiometabole Ketenzorg geven we zorg aan patiënten met een hoog of zeer hoog cardiovasculair risico. Patiënten die tevens DM2 hebben krijgen tevens zorg aan de hand van de module DM2.
- Deze handleiding is een uitwerking van de overeenkomst tussen huisartsen, ketenpartners en Ketenzorg Friesland (KZF).
- Het bevat de samenwerkingsafspraken met alle ketenpartners en biedt een overzicht van de mogelijkheden en voorwaarden voor verwijzingen, ook van de overeengekomen wisselprotocollen.
- De huisarts (HA) voert de regie en is medisch eindverantwoordelijk voor het (keten-)zorgproces. Samen met de patiënt en praktijkondersteuner (POH) worden de behandelingen vastgesteld in een Individueel Zorgplan (IZP). Verwijzingen naar ketenpartners worden in overleg met de patiënt gedaan als het protocol dat vraagt.
- Het zorgprogramma is stapsgewijs opgebouwd op basis van de meest recente en door huisartsen breed gedragen wetenschappelijke kennis.
- Er wordt onder andere gebruik gemaakt van:
  - Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen (v4.0 juni 2019)
  - Praktische handleiding bij de NHG-standaard CVRM (v2.1 juli 2020)
  - NHG-standaard DM2 (november 2021)
  - NDF Zorgstandaard Diabetes (2018)
  - NHG-standaard Chronische Nierschade (april 2018)
  - Protocollaire Diabeteszorg, mogelijkheden voor taakdelegatie (2022) van S.T. Houweling;
  - Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk (2021) van M. Huber, H.P. Jung en K. van den Brekel-Dijkstra;
  - Positieve Gezondheid en Gezonde leefstijl – de basis voor Integrale Chronische zorg KZF

Voor de volledige referentielijst zie hoofdstuk 7. Let op dat je bij het raadplegen van de bronnen altijd de actuele versie gebruikt!

## 2. Diagnose

In de diagnostische fase bepaal je het risico op hart- en vaatziekten (HVZ). Daarna besluit je of je de patiënt opneemt in de cardiometabole ketenzorg. Hoewel deze fase buiten de keten valt, geven we in dit hoofdstuk volledigheidshalve wel een overzicht.

Risicocategorieën op sterfte door HVZ in tien jaar (2019):

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| Zeer Hoog Risico               | ≥ 10%           |
| Hoog Risico                    | tussen 5% en 9% |
| Laag tot Matig Verhoogd Risico | < 5%            |

Een deel van de patiënten valt op basis van hun risicoprofiel al direct in een van de risicocategorieën. Hun risico hoeft je dan niet kwantitatief te schatten met de SCORE-tabel. De SCORE-tabel gebruik je dus alleen voor personen die je niet meteen in een van de risicocategorieën kunt indelen. Na risicobepaling neem je die patiënten op in de module CVRM die voldoet aan de inclusiecriteria en geen exclusiecriteria hebben. Deze criteria worden in paragraaf 2.1.4. uitgewerkt.

Er kan ook sprake zijn van DM2. Wanneer je deze diagnose stelt, krijgt de patiënt óók zorg volgens de module DM2.

## 2.1 CVRM

### 2.1.1. Casefinding CVRM

Het zoeken naar patiënten met een verhoogd risico op Hart- en Vaatziekten kan door onderstaande ICPC of ATC in te voeren in het HIS.

| <b>Risicofactoren<sup>1</sup></b>                                    | <b>ICPC<sup>i</sup></b>  |
|--|--|
| Verhoogde bloeddruk (systolische bloeddruk $\geq$ 140 mmHg).         | K85, K86, K87  |
| Verhoogd cholesterolgehalte in het bloed (TC)                        | T93, T93.01, T93.03, T93.04  |
| Chronische nierschade  | U99.01   |
| Albuminurie  | U98.03   |
| Roken  | P17  |
| Reumatoïde artritis  | L88.01   |
| BM. Bechterew  | L88.02   |
| Obesitas   | T82  |
| HVZ in de familieanamnese  | A29.01   |
| Intracerebrale bloeding  | K90.02   |
| Cerebraal infarct  | K90.03   |
| Atherosclerose   | K91  |
| Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)/Claudicatio intermittens         | K92.01   |
| Aneurysma aortae   | K99.01   |
| Angina Pectoris  | K74, K74.01, K74.02  |
| Acuut Myocardinfarct   | K75  |
| Andere / chronische ischemische hartziekte                           | K76  |
| Coronair sclerose  | K76.01   |
| Vroeger myocardinfarct (> 4 wk geleden)                              | K76.02   |
| Pasagere cerebrale ischemie/TIA inclusief arteria retinalis trombose | K89  |
| COPD   | R95  |
| Diabetes mellitus 1 en 2   | T90, T90.01, T90.02  |
| <b>Medicamenteuze behandeling</b>                                    | <b>ATC</b>   |
| Bloedverdunners  | B01  |
| Antihypertensiva   | C02  |
| Diuretica  | C03  |
| Bèta-blokkers  | C07  |
| Calcium-antagonisten   | C08  |
| ACE-remmers en AT2-antagonisten                                      | C09  |
| Cholesterolverlagers   | C10  |
| <b>Overweeg een cardiovasculair risicoprofiel bij</b>                | <b>ICPC</b>  |
| Psoriasis met artropathie  | S91.00   |
| Overgewicht  | T83  |
| Zwangerschapstoxicose/ (pre)-eclampsie                               | W81  |
| HIV  | B90.01, B90.02   |
| Inflammatoire darmziekten  | D92, D94, D99  |
| Slaapapneusyndroom   | P06.01   |
| Jicht  | T92  |
| Kanker in het verleden   | A79, B74, D74, D75, D76, D77, L71, N74, R84, R85, S77, T71, T73, U75, U76, Y78 |

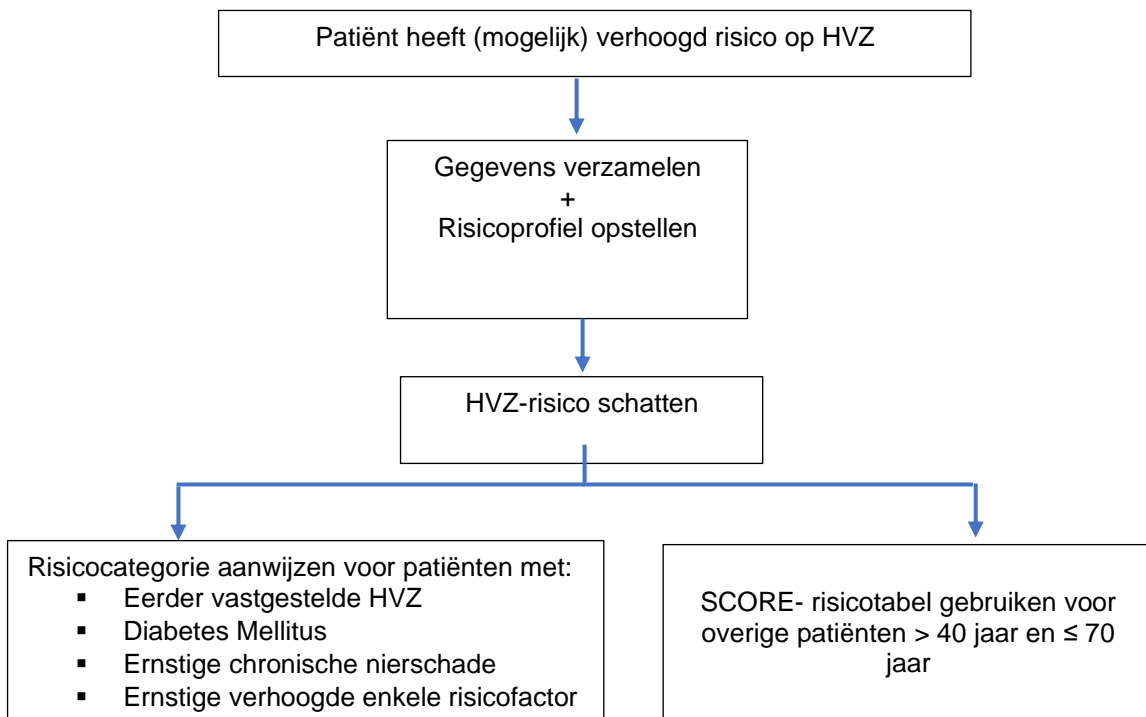
|  |  |
|--|--|
| Patiënten met een Turkse, Afrikaanse (sub-Sahara),<br>Hindoestaanse, Aziatisch-Surinaamse of Caribische<br>achtergrond |  |
|--|--|

**Handige links:**

[Registratie advies bij standaard CVRM, bijlage selectie.](#)

**2.1.2. Risicoprofiel en Risicoschatting**

Omdat het risico op HVZ multifactorieel bepaald is, moeten de risicofactoren in samenhang worden beoordeeld. Dit doe je door het opstellen van een risicoprofiel.



Bron: Praktische handleiding bij de NHG-standaard CVRM , figuur 1 Risicoprofilering.

**Aandachtspunten:**

- Een systematische schatting van het risico op HVZ bij mannen <40 jaar en vrouwen <50 jaar zonder bekende risicofactoren is niet zinvol.
- Ga bij patiënten die reeds medicamenteus behandeld worden met antihypertensiva of lipidenverlagers na of behandeling terecht is. Zo nodig een washout periode instellen (de behandeling wordt stopgezet zodat de effecten ervan verdwijnen) en opnieuw beoordelen.
- Ouderen (>70 jaar) met medicatie.
- Overweeg inclusie van COPD-patiënten door HVZ-risico te schatten (zie hierboven).
- Patiënten met een 'matig verhoogd (oranje groep)' of 'sterk verhoogd (rode groep)' risico op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit kunnen worden geïnccludeerd in de keten VVR/hog cardiovasculair risico.

Zie voor het stroomschema voor het opstellen van het risicoprofiel en de risicoschatting de Praktische handleiding bij de NHG-standaard CVRM, figuur 2 Risicoschatting hart- en vaatziekten.

**2.1.3. SCORE-risicotabel 2019**

Kun je patiënten vanwege bestaande morbiditeit of risicofactoren niet automatisch in een van de risicocategorieën indelen? Schat dan het risico kwantitatief in met een risicoscoresysteem. Hiervoor bevelen we het SCORE-systeem (2019) aan (zie tabel 2 NHG standaard CVRM-richtlijn en diagnostiek)

Om het risico op sterfte aan HVZ binnen tien jaar te schatten, zoek je het vakje dat past bij geslacht, leeftijd, roken, systolische bloeddruk en verhouding totaal cholesterol/HDL-cholesterol (ratio). Bij waarden van de risicofactoren die tussen risicovakjes in vallen, schat je het risico in via extrapolatie. Het risico van iemand van 57 jaar ligt dus bijvoorbeeld tussen het getal bij de vakjes voor 55 en 60 jaar. Het SCORE-systeem gebruik je alleen bij personen die nog niet medicamenteus worden behandeld.

Is de SCORE-tabel niet geschikt een patiënt? Gebruik dan alternatieve risicoscores die helpen bij de informatievoorziening en besluitvorming (zie [www.u-prevent.nl](http://www.u-prevent.nl).) Deze scores zijn alleen geschikt voor berekeningen bij personen die nog niet behandeld worden. De werkgroep adviseert om terughoudend te zijn met het gebruik van de berekeningen van de effecten van therapie. De meeste scores zijn ook op andere plaatsen te vinden, zoals in de app Vaatrisico.

#### Relevante links

- [U-prevent.nl](http://www.u-prevent.nl)
- [NHG standaard CVRM-richtlijn en diagnostiek](#)
- [Praktische handleiding bij de NHG-standaard CVRM](#)

#### **Indeling patiënten naar cardiovasculair risico**

##### **Zeer Hoog Risico:**

- *Patiënt heeft een Hart- en Vaatziekte (HVZ - secundaire preventie) of*
- *DM met orgaanschade of met belangrijke risicofactor*
- *Ernstige chronische nierschade (rode groep, zie H 3.2.2.)*
- *Risico SCORE  $\geq 10\%$  (SCORE-risicotabel 2019)*

##### **Hoog Risico (primaire preventie)**

- *Ernstig verhoogde enkele risicofactor (systolische bloeddruk (RR sys) $>180$  mmHg of totale cholesterol (TC) $>8$ )*
- *Patiënten met Diabetes Mellitus (DM) zonder verdere risicofactoren (behalve jongeren met DM1)*
- *Matige Chronische Nierschade (CNS) zonder HVZ of DM (oranje groep, zie H 3.2.2.)*
- *Risico SCORE  $>5\%$  tot  $<10\%$*

**Laag tot Matig verhoogd risico:** risicoscore  $<5\%$  (worden niet geïnccludeerd)

#### **2.1.4. Inclusiecriteria en exclusiecriteria CVRM**

De doelgroepen binnen het cardiometabole zorgprogramma van Ketenzorg Friesland zijn:

1. Patiënten met VVR (hoog/ zeer hoog risico) - primaire preventie
2. Patiënten met HVZ - secundaire preventie

Voor de in- en exclusie van patiënten hanteren we de in- en exclusiecriteria van InEen. Deelname aan het programma Samenwerken rond kwetsbare ouderen van KZF is echter geen exclusie criterium voor deelname aan de ketens Cardiometabole zorg en/of Longzorg.

## Specifieke inclusiecriteria

|   |  |
|---|--|
| <b>VVR (hoog risico/zeer hoog risico)</b> | <b>Inclusiecriteria<sup>8</sup></b><br>– ≥ 18 jaar en < 70 jaar EN risico geel of rood op basis van een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernstige chronische nierschade: GFR &lt; 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, of GFR 30-45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt; 3 mg/mmol, of GFR 45-60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt; 30 mg/mmol.</li> <li>• Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder cholesterol &gt; 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180/110 mmHG</li> <li>• Matige chronische nierschade: GFR 30-45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR ≤ 3 mg/mmol, of GFR 45-60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR 3-30 mg/mmol of GFR &gt; 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> met ACR &gt; 30 mg/mmol.</li> <li>• Een berekende SCORE ≥ 5%</li> </ul> – > 70 jaar EN Indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen <sup>9</sup> |
| <b>HVZ</b>                                | <b>Inclusiecriteria<sup>6</sup></b><br>– ≥ 18 jaar EN minimaal één (1) van de volgende criteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• K74 Angina pectoris (incl. subcategorieën instabiele AP en stabiele AP)</li> <li>• K75 Acuut myocardinfarct</li> <li>• K76 Andere/chronische ischemische hartziekte (IHZ)</li> <li>• K89 Passagère cerebrale ischemie/TIA</li> <li>• K90.02 Intracerebrale bloeding</li> <li>• K90.03 Cerebraal infarct</li> <li>• K91 Atherosclerose<sup>7</sup></li> <li>• K92.01 PAV/ claudicatio intermittens</li> <li>• K99.01 Aneurysma aortae</li> </ul>  |

Bij personen > 70 jaar wordt de SCORE niet bepaald. Inclusie in het ketenzorg programma is afhankelijk van kwetsbaarheid, aanwezige ziekte en/of risico factoren. Het addendum voor ouderen maakt deel uit van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement.

### Generieke inclusiecriteria:

- Huisarts is hoofdbehandelaar
- Bereidheid en motivatie patiënt
- Patiënt is verzekerd bij zorgverzekeraar die de overeenkomst volgt
- Patiënt stemt nadrukkelijk in met het uitwisselen van gegevens tussen ketenpartners

### Generieke exclusiecriteria:

Uitschrijving uit de keten-DBC CVRM vindt plaats als de patiënt niet meer voldoet aan de inclusiecriteria óf bij en van de volgende generieke exclusiecriteria:

- Deelname aan de keten-DBC DM2
- Persoonlijke omstandigheden
- Onvoldoende meerwaarde
- Stabiel met lage ziektelast/ afname medische noodzaak
- No show
- Overname door 2e lijn
- Uitschrijving uit praktijk
- Overlijden

Zie voor meer informatie in- en exclusiecriteria van InEen.

**Shared care:** een patiënt kan ook in de ketenzorg worden opgenomen als:

- de patiënt onder behandeling is van de specialist vanwege zijn orgaan-specifieke lijden en
- de specialist de patiënt conform het wisselprotocol CVRM aan de huisarts overdraagt voor de begeleiding bij cardiovasculaire risico's.

In het HIS duidelijk aangeven dat de patiënt niet (meer) deelneemt!

## 2.3 DM2

### 2.3.1. Diagnose DM2

- Nuchtere plasmaglucozewaarde **≥7,0 mmol/l op 2 verschillende dagen**
- Willekeurige plasmaglucozewaarde **>11,1 mmol/l met hyperglycemische klachten**

#### **Gestoorde glucozetolerantie:**

- Patiënt valt niet in deze DM2 module
- Patiënt heeft wél een verhoogd risico op HVZ en wordt daar verder geëvalueerd.

#### **Let op:**

- HbA1c wordt NIET gebruikt om DM te diagnosticeren of als screening;
- Draagbare meters (capillair bloed) hebben een meetfout van 10-15%. Dus bij marginale waarden laat een laboratoriumbepaling doen;
- Bij diabetische klachten en **BMI<27 kg/m2** denk aan:
- MODY (maturity onset diabetes of the young): genetische bèta-cel defect, worden wel opgenomen in de keten, valt onder T90.02
- LADA (latent auto-immune diabetes in adults): DM1 ontstaan na 40e levensjaar, worden naar de internist verwezen.

#### **Handige links**

[Diabetes mellitus type 2 | NHG-Richtlijnen](https://www.diabetes.nl/mody)

<https://www.diabetes.nl/mody>

### 2.3.2. Inclusiecriteria en exclusiecriteria module DM2

Onze in- en exclusiecriteria zijn gebaseerd op de meest recente aandoeningsspecifieke set in- en exclusiecriteria van InEen. Zie voor generieke in- en exclusiecriteria 2.1.4.

#### **Specifiek inclusie criterium**

- 18 jaar en ouder is en gediagnostiseerd met DM2 volgens de NHG-standaard;

#### **Specifieke exclusiecriteria**

- Verwijs vrouwen met DM2 en zwangerschapswens of zwangerschap naar de internist. Omdat huisarts dan geen hoofdbehandelaar is voor de module DM2, wordt deze patiënte geëxcludeerd voor DM2, CVRM-begeleiding kan bij de huisarts blijven (shared care).
- Diabetes > 5 jaar in remissie, zonder glucose verlagende medicatie

Bij exclusie in het HIS duidelijk aangeven dat de patiënt niet (meer) deelneemt!

## 2.4 Chronische Nierschade (CNS)

Chronische nierschade is een belangrijke risicofactor voor HVZ c.q. complicatie bij DM2. Er is voor de behandeling van CNS nu nog geen aparte module opgenomen. Die kan hier later aan worden toegevoegd.



### 3 Scharnierconsult en intake

#### 3.1 Scharnierconsult huisarts

Het scharnierconsult markeert de overgang van de diagnostische fase naar de behandelfase. In het scharnierconsult vertelt de huisarts aan de patiënt de conclusie van de voorgaande onderzoeken.

**Daarin is aandacht voor:**

- De diagnose
- De impact van de diagnose (wat betekent deze diagnose voor de patiënt?)
- De aard en ernst van de aandoening
- Mogelijke behandeling
- Persoonlijke behoeften
- Het vervolg: de huisarts legt uit welke ondersteuning de patiënt vanuit de praktijk kan verwachten bij het managen van zijn/omgaan met zijn ziekte.
- Bij instemming van de patiënt tot deelname aan ketenzorg, krijgt de patiënt een meer structureel begeleidingstraject door de POH

Inclusie in het HIS wordt geregeld, dit is het formele begin van de ketenzorg

In het HIS wordt duidelijk aangegeven dat de patiënt in de ketenzorg is opgenomen. Wordt de patiënt niet opgenomen, dan wordt ook de reden vermeld.

**De begeleiding van de POH bestaat uit:**

- Uitleg over deelname aan dit Cardiometabole Zorgprogramma. Patiënt wordt uitgelegd wie wat doet
- Het bespreken van het ziektebeeld
- Starten educatie
- Het samen opstellen van een IZP. Hierbij kan het Spinnenweb van Positieve Gezondheid als gesprekstool worden gebruikt
- Gebruik van patiënten portaal of PGO en eventueel zelfmetingen
- Het belang van en motiveren tot bewegen
- Ondersteuning of verwijzing naar intensieve begeleiding bij SMR
- Zo nodig een verwijzing naar de diëtist/GLI
- Zo nodig het starten met medicatie

Delen van de begeleiding kunnen onder voorwaarden worden uitbesteed aan een diagnostiekdienst zoals Certe.

#### 3.2 Intake POH

Plan voor de intake door POH minimaal 45 minuten in.

Zorg ervoor dat de volgende laboratoriumbepalingen **vóór** de intake bekend zijn:

- HbA1c
- Lipidenspectrum (totaalcholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, ratio
- Totaal cholesterol/HDL-cholesterol, triglyceriden)
- Creatinine (ter schatting van de glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR)
- Bepaling van de albumine/creatinine-ratio, of de albumineconcentratie in de eerste ochtendurine

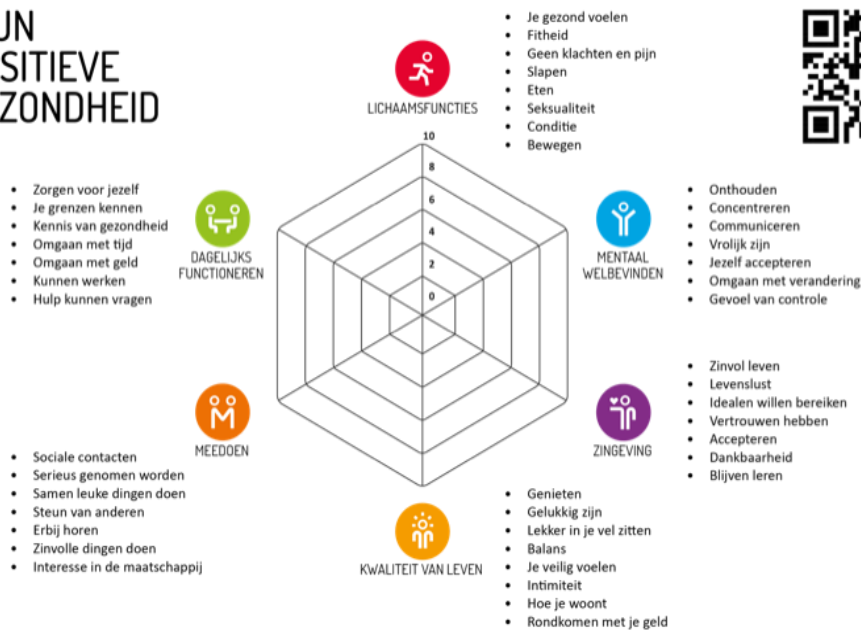
NB: De laboratoriumbepalingen vallen buiten de ketenzorgvergoeding/financiering.

##### 3.2.1. Persoonsgericht en samen beslissen

**Persoonsgerichte zorg:**

Hierbij staat de patiënt als mens centraal en niet zijn ziekte. Je helpt mensen beter om te gaan met hun chronische aandoening in het dagelijks leven. Dus de aandoening staat niet centraal, maar het mens-zijn, het functioneren, de levenssituatie en de leefstijl. Persoonsgerichte zorg gaat over wat mensen nodig hebben om zich gezond en gelukkig te voelen. Zo kun je zorg op maat aanbieden.

Meer info op: [Persoonsgerichte zorg](#)



Ik mis iets dat voor mij belangrijk is: \_\_\_\_\_

### Het concept Positieve Gezondheid helpt de patiënt inzicht en grip op zijn situatie te krijgen

- Je kunt hierbij het gespreksinstrument (het spinnenweb) van [Mijn Positieve Gezondheid](#) gebruiken
- Het spinnenweb is gebruiksvriendelijk en kan online worden ingevuld
- Het geeft een overzichtelijk beeld
- Je kunt samen met de patiënt diens omgeving en zijn persoonlijke gezondheidsplan betrekken

#### 3.2.2. Nefropathie

**Chronische nierschade** wordt bepaald op basis van:

- eGFR in het bloed
- Albumine/Creatinine (AC)-ratio in de urine

Er is sprake van **chronische nierschade** bij:

- Meer dan 3 maanden **verminderde nierfunctie** en/of
- Verhoogde **albuminurie** en/of
- Specifieke **sedimentsafwijkingen** (geen onderdeel keten)

Volg de stappen beschreven in de NHG standaard chronische nierschade (M109) om op basis van de eGFR en de mate van albuminurie vast te stellen of er sprake is van nierschade.

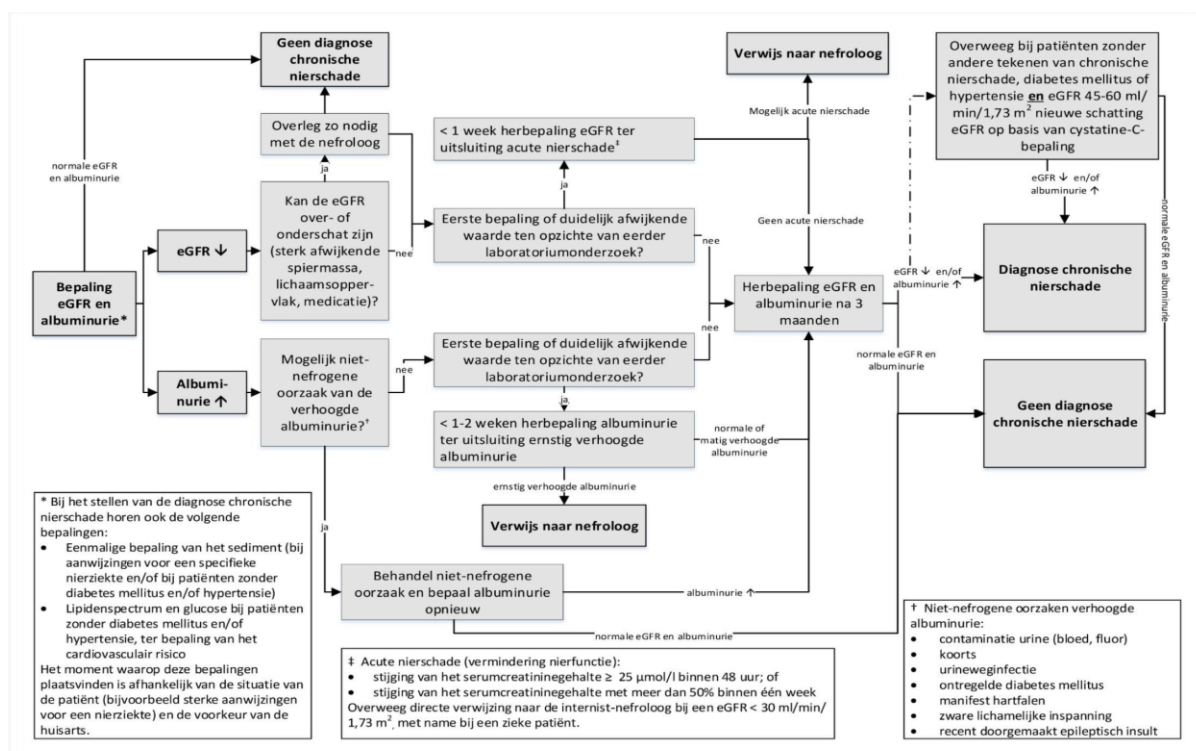
| eGFR  | Albumine-creatinineratio |                     |                      |
|-------|--------------------------|---------------------|----------------------|
|       | Normaal <3               | Matig verhoogd 3-30 | Ernstig verhoogd >30 |
| >60   |                          |                     |                      |
| 45-59 |                          |                     |                      |
| 30-44 |                          |                     |                      |
| 15-29 |                          |                     |                      |
| < 15  |                          |                     |                      |

■ Geen CNS    
 ■ Mild verhoogd risico    
 ■ Matig verhoogd risico    
 ■ Sterk verhoogd risico

Zie voor de uitgebreide versie met ICPC-codering van dit diagram: [Chronische nierschade 2018](#)

Leg met de diagnostische bepaling 'risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019' (RH19 KQ FB) de risicocategorie vast.

Flow-chart voor handelswijze nierfalen:



Lees meer op: [diabetische nefropathie - chronische nierschade](#)

- Het beleid (voorlichting, niet-medicamenteuze- en medicamenteuze behandeling en controles of consultaties/verwijzingen) wordt volgens de [NHG standaard Chronische nierschade \(M109\)](#) ingezet en vervolgd. Zie ook [Behandeling Nefropathie](#). Het vervolgen en behandelen van CNS valt niet binnen deze keten!
- Een verwijzing naar de **diëtist** is bij nierfalen altijd aangewezen.
- Beoordeel of de patiënt met chronische nierschade volgens het wisselprotocol verwezen moet worden naar de tweede lijn (6.2.2 Internist en gespecialiseerde verpleegkundige).

### 3.2.3. Retinopathie bij DM2

Maak een fundusfoto:

- Binnen 3 maanden na diagnose DM2
- Als de HbA1c snel daalt vanaf een hoge uitgangswaarde overleg met oogarts over noodzaak extra fundus controle
  - Overweeg geen screening bij een geschatte korte levensverwachting
  - Registreer de retinopathie middels ICPC in de probleemlijst (HIS).
- Bij het starten van insulinetherapie:

| Funduscontrole bij starten van insuline therapie  |   |   |
|---|---|---|
| Welke patiënt?  | Wanneer funduscontrole?   | Welke uitzondering?   |
| Bij (mogelijk) langdurig bestaande, sterk verhoogde bloedglucosewaarden (HbA1c > 86 mmol/mol)                         | Vóór de instelling op insuline  | Tenzij de laatste funduscontrole < 1 jaar geleden is en er toen geen afwijkingen waren. Overleg bij afwijkingen met de oogarts. |
| Bij patiënten zonder zichtbare diabetisch retinopathie (R0) of een niet-proliferatieve (achtergrond)retinopathie (R1) | Binnen 3 maanden na starten van insuline  | tenzij de laatste funduscontrole < 1 jaar geleden is  |
| Bij patiënten met een reeds bekende ((pre-) proliferatieve) retinopathie (R2 of R3)                                   | Eerst overleggen met de oogarts of een (retina-) behandeling noodzakelijk is vóór eventuele instelling op insuline. | geen  |

### Uitslag funduscontrole en vervolg:

| Uitslag funduscontrole   | Nieuw screeningsinterval |
|--|--------------------------|
| Eenmaal geen zichtbare retinopathie (R0)   | tweejaarlijks            |
| Tweemaal achtereenvolgend geen zichtbare retinopathie (R0)   | driejaarlijks            |
| Milde (achtergrond) retinopathie (R1)  | jaarlijks                |
| Milde (achtergrond) retinopathie (R1) in beide ogen, of visusbedreigende retinopathie (R2, R3, M1) | Verwijzing naar oogarts  |

Meer over verwijzen lees je in H.6. en op [Verwijzen binnen en buiten de keten - Ketenzorg Friesland](#).

#### Handige links:

- [Oogfonds](#)
- [Richtlijndatabase screening diabetische retinopathie](#)

### 3.2.4. Voetonderzoek bij DM2

Onderzoek de voeten (volgens NHG-standaard DM2) op:

- Kleur
- Standsafwijkingen
- Nagelafwijkingen
- Drukplekken, eelt of kloven
- Voetulcera of amputaties
- Protectieve sensibiliteit (PS) bepalen met 10g monofilament op 3 plekken onder de voet waarbij de meting gestoord is als op 1 plek niets gevoeld wordt (hallux, MT-1 en MT-5)

- Arteriële pulsaties: aa. dorsales pedes en aa. tibialis posterior. Als beide afwezig zijn volgt Dopplersonderzoek (verrichting valt niet binnen de keten), als dat mono- of bifasisch is volgt bepaling van de enkel-arm index (volgens de standaard Perifeer Arterieel Vaatliden)
- Stel een Sims 0 tot 4 classificatie vast
- Lees meer over verwijzingen naar podotherapeut of pedicure (niet in de keten) in 6.1.2.

#### Handige links

- Voetverzorging bij diabetes
- Voetonderzoek bepalen SIMS en zorgprofiel
- Verwijzing pedicure en/of podotherapeut
- <https://www.dvn.nl/wat-is-diabetes/lichamelijke-complicaties/voeten>
- Verwijzing pedicure en/of podotherapeut 2021
- Vind jouw podotherapeut
- Vind jouw pedicure
- Overzicht Podotherapeuten Friesland
- NDF Stroomschema preventieve voetverzorging
- NVvP Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2019
- Samenvattingskaart Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2019
- Toevoegen registratie uitslag voetonderzoek door podotherapeut
- <https://www.ketenzorgfriesland.nl/ketenzorg-nieuwsbericht-outsider/voetonderzoek>
- Richtlijn pijnlijke diabetische neuropathie

## 4. Instelfase

Het hoofddoel van de instelfase is de wensen/behoefte van de patiënt na te gaan:

- Doorlooptijd van deze fase kan 1 jaar duren
- Op heldere wijze de inhoud van het zorgprogramma uitleggen
- Verduidelijken dat **educatie, leefstijl, zelfmanagement en eigen regie** onmisbaar zijn voor een goede behandeling
- Overweeg thuismetingen, bijvoorbeeld in het kader van project Zorg op afstand

### 4.1 Individueel Zorgplan (IZP) met als uitgangspunt principes Positieve Gezondheid

#### Checklist IZP binnen het cardiometabole zorgprogramma:

- Risicoprofiel
- Risicofactoren
- HVZ-risico
- Individuele doelen van de patiënt en streefwaarden.
- Behandeling
- Taken (verdeling)
- Zelfmanagement (ondersteuning)
- Centrale zorgverlener
- Hoofdbehandelaar
- Controleschema
- Evaluatiemomenten
- Afspraken
- Medicatie
- Zorgpas beschikbaar stellen met bovenstaande informatie (eventueel)

### 4.2 Educatie doelstellingen DM2

- **Kwaliteit van leven verhogen is het belangrijkste doel:** zo lang mogelijk leven met zo veel mogelijk kwaliteit. Lage kwaliteit van leven (fysiek, mentaal) geeft hoger cardiovasculair risico en mortaliteit
- Belasting van ziekte én therapie zo veel mogelijk beperken
- Zelfzorg voorkeuren verschillen sterk bij diabetespatiënten, houd hier rekening mee

Inzicht geven in het belang van:

- Een gezonde leefstijl
- Streefwaarden voor glucose, lipiden, nierfuncties en bloeddruk
- Haalbare doelen stellen voor gewicht, roken, beweging en medicatietrouw
- Dagelijks voeten inspectie, belang van passend schoeisel en sokken
- Regelmatige controles
- Herkenning van hyper- en hypoglykemie
- Hoe om te gaan met ziekte, koorts, braken en reizen
- Zie bij diabetes en laaggeletterdheid: <https://diversiteitindiabetes.nl/>

Zie verder: [DM2 doelstellingen en streefwaarden](#)

#### **Informatie/educatie DM2 over:**

- Achtergronden ziekte
- Goede leefstijl
- Groepseducatie
- Goede tandheelkundige zorg (2x/jaar controles)
- Jaarlijkse griepvaccinatie
- Geen beperkingen rijgeschiktheid of beroepsverboden
- Verwijs naar betrouwbare websites: [thuisarts.nl](https://thuisarts.nl); [www.diabetes.nl](https://www.diabetes.nl)

### **4.3 Leefstijl-advies op maat**

Basis in de behandeling is altijd het leefstijladvies op maat.

Maak gebruik van: [Positieve Gezondheid en Gezonde leefstijl – de basis voor Integrale Chronische zorg](#) KZF, waarin links naar de [NHG-zorgmodules Leefstijl](#).

### **4.4 Medicatie CVRM**

Medicatie is niet altijd noodzakelijk!

De aan te bevelen behandeling van HVZ volgt de CVRM risico-indeling:

- Zeer hoog risico: leefstijladvies en medicatie aangewezen
- Hoog risico: leefstijladvies aangewezen, overweeg medicatie
- Laag tot matig verhoogd risico: leefstijladvies aanbevolen, geen medicatie (buiten de keten)

#### **Handige link:**

[Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid](#)

Medicatie is aangewezen bij een:

- Voorgeschiedenis van HVZ
- Risico SCORE > 5%
- Systolische bloeddruk > 180
- Totaalcholesterol gehalte > 8

Soorten medicatie:

- Bloeddrukverlagers
- Lipidenverlagers
- Trombocytenaggregatieremmers

Weeg bij ouderen (>70 jaar) individueel de voor- en nadelen van medicatie af!

#### **Lab controles:**

- Vallen sinds 2023 onder het eigen-risico van de patiënt
- Zie [Indicaties laboratoriumbepalingen in de CVRM keten 2023](#)
- [Indicaties laboratoriumbepalingen DM2 keten 2023](#)
- HbA1c vormt geen standaard onderdeel van de CVRM lab bepalingen, wél bij de patiënt met ook DM2

#### **4.4.1 Bloeddruk**

- Iedere systolische tensie gemeten boven de streefwaarde geldt als verhoogd (zie tabel hieronder). In dit geval is therapie nodig, al of niet medicamenteus.

- Een systolische tensie >180 geldt als sterk verhoogd, dit vereist medicamenteuze therapie naast leefstijl maatregelen.

| Type bloeddrukmeting         | Drempelwaarde voor diagnose hypertensie | Start met medicatie |
|------------------------------|---|---------------------|
| Spreekkamermetingen          | 140 mmHg                                | 180 mmHg            |
| 24-uursmeting                | 130 mmHg                                | 165 mmHg            |
| Geprotocolleerde thuismeting | 135 mmHg                                | 170 mmHg            |
| BP30-meting                  | 135 mmHg                                | 170 mmHg            |

\* De BP30-meting is minder goed onderzocht: de verschillen zijn daarom indicatief weergegeven.

#### Aanbevelingen:

- Meet bloeddruk herhaaldelijk in zowel de spreekkamer als daarbuiten
- Ter uitsluiting wittejassen-hypertensie: doe een 24-uur-, thuis- of BP30-meting
- Voel de pols tijdens de bloeddrukmeting ter indicatie van ritmestoornissen

#### 4.4.2 Lipiden

- Vóór aanvang van lipidenverlagende therapie wordt de LDL bepaald
- Afhankelijk van het cardiovasculair risico wordt de streefwaarde LDL bepaald
- Bepaal de dosering van een statine op basis van de gewenste procentuele daling van het LDL-cholesterol.

- De gewenste LDL-daling kun je bepalen in onderstaande tabel met behulp van de onbehandelde LDL-cholesterolwaarde en de streefwaarde die past bij het risico van de patiënt:

##### Berekening van de LDL-daling

| LDL-cholesterolstreefwaarde                | Onbehandelde LDL-cholesterol (mmol/L) |       |
|--|---------------------------------------|-------|
| < 1,8 mmol/L (patiënten met HVZ ≤ 70 jaar) | 1,8-2,8                               | ≥ 2,9 |
| < 2,6 mmol/L (overige patiënten)           | 2,6-4,1                               | ≥ 4,2 |
| <b>LDL-daling</b>                          | < 40%                                 | ≥ 40% |

- Kies vervolgens een statine en bepaal de dosering om de gewenste LDL daling te bereiken:

| Statine       | 5mg | 10mg | 20mg | 40mg | 80mg             |
|---------------|-----|------|------|------|------------------|
| atorvastatine | 31% | 37%  | 43%  | 49%  | 55%              |
| fluvastatine  | 10% | 15%  | 21%  | 27%  | 33%              |
| Lovastatine*  | -   | 21%  | 29%  | 37%  | 45%              |
| pravastatine  | 15% | 20%  | 24%  | 29%  | 33%              |
| rosuvastatine | 38% | 43%  | 48%  | 53%  | 48%              |
| simvastatine  | 23% | 27%  | 32%  | 37%  | 42% <sup>±</sup> |

#### Handige links:

Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid  
[Streefwaarde van LDL-C bij CVRM - Richtlijn - Richtlijnen-database](#)

#### TC/HDL-ratio:

- Meet je alleen bij de risicobepaling voorafgaand aan de keten om het 10-jaars sterfterisico te bepalen
- Is geen behandeldoel

## Ouderdom

Ouderen (>70 jaar):

- Op basis van leeftijd alléén bestaat er al een hoog risico op HVZ
- Of medicamenteuze preventie zinvol is, is nog onduidelijk
- Een gezonde leefstijl is wel zinvol!

## 4.5 Therapieresistentie CVRM

### 4.5.1 Bloeddruk

**Therapieresistente hypertensie** wordt gedefinieerd als:

- Systolische tensie >140 mmHg
- Ondanks 3 antihypertensiva van verschillende klassen
- Is vrijwel altijd multifactorieel bepaald

Bij uitsluiting vast te stellen, dus onderliggende oorzaken eerst evalueren:

- Slechte therapietrouw
- Wittejassen-hypertensie
- Alcoholgebruik
- Secundaire hypertensie

### 4.5.2 LDL

Evalueer:

- Slechte therapietrouw
- Leefstijl factoren: voeding, alcohol gebruik
- Sluit aandoeningen uit met secundair een hoog LDL (hypothyreoïdie)

## 4.6. Medicatie DM2 (zowel orale als insuliner therapie)

Wanneer het niet lukt om met niet-medicamenteuze behandeling een HbA1c van  $\leq 53$  mmol/mol te bereiken, start je met bloedglucose verlagende medicatie. Leefstijladviezen blijven altijd de basis! De startmedicatie hangt af van het cardiovasculair risico van de patiënt. Zie voor de stappenplannen: [medicamenteuze diabetes behandeling](#) en [Diabetes mellitus type 2 | NHG-richtlijnen](#).

**Let op:** de cardiovasculaire risico-categorieën in de DM2 richtlijn zijn niet exact gelijk aan die van de CVRM, vooral bij Chronische nierschade (CNS)!

**Praktische uitgangspunten:**

- Geef aandacht aan een **gezonde leefstijl**
- Zorg voor een **juist gebruik** van de medicatie:
  - Altijd in de **startdosering** beginnen met glucose verlagende middelen;
  - **Dosis evt. verhogen** elke 2-4 weken op basis van nuchtere glucosewaarden;
  - **Overweeg direct te starten met een langwerkende insuline** bij diagnosestelling en glucose >20 mmol/l of hyperglykemische klachten;
  - Denk aan **intercurrente ziekten** bij tussentijds hyperglykemische klachten, dan controleren 2x per week en medicatie zo nodig verhogen of insuline starten;
  - Een **volgende medicamenteuze stap** zetten als:
    - de HbA1c boven de streefwaarde ligt en een verdere verhoging van de huidige medicatie niet kan door bijwerkingen of het bereiken van de maximale dagdosering
    - een middel uit een eerdere stap op bezwaren stuit
  - **Verlaag of stop bloedglucose verlagende** middelen bij toegenomen kwetsbaarheid of een korte ingeschatte levensverwachting (Zie het [kennisdocument Bloedglucose verlagende Middelen](#) behorende bij de [MDR Polyfarmacie bij ouderen](#) (2020);

**Handige Links:**

- Dosering, bijwerkingen en contra-indicaties anti-diabetische middelen: [Farmacotherapeutisch Kompas](#)
- [NDF Toolkit Persoonsgerichte diabeteszorg \(diabetesfederatie.nl\)](#)



- **DM2 en ramadan** voor adviezen aan moslims met DM rondom ramadan;

#### Taakverdeling en samenwerking bij insulinetherapie (stap 4):

- **Huisarts:** stelt indicatie, delegeert en superviseert, past dosis aan, doet periodieke controles en is eindverantwoordelijk
- **DVK of POH:** geeft educatie, instructie zelfkennis, instructie bloedglucosemetingen en gebruik insulinepen, past dosis aan volgens protocol en doet periodieke controles
- **Diëtist:** voedings- en leefstijlvoorlichting passend bij insulinegebruik
- **Internist:** beschikbaar voor consultatie en verwijzing bij problemen waarbij terugverwijzing zodra het mogelijk is

## 5. Stabiele fase

### 5.1 Periodieke controles algemeen

**Het “andere gesprek” met de patiënt voeren:** het concept **Positieve Gezondheid** vormt een uitstekende basis voor de samenwerking tussen de patiënt en de behandelaars. De tevredenheid bij beiden neemt toe en het effect van de (medicamenteuze) behandeling wordt vergroot.

In het andere gesprek heeft de patiënt de regie. Dat betekent dat de agenda van de POH niet leidend is! De POH kan er wel voor zorgen dat het andere gesprek gevoerd kan worden en daarnaast medische controles ook een plek krijgen:

- Streef ernaar het andere gesprek minimaal één keer per jaar te voeren, zo nodig vaker
- De planning is ook afhankelijk van risicoprofiel, (co)morbiditeit en patiënt wensen
- Bepaal regelmatig het risicoprofiel opnieuw
- Zo nodig samen met de patiënt het IZP bijstellen

### 5.2 Periodieke controles DM2

Elke controle:

- Welbevinden, symptomen hyper- of hypoglykemie, problemen met voeding, bewegen of medicatie nagaan
- Streefdoelen bepalen
- Lichaamsgewicht meten
- Bij insulinetherapie 2 of 4 dd de 4-puntsglucosedagcurve bespreken
- RR meten: ook thuismeting, 24-uursmeting of 30-minuten meting kunnen in praktijk worden gebruikt om wittejassen- hypertensie te omzeilen
- Voortgang IZP bespreken
- Voetcontrole uitvoeren bij risicovoet

#### Bepalen van de (nuchtere-)glucose en HbA1c:

- Bij iedere patiënt HbA1c, eventueel een [filterkaartje](#) hiervoor gebruiken
- Bij insuline 2 of 4dd een 4-punts glucose dagcurve maken

#### Aandachtspunten:

- De (nuchtere)**glucosewaarden** zijn leidend voor de behandeling
- Het **HbA1c** geeft een aanwijzing over de gemiddelde bloedglucose waarden van bijvoorbeeld de afgelopen 6 weken en of een nieuwe stap in de behandeling moet worden gezet.
- **Continu monitoring** van de onderhuids gemeten glucosewaarden kan zeer nuttig zijn bij leefstijl (voeding) aanpassingen. In de eerste lijn wordt op bepaalde indicatiecriteria de Flash Glucose Monitoring (FGM) vergoed. Continu glucose monitoring (CGM) wordt alleen bij DM2 met zwangerschap(-swens) vergoed via verwijzing naar de tweede lijn. Patiënt wordt tijdelijk uitgeschreven uit de keten. Zie: [vergoeding diabeteshulpmiddelen-zvw](#)
- Als de nuchtere glucosewaarden goed zijn maar de [HbA1c](#) hoog, is dit een aanwijzing dat de behandeling moet worden aangepast
- De (nuchtere) glucose hoeft niet bij iedere controle te worden bepaald. Beleid hierin te bepalen door de huisarts/POH

**Handige links:**

[Periodiek Controles KZF](#)

[Indicaties lab bepalingen DM2](#)

[HbA1c](#)

[Beleid- HbA1c en glucose - Ketenzorg Friesland](#)

**5.3 Jaargesprek DM2**

- Een uitgebreide controle, registreer:
  - Eventuele glucoseregulatie ontsprongen
  - RR
  - Lipidenspectrum
  - Eventuele complicaties
- Ongeacht klachten:
  - LO en voetonderzoek
  - Lab (uitvoerig) met (nuchtere) glucose, HbA1c
  - Fundusfoto volgens schema
  - Aanpassing behandeling zo nodig en nieuwe streefdoelen vastleggen in HIS

**5.4 Controlefrequentie wijzigen DM2**

- Spreek een **halfjaarcontrole** af als zowel de bloedglucosewaarden, HbA1c, lipiden, en RR goed of acceptabel zijn,
- **Streefwaarden:**
  - HbA1c  $\leq$  58 mmol/mol
  - LDL  $<$ 2,5
  - RR systolisch  $\leq$  145 mmHg
- Op voorwaarde dan HA, POH en patiënt akkoord zijn

**5.5 Ontregeling en remissie DM2****Werkwijze volgens [LTA DM2 \(2012\)](#) voor:**

- Problemen diagnostiek
- Falend glycemische instelling onder andere door koorts, braken of diarree
- Geen grip op risicofactoren
- Aanpakken complicaties (CV, renaal, ulcera, neuropathie)
- Zwangerschap

**Bovenstaande vereisen:**

- Extra aandacht en aanpassing van de medicatie of
- Verwijzing naar de 2e lijn
- En zo nodig overdracht de ANW zorg

**5.5.1 Hypo- en hyperglykemie:**

- Thuis behandelen zo mogelijk, overweeg overleg DVK of internist
- Bij opname en 2e lijn is hoofdbehandelaar geworden, dan exclusie uit keten

**Handige links:**

[Hypoglykemie](#)

[Hyperglykemie](#)

**5.5.2 Medicatie afbouw bij DM2:**

- Leefstijl aanpassingen leiden vaak tot vermindering of stoppen medicatie
- Belangrijke factoren hierin zijn voeding, beweging, ontspanning en slaap
- Zie verder de [Langerhans handleiding medicatieafbouw](#) voor meer informatie

**5.5.3 Remissie DM2**

Definitie: gedurende vijf jaar normale bloedsuikers zonder diabetische medicatie en geen diabetische complicaties. Deelname aan de module DM2 wordt dan gestopt. Patiënt kan vaak wel opgenomen blijven in de cardiometabole keten voor CVRM. Als vervolg van de cardiometabole keten niet passend is: spreek controles af eenmaal per 1 tot 3 jaar, in probleemlijst HIS coderen met ICPC code A91.05 (gestoorde glucosetolerantie).

**Handige link:**

[Stroomschema diabetes in Remissie](#)

## 6. Verwijzen binnen de keten

Verwijs overwegingen:

- Na inclusie in de keten wordt in overleg met de patiënt soms verwezen naar een ketenpartner om de behandoelen te halen
- Deze zorgproducten zijn onderdeel van de ketenzorg
- Financiering loopt via de keten, het eigen risico van de patiënt wordt niet aangesproken
- Het lab onderzoek vormt geen onderdeel van de Zorgprogramma miv 2023
- Verwijzingen worden steeds digitaal gedaan en bevatten alle relevante informatie met een vraagstelling

Ketenpartners voor de POH/huisarts zijn:

- Diëtisten
- Laboratoria (financieel valt dit nu buiten de ketenzorg)
- Internisten/diabetesverpleegkundigen (DM-VK)
- Oogartsen
- Andere samenwerkingspartners buiten de keten (apothekers, podotherapeuten en pedicures)

### 6.1 Naar 1e lijn ketenpartners

#### 6.1.1 Diëtist

**Werkzaamheden:**

- De diëtist doet voeding gerelateerd (medisch) onderzoek
- Alle nieuw gediagnosticeerde patiënten in de cardiometabole keten worden in overleg met de patiënt verwezen
- Patiënten die al langer in de keten zitten kunnen verwezen worden volgens de verwijscriteria (zie links hieronder)
- De diëtist volgt de meest recente NHG-standaarden
- De diëtist geeft adviezen ter verlaging van cardiovasculaire-risico's
- Op de voorgrond staan: kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en zelfmanagement
- Adviezen worden geformuleerd als onderdeel van het IZP

#### 6.1.2 Pedicure en/of podotherapeut

**Verwijzing pedicure:**

- Als patiënt niet in staat is of problemen heeft met verzorging eelt of teennagels.
- De podotherapeut als casemanager kan ook delen van de zorg naar de pedicure delegeren.
- De pedicure valt niet binnen de keten. De zorgverzekeraar bepaalt of de patiënt de kosten vergoed krijgt en hoeveel er wordt vergoed. Zie verwijzingsformulier.

**Verwijzing podotherapeut:**

- Bij voetproblemen
- Stand afwijkingen
- Drukplekken ter screening of orthese maken
- De podotherapeut valt niet binnen de keten. De zorgverzekeraar bepaalt of de patiënt de kosten vergoed krijgt en hoeveel er wordt vergoed.

- Verwijzing voor behandeling door de podotherapeut is geïndiceerd bij zorgprofiel 2 (vanuit de basisverzekering) en soms bij zorgprofiel 1 (vanuit aanvullende verzekering).
- Bij ulcus: spoedverwijzing podotherapeut, die verwijst zo nodig naar de specialist/voetenteam

## 6.2 Naar 2e lijn ketenpartners

### 6.2.1 Oogarts

- Digitaal verwijzen voor funduscontrole in het kader van DM2
- Controlefrequentie volgens NHG-standaard DM2
- Onderstaande tabel laat zien welke zorgproducten er met de oogartsen zijn afgesproken:

| Consultatie of verwijzing: huisarts naar oogarts   |  |  |
|--|--|--|
| Criteria   | Zorgproducten  | Terugverwijzing  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieuw gediagnostiseerde DM type 2 patiënt binnen drie maanden screenen op diabetische retinopathie.</li> <li>• Na de eerste controle wordt de funduscontrole na twee jaar herhaald, bij geen complicaties iedere drie jaar funduscontrole.</li> <li>• Bij starten van insuline volgens de betreffende <u>tabel (Diabetische Retinopathie)</u></li> <li>• Als de HbA1c snel daalt vanaf een hoge uitgangswaarde overleg met oogarts over noodzaak extra fundus controle</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Digitale fundusfotografie:</b> tweetal roodvrije opnames van beide ogen (totaal vier foto's). Eventueel uitvoering door fotograaf/technisch oogheelkundig assistent. Eventueel met verwijding van de pupil.</li> <li>• <b>Beoordeling door de oogarts</b></li> </ul> | <p>Als DRP of andere oogpathologie wordt vastgesteld door de oogarts, adviseert deze de huisarts een vervolg voor deze pathologie.</p> <p>De fundusscreening in het kader van de DBC DM2 komt daarmee te vervallen.</p> <p>De patiënt blijft voor de overige DM2 controles wel in de eerstelijns DBC DM2 met de huisarts als huisarts.</p> |

### 6.2.2 Internist en gespecialiseerde verpleegkundige

Verwijzingen door HA of POH-S voor:

- E-mailconsult
- Een poliklinische consult en evt. een vervolgconsult

Daarnaast kan je voor DM2 rechtstreeks verwijzen naar de diabetesverpleegkundige (DVK) van het MCL.

#### Aandachtspunten

- De patiënt blijft in de eerstelijns, huisarts blijft hoofdbehandelaar.
- Internist bepaalt of verwijzing binnen de keten valt en wie het consult doet (internist of gespecialiseerde verpleegkundige)
- Wanneer dit niet mogelijk is wordt dit direct teruggekoppeld aan de huisarts, die vervolgens in samenspraak met de patiënt eventueel zorgt voor een reguliere verwijzing naar de tweedelijns. Dit valt dan buiten de keten en valt daarmee onder het eigen risico van de patiënt.
- Vragen specifiek voor de nefroloog gaan via teleneurologie (buiten de keten)
- Bij spoed (bijv. braken, diarree) altijd telefonisch overleggen met dienstdoende internist
- Bij overname van zorg door de tweede lijn, de patiënt uit de keten excluseren.
- Verwijsredenen buiten de tabel betekent (tijdelijk) exclusie uit zorgprogramma.
- Nefrologische mailvragen uitsluitend via teleneurologie, valt buiten zorgprogramma.
- Lees meer op: verwijzen binnen de keten.

#### Verwijsindicaties CVRM

| Indicaties voor consultatie of verwijzing naar internist binnen de keten CVRM |                         |                 |
|---|-------------------------|-----------------|
| Criteria <sup>1</sup>   | Zorgproducten internist | Terugverwijzing |
|   |                         |                 |

|  |  |   |
|--|--|---|
| De huisarts/POH heeft één korte concrete, niet-spoedeisende, specifieke vraag aan de internist, waarbij fysiek consult niet noodzakelijk lijkt en met het doel de behandeling in de eerste lijn voort te zetten.   | E-mailconsult: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wordt binnen 2-4 weken beantwoord door de internist.</li> <li>• Wedervragen worden als nieuw e-mailconsult beschouwd.</li> </ul> | nvt   |
| De huisarts/ POH verwijst bij diagnostische problemen, onvoldoende resultaten op de medische behandeldoelen of onvoldoende resultaat bij de zorg rond complicaties bijv.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermoeden therapieresistente hypertensie</li> <li>• Verdenking erfelijke of secundaire vetstofwisselingsstoornis</li> <li>• Niet-bereiken van de streefwaarde LDL</li> <li>• Eerder rhabdomyolyse bij gebruik van een statine</li> <li>• Prematuur atherosclerotisch of trombotisch vaatlijden</li> <li>• Onbegrepen verdenking eindorgaanschade op jonge leeftijd</li> <li>• (Vermoeden) acute nierschade</li> <li>• Vermoeden van onderliggende specifieke nierziekte</li> <li>• Ernstig verhoogde albuminurie: ACR &gt; 30 mg/mmol</li> <li>• Chronische nierschade met sterk verhoogd risico</li> <li>• Progressie chronische nierschade: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Een bevestigde daling van de eGFR van 25% ten opzichte van de eerste meting in de afgelopen vijf jaar, in combinatie met een verslechtering in stadium van nierschade, of:</li> <li>▪ Daling van de eGFR <math>\geq 5</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup>/jaar, vastgesteld met <math>\geq 3</math> metingen in één jaar</li> </ul> </li> </ul> Overweeg niet-verwijzen bij beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit. | Eerste specialistische consultatie   | Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de eerstelijns. |
| Het vervolgconsult volgt op aangeven van de internist op de eerste specialistische consultatie.  | Vervolg specialistische consultatie (1 en maximaal 2 consulten)  | Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de eerstelijns. |

<sup>1</sup> Bij andere dan hier genoemde vaatgerelateerde problemen wordt buiten de keten verwezen naar bijv. cardioloog, neuroloog of vaatchirurg.

### Verwijsindicaties DM2

| Indicaties voor consultatie of verwijzing binnen de keten DM2   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| Verwijscriteria   | Zorgproducten   | Terugverwijzing |
| De huisarts/POH heeft één korte, concrete, specifieke vraag over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het starten van insulinetherapie</li> <li>• Regulatie van insulineafhankelijke DM2-patienten</li> <li>• Tijdelijke hyperglykemie*</li> </ul> | E-mailconsult: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wordt binnen 2-4 weken beantwoord door de internist.</li> </ul><br>* bij deze indicaties contact opnemen met de | nvt             |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmatig hypoglycemie (<math>\geq 1</math> keer per 1-4wk)</li> <li>• Lipodystrofie/ lipoatrofie</li> <li>• Behandeling met corticosteroiden*</li> <li>• Beweging/ sportadviezen</li> <li>• Onregelmatige diensten</li> <li>• Reisadvies/ vliegreizen</li> <li>• Zelfregulatie adviezen</li> <li>• Intercurrente ziekte*</li> </ul>   | <p>poli interne geneeskunde dat er een mail is die dezelfde werkdag beantwoord moet worden.</p> |  |
| <p>De huisarts/ POH verwijst voor een specialistische consultatie wanneer bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een e-mailconsult niet toereikend is en er concrete, specifieke vragen zijn over bovenstaande indicaties</li> <li>• Er verdenking is op ander type diabetes dan type 2 (bijv. LADA of MODY). (nb: type 1 is spoedverwijzing en valt niet binnen de keten)</li> <li>• Er sprake is van moeilijk te reguleren DM2 (glykemische instelling)</li> <li>• Er sprake is van persisterende hyperlipidemie (LDL<math>&gt;2,5</math> langer dan 1 jaar en/of triglyceriden nuchter <math>&gt;8</math> mmol/l). Bij TG <math>&gt; 10</math> is verwijzing internist geïndiceerd)</li> <li>• Er verdenking is op therapieresistente hypertensie</li> <li>• Een informatief gesprek over pomptherapie gewenst is.</li> </ul> <p><b>Nefrologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Vermoeden) acute nierschade</li> <li>• Vermoeden van onderliggende specifieke nierziekte</li> <li>• Ernstig verhoogde albuminurie: ACR <math>&gt; 30</math> mg/mmol</li> <li>• Chronische nierschade met sterk verhoogd risico</li> <li>• Progressie chronische nierschade: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ een bevestigde daling van de eGFR van 25% ten opzichte van de eerste meting in de afgelopen vijf jaar, in combinatie met een verslechtering in stadium van nierschade, of:</li> <li>▪ daling van de eGFR <math>\geq 5</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup>/jaar, vastgesteld met <math>\geq 3</math> metingen in één jaar</li> </ul> </li> </ul> <p>Overweeg niet-verwijzen bij beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit.</p> | <p>Specialistische consultatie</p>  | <p>Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de eerstelijns.</p> |
| <p>Het vervolgconsult volgt op aangeven van de internist op de eerste specialistische consultatie.</p>   | <p>Vervolg specialistische consultatie</p>  | <p>Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de eerstelijns.</p> |

**Consultatie of verwijzing: huisarts naar diabetesverpleegkundige (DVK) MCL**

| Criteria | Zorgproducten | Terugverwijzing |
|----------|---------------|-----------------|
|----------|---------------|-----------------|

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>De huisarts/POH heeft één korte, concrete, specifieke vraag over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het start van insulinetherapie</li> <li>• Regulatie van insulineafhankelijke DM2-patienten</li> <li>• Regelmatig hypoglycemie (<math>\geq 1</math> keer per 1-4wk)</li> <li>• Lipodystrofie/ lipoatrofie</li> <li>• Beweging/ sportadviezen</li> <li>• Onregelmatige diensten</li> <li>• Reisadvies/ vliegreizen</li> <li>• Zelfregulatie adviezen</li> </ul> | <p>E-mailconsult</p> <p>Een email-consult wordt binnen 2-4 weken dagen beantwoord door de DVK.</p> | <p>nvt</p>   |
| <p>De huisarts/ POH verwijst voor een consultatie DVK wanneer bijv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een e-mailconsult niet toereikend is en er meerdere vragen zijn over bovenstaande indicaties</li> <li>• Er sprake is van moeilijk te reguleren DM2 (glycemische instelling)</li> <li>• Een informatief gesprek over pomptherapie gewenst is.</li> </ul>   | <p>Consultatie DVK</p>   | <p>Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de eerstelijns.</p> |
| <p>Het vervolgconsult volgt op aangeven van de DVK op de eerste consultatie.</p>  | <p>Vervolg consultatie DVK</p>   | <p>Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de eerstelijns.</p> |

**Praktijkondersteuning op maat door een verpleegkundig consulent van KZF**

- Voor ondersteuning bij de inrichting van de chronische zorg in de praktijk
- Een efficiënte inrichting van het spreekuur
- Hulp bij het opstellen van verbeterplannen
- Zorginhoudelijke vragen
- Een moeilijke casus

Lees meer op: [Praktijkondersteuning](#)

## 7. Literatuurlijst en handige links

Protocollaire Diabeteszorg, mogelijkheden voor taakdelegatie (2022) van S.T. Houweling;  
Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk (2021) van M. Huber, H.P. Jung en K. van den Brekel-Dijkstra;

[Positieve Gezondheid en Gezonde leefstijl – de basis voor Integrale Chronische zorg KZF](#)

[Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen \(v4.0 juni 2019\)](#)

[Praktische handleiding bij de NHG-standaard CVRM \(v2.1 juli 2020\)](#)

[Registratie advies bij standaard CVRM, bijlage selectie.](#)

[NHG-standaard DM2](#) (november 2021)

[NDF Zorgstandaard Diabetes](#) (2018)

[NHG-standaard Chronische Nierschade](#) (april 2018)

[U-prevent.nl](#)

[Mody](#)

[Oogfonds](#)

[Richtlijndatabase screening diabetische retinopathie](#)

[Voetverzorging bij diabetes](#)

[Voetonderzoek bepalen SIMS en zorgprofiel](#)

[Verwijzing pedicure en/of podotherapeut](#)

[Verwijzing pedicure en/of podotherapeut 2021](#)

[Vind jouw podotherapeut](#)

[Vind jouw pedicure](#)

[Overzicht Podotherapeuten Friesland](#)

[NDF Stroomschema preventieve voetzorg](#)

[NVvP Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2019](#)

[Samenvattingskaart Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2019](#)

[Richtlijn pijnlijke diabetische neuropathie \(Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid\)](#)

[Patiënt informatie diabetische voet](#)

[Streefwaarde van LDL-C bij CVRM - Richtlijn - Richtlijndatabase](#)

[Farmacotherapeutisch Kompas](#)

[NDF Toolkit Persoonsgerichte diabeteszorg \(diabetesfederatie.nl\)](#)

[DM2 en ramadan](#)

---