

Fries wisselprotocol Diabetes Mellitus type 2

Er wordt een overzicht gegeven van de eerder opgestelde documentatie m.b.t. organisatie van de diabeteszorg, een wisselprotocol en van de indicaties voor consultatie en verwijzingsbeleid op basis van de LTA diabetes .

Dit protocol is bedoeld voor alle (deelnemende) huisartsenpraktijken en voor de 2^e lijn (in het bijzonder bij verwijzing of consultatie).

De genoemde scholingscriteria moeten worden heroverwogen.

1. Organisatie van Diabeteszorg in Friesland

Voor een goede structuur van de zorg zijn een aantal voorwaarden nodig:

Er worden verschillende niveaus van zorg onderscheiden, waarbij elk niveau afgestemd is op de complexiteit van zorg voor de diabetespatiënt. Des te hoger het niveau des te meer gespecialiseerde zorg. Er zijn duidelijke afspraken over criteria voor het niveau van zorg en voor het veranderen van niveau. Elk zorgniveau kent eigen protocollen en eisen die aan het behandelteam worden gesteld betreffende kennisniveau, competenties en nascholing. Gestreefd wordt naar consultatie-mogelijkheden voor elk behandelteam.

Een individueel behandelplan, vastgelegd in een EPD, toegankelijk voor de patiënt, dient als basis voor zorg. Digitale registratie voor benchmarking is een voorwaarde waarbij alle EPD's communiceren met elkaar : E-Diabetes kernset (liefst één EPD-Web-based). Ook anno 2014 is dit onderwerp nog volop in discussie en in ontwikkeling. Waarbij ook de ketenzorgorganisaties volop zijn betrokken.

De intensiviteit van de zorg die door de huisartsenpraktijk wordt verleend, wordt niet alleen bepaald door somatische aspecten van de diabeteszorg.

Er zijn aanzienlijke verschillen in ziektebeleving en ziektelast zoals die door de patiënt worden ervaren. Naast persoonlijke factoren kunnen ook diabetesgerelateerde factoren hierin een rol spelen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan psychische problematiek als gevolg van de ervaren beperkingen door de diabetes, of het optreden van een depressie of seksuele klachten gerelateerd aan de diabetes. Als dergelijke situaties zich voordoen kan het nodig zijn dat deze diabetespatiënt (tijdelijk) een zorgniveau omhoog moet.

Het is van belang dat de huisarts zijn diabetespatiënten tenminste 1x per jaar zelf ziet bij een reguliere diabetescontrole. Dit is nodig om op de hoogte te blijven van de ervaringen en het ziektebeloop van de patiënt en om zelf voldoende kennis en ervaring te behouden om adequate diabeteszorg te kunnen leveren. Daarnaast verdient het aanbeveling dat 1 of 2 huisartsen binnen een Hagro of groepspraktijk zich aanvullend bekwamen in de diabeteszorg om zo de meer complexe diabetespatiënten te kunnen blijven behandelen in de eerste lijn. Verder dienen de consultfunctie van diabetesverpleegkundige, diabeteskaderarts en internist bij voorkeur via een ketenzorgorganisatie verder ontwikkeld te worden om zo onderdeel te worden van de reguliere dagelijkse diabeteszorg.

Niveau 1: ongecompliceerde diabeteszorg

Zorg voor ongecompliceerde diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsteam, bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner (POH), assistente. Het betreft ongecompliceerde zorg voor personen met diabetes type 2 zonder belangrijke comorbiditeit, zonder diabetes medicatie of met orale diabetes

medicatie binnen de streefwaarde. Tevens betreft het personen bij wie vanwege leeftijd, ernstige comorbiditeit of beperkte levensverwachting ruimere streefwaarden worden geaccepteerd.

Er wordt gebruik gemaakt van het behandelprotocol zoals verderop wordt beschreven. Kennis van de NHG-standaard diabetes en van de dosering, bijwerkingen en contra-indicaties van de gebruikte orale diabetes middelen is vereist. Minimaal eenmalige jaarlijkse bijscholing wordt vereist. Consultatie kan worden gevraagd bij Diabetes-Kaderhuisarts.

Alle huisartspraktijken kunnen aan bovenstaande voorwaarden voldoen.

Praktijken die jaarlijks ook nascholing voor insuline-behandeling volgen kunnen patiënten die naast orale medicatie ook 1 dd langwerkende insuline gebruiken en stabiel zijn terug ontvangen van niveau 2 (zie verderop).

Niveau 2: complexe diabeteszorg

Zorg voor de complexe diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsteam, bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner, assistente.

Het betreft personen op een 1x daags insulineschema of op een 2x daags mix schema (al dan niet in combinatie met orale diabetes middelen). Kennis van insuline-behandeling is zowel voor huisarts als POH-er vereist (minimaal Langerhanscursus of vergelijkbare cursus).

Om voldoende kennis en ervaring op de bouwen en ook te houden zal de huisarts die de insuline therapie begeleidt op termijn de supervisie moeten krijgen over 50 insuline-gebruikende patiënten. Twee maal per jaar nascholing op gebied van diabetes is een vereiste. Consultatie kan worden gevraagd bij de diabetes-kaderhuisarts, diabetesverpleegkundige of internist.

Per HAGRO of gezondheidscentrum zullen er 1 of 2 huisartsen(praktijken) zijn die zich hierop toelagen.

Niveau 3: complexe diabeteszorg

Zorg voor de meer complexe diabetes type 2 in de huisartsenpraktijk door huisartsteam, bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner, assistente, diëtiste en waarbij op afroep een diabetesverpleegkundige voor consultatie kan worden toegevoegd aan het team. Zorg die alleen geleverd kan worden onder voorwaarden door gespecialiseerde praktijken met extra bekwaamheden.

- a. 4x daags insulineschema/basaal-boluschema
- b. nierfunctiestoornissen:
 - Patiënten > 65 jaar eGFR 30 tot 45 ml/min./1,73m²
 - Patiënten <65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min./1,73m²
- c. doorgemaakte HVZ die (nog) niet in de 2e lijn behandeld (behoeven) worden of die in stabiele situatie weer vanuit de 2e lijn kunnen worden terugverwezen
- d. combinatie van (a en b), (a en c), (b en c) of (a,b, en c)

Om voldoende kennis en ervaring op de bouwen en ook te houden zal de huisarts die de insuline therapie begeleidt op termijn de supervisie moeten krijgen over 50 insuline-gebruikende patiënten.

Alle patiënten worden minimaal jaarlijks door het hele team gezien en besproken. Kennis van insulinetherapie wordt op peil gehouden middels 2 jaarlijkse nascholing door internist en diabetesverpleegkundige. Consultatie kan worden gevraagd bij diabetes-kaderhuisarts, diabetesverpleegkundige en internist. Consultatie is verplicht indien de streefwaarden niet worden gehaald.

Jaarlijkse evaluatie van de patiënten met gestoorde nierfunctie met een internist is gewenst en verplicht bij: Patiënten > 65 jaar eGFR 30 tot 45 ml/min./1,73m²

Patiënten < 65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min./1,73m²

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

Niveau 4 : 2^e lijn

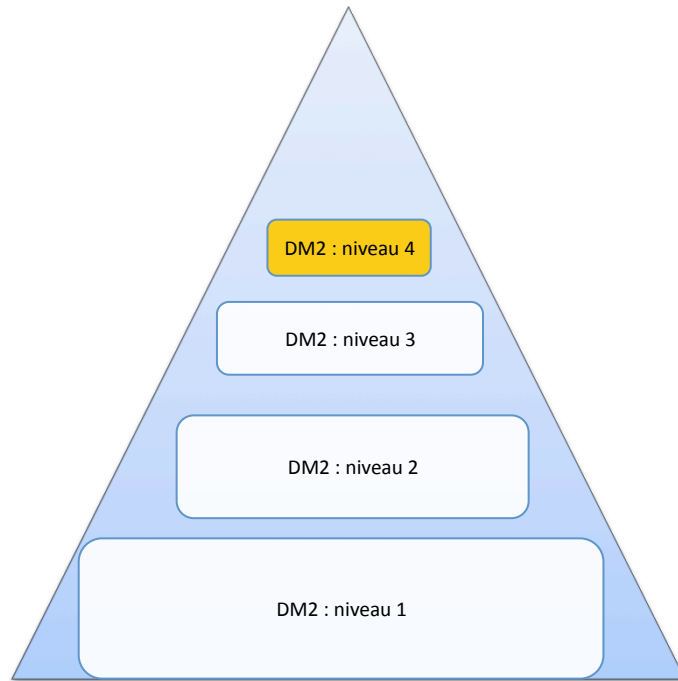
Alle patiënten met diabetes mellitus type 1 horen in de tweede lijn. Uitzondering zou alleen kunnen worden gemaakt voor een patiënt met uitgebreide comorbiditeit met een beperkte levensverwachting en stabiele diabetesregulatie. Telefonische consultatie met diabetesverpleegkundige en internist moet in dat een geval een voorwaarde zijn.

Tevens patiënten met diabetes 2 en zwangerschapswens.

Daarnaast patiënten met moeizaam te reguleren diabetes ondanks basaal-bolus regiem en (kandidaten voor) insuline-pomp therapie.

Verder ook patiënten met ernstiger comorbiditeit volgens de hieronder geldende criteria (zie LTA-diabetes 2). Het behandelteam bestaat uit een internist met voldoende expertise in behandeling diabetes, diabetesverpleegkundige, diëtist, psycholoog. Structureel overleg (MDO) dient plaats te vinden. Alle leden van het team horen aantoonbaar nascholing te volgen op het gebied van diabetes.

In onderstaand schema wordt de zorg in kwantiteit afgebeeld : de meeste mensen in niveau 1 en naarmate het zorgniveau “hoger” wordt en daarmee intensiever steeds minder patiënten. Er wordt voor de patiënt gestreefd naar een zo “laag” mogelijk niveau waar voor hem/haar verantwoorde en adequate zorg wordt geleverd.



2. Criteria voor verandering van zorgniveau

Van niveau 1 naar 2 :

- Onvoldoende regulatie met maximale orale medicatie : 2 maal HbA1c boven (individuele) streefwaarde met interval van 3 maanden

Van niveau 2 naar 1 :

- Voldoende regulatie met 1 dd langwerkende insuline en orale medicatie met stabiele streefwaarden gedurende minimaal een half jaar.

Van niveau 2 naar 3 :

- Onvoldoende regulatie met 1 of 2 dd insuline :
- of 2 maal HbA1c boven (individuele) streefwaarde met interval van maximaal 1 jaar
- Overgang naar een flexibel insuline regiem (4 dd) vanwege hypoglycemieën of sociale omstandigheden, enz.
- Of verslechterende nierfunctie onder de bovengenoemde grens
- Of ontwikkeling van ernstige cardiovasculaire comorbiditeit die niet in de 2^e lijn behandeld wordt.

Van niveau 3 naar 2 :

- Verandering van insuline regiem terug naar 1 of 2 dd

- Aanpassing van de individuele streefwaarden door belangrijke comorbiditeit

Van niveau 3 naar 4 : (zie ook LTA-diabetes 2)

Diagnostiek :

- Verdenking LADA (type 1): snel falen van orale therapie, fors onbedoeld gewichtsverlies, lage BMI, negatieve familieanamnese diabetes
- Of MODY: jonge leeftijd (<25 jaar), pos familieanamnese, mild verloop diabetes, lage BMI (<27)

Behandeling :

- Onvoldoende regulatie met flexibel regiem ondanks consultatie van de 2^e lijn :
- Of 2 maal HbA1c boven (individuele) streefwaarde met interval van 3 maanden
- Of problemen met diabetesregulatie in dagelijks leven ondanks bovenstaande (bijv. evt. pomptherapie)
- Verslechterende nierfunctie onder de :
Patiënten > 65 jaar eGFR<30 ml/min./1,73m²
Patiënten <65 jaar eGFR<45 ml/min./1,73m²
- Blijvende afwijkende lipiden ondanks goede diabetesregulatie, maximale dosering statine en dieetadvies bij therapietrouw en na consultatie 2^e lijn (“preventie-poli”) : LDL-cholesterol > 2,5 mM. Tg > 10 mM.
- Therapieresistente hypertensie : systolisch > 140 mmHg bij ptn< 70jr en > 160 mmHg bij ptn> 70 jr ondanks triple therapie na uitsluiten white coat hypertensie (24 uren bloeddrukmeting : syst gem. > 140 resp 160) en na consultatie 2^e lijn (“hypertensie-poli”). Bovenstaande is afhankelijk van individuele behandeldoelen.
- Macro-albuminurie : 2 maal een MAB/creat ratio > 25 bij goed geregleerde diabetes en uitgesloten andere oorzaken ondanks remming van RAAS.

Van niveau 4 naar 3 :

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

Algemeen:

Consultatie is verplicht indien de streefwaarden zoals vastgesteld in het IZP niet worden gehaald.

Onderscheid consultatie en verwijzing:

Consulteren:

- overleg m.b.v. zorgdomein en/of email faciliteit
- via consultfunctie binnen ketenzorgorganisatie)

Verwijzen

- ZD fax
- spoedverwijzing internist van dienst of via telefooncentrale

Procedure

Naar 1^e lijn:

- 4dd insuline schema
- Nierfunctiestoornissen
 - o > 65 jaar eGFR 30-45 ml/min/1.73m²
 - o < 65 jaar eGFR 45-60 ml/min/1.73m²
- HVZ waarvoor controle in 1e lijn of na terugverwijzing vanuit de 2e lijn (goede LV functie, ontbreken restischemie, geen hartkleplijden, zonder VF/VT > 24 uur post-infarct, zonder problemen bij instellen adequate secundaire preventie maatregelen)
- alle combinaties van bovenstaande

Naar 2^e lijn

- DM type 1
- Diagnostiek (o.a. LADA, MODY)
- zwangerschapswens/zwangerschap
- Ernstige co-morbiditeit
- Insulinepomp (CSII)
- Onvoldoende glucoseregulatie
 - o Hyperglycemie
 - o Hypoglycemie (recidiverend, unawareness, onvoldoende herstel)
- Persistent hyper/dyslipidemie, hypertensie, nierfunctiestoornissen (zie CVRM)

Jaarlijkse evaluatie van de patiënten met gestoorde nierfunctie, bij voorkeur in samenspraak met een internist (bijvoorbeeld teleconsultatie), is gewenst en verplicht bij eGFR < 45 ml/min/1,73m².

1. Consultfunctie voor de 1^e lijn

Augustus 2014

C = consult; v= verwijzing

Indicatie	Beoordeling en acties huisarts	Vermelden bij consultatie c.q. verwijzing	Kaderarts/Internist	C/V*	Overwegingen huisarts. 1
Diagnostiek Aanwijzingen voor ander type diabetes dan type 2 (o.a. LADA en MODY)	Overweegt consultatie bij: 1. BMI < 27 2. Leeftijd < 25 jaar 3. Vroegtijdig falen orale medicatie 4. Fors onbedoeld gewichtsverlies ¹	BMI, familieanamnese, etniciteit.	Adviseert over (consequenties van) aanvullende diagnostiek.	C/V	Consulteer in deze situatie de internist . Bij verdenking type 1 diabetes is een spoedverwijzing aangewezen.
Glycemische instelling Moeilijk te reguleren DM 2	Overweegt consultatie bij : 1. Problemen bij het gebruik van (orale) bloedglucose verlagende middelen (comorbiditeit, niet verdragen medicatie en hypoglycemieën) 2. Onvoldoende correctie postprandiale waarden	Medicatie, voorgeschiedenis, bijwerkingen/interacties, beloop HbA1c eventuele motivatieproblematiek.	Kaderarts/Internist: adviseert t.a.v. strategie met patiënt, eventueel in eigen diabetesteam	C	Consulteer kaderarts/internist over niet verdragen medicatie, comorbiditeit en hypoglycemieën. Consult t.a.v. verhoogde postprandiale waarden.
Insulinetherapie	1. Aanvang insulinetherapie (bij afwezigheid randvoorwaarden, onvoldoende deskundigheid) 2. let op bij start insulinetherapie: - beroep (pilot/chauffeur); - grote zorgen over het spuiten en/of gewichtstoename; - recidiverende hypoglycemieën.	Beloop van therapie, gewicht, HbA1c, overwegingen m.b.t. insuline, beschikbare dagcurves, dagboeken, specificatie waarom regulatie	Kaderarts/Internist: adviseert t.a.v. strategie met patiënt, eventueel in eigen diabetesteam	C/V	Overweeg consult kaderarts/internist : - beroep patiënt (pilot/c chauffeur) - zorg rondom toedienen insuline, zelfcontrole en/of gewichtstoename.

Dreigende dehydratie en hyperglycemie(bij koorts, braken of diarree)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Staak bij dreigende dehydratie metformine, RAASblokker en zn. diuretica 2. Extra vochtinname 3. Bij insulinegebruik: extra zelfcontrole, zo nodig extra kortwerkend insuline(2-4-6-regel) 4. wanneer desondanks dehydratie of niet goed te corrigeren hyperglycemie, verwijst de huisarts naar internist 	<p>Voorgeschiedenis</p> <p>Medicatie</p> <p>Informatie over diabetestherapie, kwaliteit van regulatie(recent HbA1c) de luxerende ziekte</p>	Klinische opname internist	C/V	Overweeg consult/verwijzing internist
Ernstige hypoglycemie bij gebruik langwerkende bloedsuiker verlagende medicatie(indien adequate controle op recidief thuis niet mogelijk is)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koolhydraatrijke drank/voedsel, bv 6 dextro's of 2 eetlepels suiker opgelost in warm water, daarna 2 boterhammen met zoet beleg 2. Indien niet mogelijk dan eerst 20-40ml 50%-glucoseoplossing i.v. of 1 mg glucagon s.c./i.m., 3. herhaling bloedglucosemeting na 15 min. en na een uur 4. evt. HAP op de hoogte brengen 5. Nagaan oorzaak 	Recent HbA1c, thuismedicatie met recente wijzigingen, luxerende omstandigheden en mogelijkheden voor opvang thuis.	Klinische opname internist	V	Overweeg verwijzing internist
Risicofactoren Persisterend LDL>2,5 mmol/l bij hoog risicoprofiel (>20%)* langer dan 1 jaar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalueert therapietrouw. 2. Identificeert en behandelt bijdragende leefstijlfactoren. 3. Intensiveert therapie 4. Overweegt familiale hypercholesterolemie(FH). 	Voorgeschiedenis, actueel risicoprofiel, onbehandelde lipidenprofiel, de ervaring met eerdere interventies.	Internist: Diagnostiek (primaire of naar secundaire hyperlipidemie) Advies of overname behandeling	C/V	Overweeg consult of verwijzing internist
LDL > 2,5 en/of triglyceriden nuchter > 8 mmol/l ¹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laat opnieuw nuchter triglyceridengehalte bepalen. 2. Gaat oorzaken als onvoldoende ingestelde DM, (abdominale)obesitas en overmatig alcoholgebruik na. 3. Geeft leefstijladvies. 4. Verwijst zo nodig naar een diëtist. 5. Maximale dosering statine 6. Therapietrouw geëvalueerd 	Voorgeschiedenis, actueel risicoprofiel, onbehandelde lipidenprofiel, de ervaring met eerdere interventies.	Verricht diagnostiek naar secundaire en familiale oorzaken. Adviseert over aanvullende medicatie op basis van het risico op pancreatitis.	C/V	Overweeg consult of verwijzing internist

TC > 8mmol/l, TC/HDL-ratio > 8, LDL >5 mmol/l	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sluit uit: alcoholisme, nefrotisch syndroom, hypothyreoïdie, leverziekten. 2. Bepaalt kansscore op FH(bij een score > 6 genetisch onderzoek of verwijzing internist). 	Vermeldt het onbehandelde lipidenprofiel en familieanamnese HVZ (zo mogelijk de stamboom)	Sluit secundaire oorzaken uit en handelt zoals vermeld is bij huisarts m.b.t. FH. Geeft advies over behandeling.	V	Overweeg verwijzing internist
Therapieresistente hypertensie (systolisch > 140 bij mensen <70 jaar en > 160 bij > 70 jaar ondanks triple therapie ¹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sluit pseudo-resistentie ² /witte jassenhypertensie uit. ¹ 2. Doet bij voorkeur eerst nog thuisbloeddrukmeting of 24-uurs ambulante bloeddrukmeting. ¹ 3. Identificeert leefstijlfactoren (obesitas, onvoldoende lichamelijke activiteiten) en vermindert zoutconsumptie en/of bloeddrukverhogende stoffen en/of medicatie. 4. Overweegt secundaire hypertensie. 5. Bij aanhoudend resistente hypertensie(6 mnd.) verwijzen naar internist. (verwijst naar "hypertensie-poli") ¹ 	Voorgeschiedenis, medicatieoverzicht, risicoprofiel en onbehandelde zowel als behandelde bloeddrukregistraties.	Sluit onvoldoende zoutbeperking (natriumexcretie > 100 mmol/24u) en secundaire oorzaken(endocrien, renovasculair en OSAS) uit. Breidt medicatie uit (spironolacton).	V	Verwijzing naar internist op basis van de hoogte van het cardiovasculaire risico en de vastgestelde behandeldoelen.
(Morbide) obesitas met sterk tot extreem verhoogd gewichts gerelateerd gezondheidsrisico	Verwijzen voor beoordeling indicatie bariatrische chirurgie bij: BMI ≥ 40 of BMI 35-40 met co-morbiditeit (DM, hypertensie, OSAS, artrose) én gangbare niet-chirurgische behandeling niet gewenste effect. Ter overweging eetstoornis (transmurale map MCC Leeuwarden, anamnese en ESP (Eating disorder Screen for Primary care) vragenlijst)	Voorgeschiedenis, BMI, comorbiditeit en ingestelde behandelingen.	Sluit secundaire obesitas uit en geeft advies tav eventuele gerichte behandeling zoals een zeer laag calorisch dieet, intensieve gecombineerde leefstijlinterventie, initiatie van een incretine-gebaseerd behandelregiem of bariatrische chirurgie	V	Verwijzing naar internist / Centrum voor Obesitas Nederland in het MCL in Leeuwarden.
Complicaties Patiënten < 65 jaar en eGFR 45 tot 60ml/min Patiënten > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/min	<ol style="list-style-type: none"> 1. Onderzoek sediment 2. Aanvullend laboratorium onderzoek 3. Echografie urinewegen bij cystenieren in familie of aanwijzingen voor postrenale obstructie 	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie(en laboratoriumonderzoek).	Overleg over: - Aanvullende diagnostiek - Behandeling bij co-morbiditeit - Aanvullende maatregelen ter voorkoming verdere achteruitgang	C	De huisarts verricht alvast aanvullend bloedonderzoek: Hb, kalium, calcium, fosfaat, serumalbumine, PTH ter

	4. Algemene adviezen en maatregelen (zout, gewicht, roken, medicatie, voorkomen dehydratie)		nierfunctie - Behandeling bij intercurrente infecties - Behandeling van de bloeddruk - Behandeling bij afwijkend laboratorium onderzoek(o.a. vitamine D) - Controles - Maatregelen ter preventie van metabole en cardiovasculaire complicaties		opsporing van metabole complicaties. Zie LTA Chronische nierschade. Bestaande mogelijkheden van telenefrologie kunnen worden benut voor overleg met de nefroloog.
Patiënten > 65 jaar met eGFR<30ml/min Patiënten < 65 jaar met eGFR<45ml/min	Idem aan bovenstaande kolom.	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie(en laboratoriumonderzoek).	Zie boven: Tevens: maatregelen ter voorkoming van verdere nierfunctiever slechting en late complicaties. Behandeling van symptomen zoals oedeem.	V	Verwijzing internist
Toename microalbuminurie	Schrijft RAS-remmer voor (bij levensverwachting > 10 jaar). Consulteert internist bij optredende progressie. Verwijst naar diëtiste voor zoutbeperking	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie.	Adviseert over aanvullende diagnostiek en aanpassing medicatie.	C	Op pragmatische gronden zou een leeftijd van 75 jaar kunnen worden aangehouden.
Macroalbuminurie	Verwijst, na uitsluiting van oorzaken zoals onregelde diabetes, manifest hartfalen, urineweginfecties of een koortsende ziekte	Voorgeschiedenis, medicatie overzicht en eerdere gegevens over urine en nierfunctie.	Overweegt andere diagnose dan diabetische nefropathie. Aanpassing medicatie.	V	Verwijs bij 2x alb./creat. ratio > 25 naar internist , ongeacht eGFR
Diabetisch voetulcus	1. Huisarts behandelt uitsluitend een niet plantair, oppervlakkig, neuropathisch ulcus zonder tekenen van PAV. 2. Beperkte cellulitis, dan antibiotica 3. Indien het ulcus na 2 weken niet genezen is, dan verwijzen	Voorgeschiedenis, toegepaste medicatie, recent HbA1c, klachten en lokale behandeling.	Behandelt patiënt bij voorkeur in samenspraak met het voetenteam van het ziekenhuis.	V	Verwijzing voetspreekuur / vaatchirurg Indien nodig expliciete overdracht hoofdbehandelaarschap DM2
Neuropathie	Huisarts is alert op andere neuropathieën	Voorgeschiedenis en	Nadere diagnostiek naar	V	Verwijzing neuroloog, zo

	en zorgt voor preventieve maatregelen en voor adequate pijnstilling.	medicatieoverzicht.	polyneuropathieën en behandeling.		nodig internist Indien nodig expliciete overdracht hoofdbehandelaarschap DM2
Zwangerschap Zwangerschapswens of zwangerschap	1. Wijst op noodzaak van preconceptieel consult bij gynaecoloog/internist in verband met aanpassing medicatie (tijdig staken en of wijzigen statines en antihypertensiva) en bespreken risico's. 2. Verwijst vrouwen met de diagnose zwangerschapsdiabetes, voor consultatie naar het multidisciplinaire behandelteam in de tweede lijn.	Voorgeschiedenis, inclusief obstetrische gegevens en medicatieoverzicht	1. Preconceptieel advies en begeleiding zwangerschap in samenwerkingsverband met de gynaecoloog. 2. Adequate behandeling multidisciplinaire diabetesteam (ook bij uitblijven van insulinebehandeling).	V	Verwijzing preconceptieel advies gynaecoloog Verwijzing internist voor overname hoofdbehandelaarschap diabeteszorg