

### **Bijlage 3. Algemene tekst bij de netwerkrichtlijn diabetes mellitus**

## Hoofdstuk 1

## Algemene inleiding

### 1.1 Aanleiding voor het maken van de richtlijn

Diabetes mellitus (DM) is de meest voorkomende chronische progressieve aandoening in Nederland (Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM, versie 4.8 juni 2012). Doordat mensen steeds ouder worden, neemt de prevalentie van diabetes toe. De verwachting is dat het aantal diabetespatiënten in 2025 verdubbeld zal zijn.

De NIV heeft in 2014 een integrale richtlijn voor de internistische zorg aan DM-patiënten gepubliceerd (Richtlijndatabase). Bij oudere mensen wordt echter steeds vaker gezien dat diabetes gepaard gaat met complicaties die betrokkenheid van andere specialisten dan de internist vragen, zoals diabetische retinopathie of neuropathie. Maar ook komt in deze groep comorbiditeit veel voor, al dan niet als gevolg van de diabetes. Daarnaast levert diabetes voor de kwetsbare oudere een belangrijke bijdrage aan het ontstaan van geriatrische syndromen als vallen en mobiliteitsstoornissen, dementie, acute verwardheid en urine-incontinentie. Deze syndromen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat zij een afnemende zelfredzaamheid bewerkstelligen en daardoor een hoge zorgconsumptie en versnelde institutionalisatie. De zorg voor de kwetsbare oudere staat op dit moment volop in de belangstelling. Als we ouderen zo lang en zo gezond mogelijk thuis willen laten wonen, vraagt dit om goede multidisciplinaire zorg. De netwerkrichtlijn levert hier een bijdrage aan.

### 1.2 Doel van de richtlijn

Het doel van de netwerkrichtlijn Diabetes Mellitus is het verbeteren van continuïteit en consistentie van zorg bij patiënten met diabetes mellitus in de tweede lijn. Deze landelijke evidence-based netwerkrichtlijn, gedragen door de betreffende beroepsgroepen, zal bijdragen aan een uniform en beter onderbouwd beleid t.a.v. de diagnostiek en behandeling van diabetes mellitus. Naar verwachting zal hierdoor ook de samenwerking en communicatie tussen verschillende professionals verbeteren.

### 1.3 Patiëntengroep

De richtlijn is gericht op alle patiënten met diabetes mellitus. Hij besteedt specifiek aandacht aan de doelgroep kwetsbare ouderen. Diabetes is echter niet alleen een ziekte van de oudere mens. Ook voor kinderen met diabetes geldt dat goede multidisciplinaire zorg essentieel is, om hen een zo gezond en normaal mogelijk leven te kunnen bieden.

### 1.4 Beoogde gebruikers van de richtlijn

Deze richtlijn is geschreven voor alle leden van de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met diabetes mellitus, in het bijzonder in de tweede lijn.

## Hoofdstuk 2

## Methodiek richtlijnontwikkeling

### 2.1 Basis

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen uit het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit ([www.richtlijnen database.nl](http://www.richtlijnen database.nl)). Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) ([www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is en op de 'Richtlijn voor richtlijnen' voor de beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen (<http://www.cvz.nl/kwaliteit>).

### 2.2 Werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een aantal subwerkgroepen ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij het betreffende onderdeel van de zorg voor patiënten met diabetes mellitus (zie hiervoor de samenstelling van de werkgroep). De voorzitters van de subwerkgroepen vormen samen met de technisch voorzitter de kerngroep.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname.

De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

### 2.3 Belangenverklaring

De werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste vijf jaar een (financieel ondersteunde) betrekking onderhielden met commerciële bedrijven, organisaties of instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn. Tevens is navraag gedaan naar persoonlijke financiële belangen, belangen door persoonlijke relaties, belangen d.m.v. reputatiemanagement, belangen vanwege extern gefinancierd onderzoek, en belangen door kennisvalorisatie. De belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten, een overzicht per subwerkgroep vindt u in de verschillende deelrichtlijnen.

### 2.4 Knelpuntenanalyse

Tijdens de voorbereidende fase inventariseerde de kerngroep de knelpunten. Tevens zijn er knelpunten aangedragen door bij diabeteszorg betrokken partijen via een invitationale conference. Een verslag hiervan kunt u vinden aan het eind van dit hoofdstuk. De genoemde knelpunten zijn vervolgens besproken in de subwerkgroepen.

### 2.5 Patiëntenparticipatie

Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door een in een eerder stadium door de patiëntenvereniging uitgevoerde enquête onder haar leden (zie richtlijn Diabetes Mellitus; NIV, 2014). De conceptrichtlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de patiëntenvereniging (Diabetesvereniging Nederland (DVN)).

## **2.6 Uitgangsvragen en uitkomstmaten**

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de kerngroep en de adviseurs concept-uitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de subwerkgroepen besproken waarna de definitieve uitgangsvragen zijn vastgesteld. Zie voor de specifieke aanpak de verschillende deelrichtlijnen.

## **2.7 Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur**

Er werd eerst oriënterend gezocht naar bestaande buitenlandse richtlijnen en naar systematische reviews. Vervolgens werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. De specifieke zoekstrategieën zijn beschreven in de betreffende deelrichtlijnen.

## **2.8 Kwaliteitsbeoordeling individuele studies**

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de bijlagen bij de afzonderlijke modules.

## **2.9 Samenvatten van de literatuur**

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidencetabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur. Bij voldoende overeenkomsten tussen de studies werden de gegevens ook kwantitatief samengevat (meta-analyse).

## **2.10 Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs**

Voor interventievragen

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (Atkins et al, 2004).

Voor vragen over waarde diagnostische tests, schade of bijwerkingen, etiologie en prognose werd de kracht van het wetenschappelijke bewijs bepaald volgens een generieke GRADE-methode waarin de basisprincipes van de GRADE-methodiek worden toegepast: het benoemen en prioriteren van de klinisch (patiënt) relevante uitkomstmaten, een systematische review per uitkomstmaat, en een beoordeling van bewijskracht op basis van de vijf GRADE criteria (startpunt hoog; downgraden voor risk of bias, inconsistentie, indirectheid, imprecisie, en publicatiebias).

## **2.11 Formuleren van de conclusies**

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek. Bij het opmaken van de balans werden de gunstige en ongunstige effecten voor de patiënt afgewogen.

### **2.12 Overwegingen**

Voor een aanbeveling zijn naast het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk, zoals de expertise van de werkgroepleden, patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid van voorzieningen of organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld onder het kopje 'Overwegingen'.

### **2.13 Formuleren van aanbevelingen**

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen.

### **2.14 Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)**

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag. Meer algemene, overkoepelende, of bijkomende aspecten van de organisatie van zorg worden behandeld in het hoofdstuk Organisatie van diabeteszorg.

### **2.15 Indicatorontwikkeling**

Bij de richtlijn zijn geen nieuwe kwaliteitsindicatoren ontwikkeld omdat er voor diabetes al voldoende indicatoren bestaan, onder andere behorend bij de NDF Zorgstandaard Diabetes.

### **2.16 Kennislacunes**

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Dit is vermeld in de bijlagen bij de betreffende modules.

### **2.17 Commentaar- en autorisatiefase**

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

### **2.18 Implementatie**

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

De richtlijn is opgenomen in de Richtlijnen database ([www.richtlijnen database.nl](http://www.richtlijnen database.nl)).

### **2.19 Juridische betekenis van richtlijnen**

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar bevatten op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg voor de gemiddelde patiënt', kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit – indien relevant – in overleg met de patiënt te gebeuren. Afwijkingen van de richtlijn dienen altijd beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

### **2.20 Herziening**

De NIV is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

### **Literatuur**

Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Link: [http://richtlijndatabase.nl/over\\_deze\\_site/over\\_richtlijnontwikkeling.html](http://richtlijndatabase.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html)  
Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II, [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org).  
Atkins D, Best D, Briss PA, et al. GRADE Working Group. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ Jun; 19, 328(7454):1490.*

## Hoofdstuk 3 Organisatie van diabeteszorg

### 3.1 Organisatie van zorg

In 2015 is door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), waarin tien organisaties van zorgverleners, de patiëntenvereniging DVN en het Diabetes Fonds zijn vertegenwoordigd, de Zorgstandaard Diabetes uitgebracht. In de Zorgstandaard wordt uitgebreid aandacht besteed aan de organisatie van zorg. De werkgroep verwijst daarom voor organisatorische aspecten naar de Zorgstandaard. De hoofdpunten uit de zorgstandaard, voor zover ze relevant zijn voor deze richtlijn, staan hieronder samengevat.

Vrijwel gelijk met deze richtlijn wordt de richtlijn *Diabetes mellitus type 2 in de tweede lijn* ontwikkeld. Zodra beide richtlijnen geautoriseerd zijn zullen teksten over samenwerkingsaspecten op elkaar worden afgestemd.

#### *Diabetes type 1*

##### Volwassenen

De Zorgstandaard benadrukt dat de zorg voor patiënten met diabetes type 1 uitgevoerd wordt in de tweede (of eventueel derde) lijn door een multidisciplinair behandelteam, onder verantwoordelijkheid van een internist. De patiënt heeft een eigen verantwoordelijkheid en maakt deel uit van zijn/haar eigen behandelteam.

##### Kinderen

Voor de behandeling van kinderen met diabetes type 1 geldt dat deze plaats vindt in een algemeen of academisch ziekenhuis of in een gespecialiseerd behandelcentrum. De zorg wordt vormgegeven door een multidisciplinair kinderdiabetesteam onder verantwoordelijkheid van een kinderarts. Kind, ouders en zorgverlener hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid waar het therapietrouw in (zelf)zorg en competentie-ontwikkeling betreft.

##### Transitie

Een belangrijk aspect in de diabeteszorg bij kinderen is de transitie van de zorg door de kinderarts en het multidisciplinaire kinderdiabetesteam naar de zorg door de internist en het multidisciplinaire behandelteam voor volwassenen. De Zorgstandaard zegt hierover: "Voor het behandelteam vereist dit een intensivering van de begeleiding en een zorgvuldig en op maat gesneden transitietraject teneinde zorg te dragen voor de juiste ondersteuning van de jongere en diens ouders in deze fase waarbij de zorgvraag als uitgangspunt dient." Ieder behandelteam dient hiervoor een transitieprotocol te hebben en de daarin beschreven zorg ook te kunnen aanbieden. Gedurende de transitiefase kan het noodzakelijk zijn dat de adolescent door zowel het kinderteam (kinderarts) als door het volwasserteam (internist) behandeld wordt. In het geval van dubbele behandeling is er één eindverantwoordelijke voor de zorg: de hoofbehandelaar. Dit wordt bekend gemaakt aan het kind en de ouders, en aan alle bij de behandeling betrokkenen en wordt vastgelegd in het patiëntendossier.

#### *Diabetes type 2*

Het multidisciplinaire zorgproces voor patiënten met diabetes type 2 richt zich voornamelijk op voorkomen en behandelen van klachten en complicaties, en (behoud van) kwaliteit van leven. Over de organisatie van zorg voor patiënten met diabetes type 2 zegt de Zorgstandaard: "Het verloop van het ziekteproces en de bijbehorende behandeling worden gemonitord door het multidisciplinaire behandelteam onder verantwoordelijkheid van de behandelend huisarts en/of de behandelend specialist. Huisartsen en internisten handelen hierbij conform de Landelijke Transmurale Afspraken (LTA DM type 2) en maken in regionaal verband werkafspraken over de

onderlinge taakverdeling.” Ook hier heeft de patiënt een eigen verantwoordelijkheid waar het gaat om planning, uitvoering, evaluatie en bijsturing van de behandeling en begeleiding.

### *Zwangerschap*

Bij vrouwen met een preconceptionele diabetes (type 1 of 2) moet het vragen naar het bestaan van een kinderwens nu of in de toekomst onderdeel zijn van een diabeteszorgprotocol. De zorgverlener in de eerste lijn verwijst de vrouw met diabetes type 2 door naar de tweede lijn zodra er een daadwerkelijke kinderwens is en specifieke voorbereidingen en afspraken gemaakt moeten worden, of wanneer er een zwangerschap bestaat. De behandeling en begeleiding tijdens zwangerschap en bevalling dient bij een preconceptionele diabetes mellitus in de tweede lijn te geschieden. Internist, gynaecoloog en kinderarts (na de bevalling) hebben elk hun eigen verantwoordelijkheid in de multidisciplinaire zorg (zie Zorgstandaard).

Voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes geldt dat de medische verantwoordelijkheid voor de zwangerschap en de bevalling in het multidisciplinair behandelteam bij de gynaecoloog ligt, waarbij de internist een eigen verantwoordelijkheid heeft voor het endocrinologische deel van de behandeling. De eerstelijns verloskundige is betrokken bij dieet behandelde GDM en bij het kraambed.

### *Behandelteam*

Voor de samenstelling van het behandelteam en de verantwoordelijkheden verwijst de werkgroep naar de Zorgstandaard. Binnen samenwerkingsverbanden (lokaal en regionaal) dienen verantwoordelijkheden en samenwerkingsafspraken beschreven te staan. Ook heeft ieder behandelteam haar beleid in protocollen vastgelegd.

*In aanvulling op de Zorgstandaard geven de verschillende deelrichtlijnen de volgende aanbevelingen die betrekking hebben op organisatie van zorg:*

#### Ouderen:

- Kies de verantwoordelijke zorgverlener voor oudere diabetespatiënten op grond van
  - de complexiteit van de diabeteszorg (volgens definitie van LTA).
  - de complexiteit van de zorg voor andere aandoeningen.
  - de behandeldoelen en -keuzes.
- Beschrijf in het medisch dossier, het individuele zorgplan en de correspondentie de aanwezige geriatrische syndromen, de behandelvoorkeuren van de patiënt, het behandeldoel, de streefwaarden en een actueel overzicht van de medicatie en betrokken zorgverleners.
- Overweeg om de zorg voor oudere diabetespatiënten met complexe zorgvragen op één zorglocatie en, waar mogelijk, bij één zorgverlener te concentreren.

#### Voet:

- Behandel mensen met diabetes mellitus en een (verhoogd) risico op voetcomplicaties op één van de volgende twee niveaus:
  - In de eerste lijn door de huisarts in samenwerking met podotherapeut en medisch pedicure als onderdeel van de diabeteszorg.
  - In een ziekenhuis met een multidisciplinair diabetisch voetenteam.
- Beschrijf nauwkeurig in zowel eerste als tweede lijn wat de verdeling van taken en verantwoordelijkheden is en wie de casemanager van de patiënt is.
- Leg procedures van verwijzing vast en beschrijf de zorg in een lokaal behandelprotocol.



### Retinopathie:

- Neem bij de organisatie van screening op diabetische retinopathie de volgende randvoorwaarden in acht:
  - De diabetes-hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het aanbieden van de diabetische oogscreening.
  - De bij de screening betrokken professionals hanteren een protocol voor de organisatie van screening en berichtgeving waarin ieders verantwoordelijkheden zijn vastgelegd.
  - De screenende partij stuurt na iedere screeningsessie een gespecificeerd verslag inclusief follow-up advies aan de hoofdbehandelaar.
  - De hoofdbehandelaar ziet toe op een correcte verwerking van screeningsuitslagen in het EPD.

### Kinderen pomptherapie:

- Aan welke voorwaarden moet een kinderdiabetesteam voldoen om insulinepomptherapie bij kinderen met DM1 te kunnen voorschrijven en begeleiden?
  - Een kinderdiabetesteam bestaat minimaal uit een kinderarts (-diabetoloog/ -endocrinoloog), een kinderdiabetesverpleegkundige, een kinderdiëtist, een medisch kinderpsycholoog en een maatschappelijk werker.
  - Het kinderdiabetesteam legt in het kader van zelfmanagement afspraken en individuele behandeldoelen jaarlijks vast in een afsprakenformat/ behandelovereenkomst.
  - Het team biedt multidisciplinaire zorg aan zodat het beste behandelingsresultaat verkregen kan worden.
  - Een kinderdiabetesteam legt werkafspraken vast in een (lokaal) protocol.
  - Een kinderdiabetesteam is 24 uur per dag medisch bereikbaar en tijdens kantooruren is er een continuïteit in kinderdiabetesverpleegkundige zorg.
  - Een kinderdiabetesteam is samen met de organisatie verantwoordelijk voor het kunnen bijhouden van deskundigheid van alle teamleden.
  - Het diabetesteam geeft (leeftijd adequate) individuele en groepseducatie, voorlichting en instructie aan patiënten, ouders, leerkrachten en kinderthuiszorg.
  - Het kinderdiabetesteam geeft informatie aan scholen en leerkrachten over pomptherapie eventueel i.s.m. kinderthuiszorg.

## **3.2 Verwijzen en terugverwijzen**

Voor type 1 diabetes geldt dat behandeling altijd in de tweede lijn plaatsvindt.

Afspraken rond verwijzing en terug verwijzing van patiënten met diabetes type 2 zijn vastgelegd in een Landelijke Transmurale Afspraak (LTA). Kernpunten hieruit zijn:

- De huisarts is eindverantwoordelijk voor patiënten zonder en de internist voor patiënten met complexe diabeteszorg.
- Consultatie van of verwijzing naar de tweede lijn is aangewezen bij: twijfel over de diagnose, problemen bij de glycemische instelling, problemen bij de behandeling van risicofactoren, het binnen de eerste lijn onvoldoende onder controle krijgen van de gevolgen van complicaties en zwangerschapswens.

- Terug verwijzing naar de eerste lijn is aangewezen indien: de vraag van de huisarts is beantwoord, de gevraagde diagnostiek is afgerond, de individuele streefwaarden van de patiënt voor zover mogelijk zijn bereikt en de comorbiditeit optimaal is behandeld.

Voor specifieke aanbevelingen verwijst de werkgroep naar de LTA. Het is belangrijk om regionaal afspraken te maken, welke informatie wanneer wordt uitgewisseld, hoe dit moet gebeuren, hoe bereikbaarheid gegarandeerd is voor overleg en hoe de zorg onderling afgestemd wordt (LTA, 2012).

*In aanvulling op de LTA geven de verschillende deelrichtlijnen de volgende aanbevelingen die betrekking hebben op verwijzen en terugverwijzen:*

#### Voet:

- Hanteer bij door- en terugverwijzen vanwege een diabetisch voetulcus de volgende uitgangspunten:
  - Niet-plantair voetulcus, oppervlakkig, geen infectie, geen aanwijzingen voor PAV: directe verwijzing naar een in wondzorg gespecialiseerde (diabetes)podotherapeut. Indien met de podotherapeutische behandeling geen volledige genezing is opgetreden binnen twee weken: verwijzing naar een multidisciplinair voetenteam.
  - Alle andere voetulcera: directe verwijzing naar een multidisciplinair voetenteam; spoedverwijzing bij ischemie en/of infectie.
  - Genezen voetulcus: terugverwijzing naar huisarts, tenzij de recidiefkans dermate groot is, dat een langer durende follow-up in een multidisciplinair voetenteam nodig is.
- Omdat zowel in de eerste als tweede lijn vaak verschillende disciplines betrokken zijn, dient de follow-up gecoördineerd te worden door een casemanager, zoals een diabetespodotherapeut of podotherapeut met specifieke expertise op het gebied van diabetische voetulcera.

#### Neuropathie:

- Wat is de optimale procedure voor door- en terugverwijzing bij (verdenking op) PDNP? Wat is de optimale verdeling van verantwoordelijkheden?
  - Huisarts of internist(-endocrinoloog) fungeren primair als hoofdbehandelaar voor patiënten met diabetes mellitus en PDNP.
  - De hoofdbehandelaar kan (andere) specialisten om advies vragen (consultatie), hierbij wordt de patiënt normaliter automatisch terugverwezen en is geen overdracht van hoofdbehandelaarschap nodig.
  - De hoofdbehandelaar kan doorverwijzen naar een (andere) specialist, met het verzoek tot terugverwijzing. Mocht terugverwijzing niet mogelijk zijn, dan dient expliciet overdracht plaats te vinden van hoofdbehandelaarschap.
  - De hoofdbehandelaar kan ook doorverwijzen naar een (andere) specialist zonder verzoek tot terugverwijzing. In dit geval dient tevens expliciet overdracht plaats te vinden van het hoofdbehandelaarschap.

#### Zwangeren:

- De werkgroep is van mening dat vrouwen met type 2 diabetes mellitus die zwangerschap overwegen preconceptioneel dienen te worden verwezen naar de internist voor behandeling/instelling van de diabetes op insuline en naar de gynaecoloog voor een preconceptioneel consult.

### 3.3 Frequentie controles / screening bij volwassenen.

De NDF Zorgstandaard geeft aanbevelingen over de frequentie van controles, en zegt over oog- en voetcontroles: “Oogheelkundige en voetcontrole vindt jaarlijks plaats volgens de richtlijnen.” “Vroege opsporing van late complicaties is noodzakelijk en er dient in ieder geval een jaarlijkse controle plaats te vinden op micro- en macrovasculaire complicaties, zoals nefropathie, retinopathie en neuropathie.”

Over de onderlinge afstemming van controlemomenten zegt de Zorgstandaard: “Indien van toepassing zijn de spreekuurtijd van de arts en andere hulpverleners als de praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige, diëtist en psycholoog vanuit patiëntperspectief op elkaar afgestemd. Dit gebeurt zo dat de geleverde zorg veilig, effectief en niet onnodig belastend is.”

Dit betekent dat met de patiënt besproken moet worden in hoeverre het wenselijk is om controles te combineren of liever niet.

*In aanvulling op de Zorgstandaard geven de verschillende deelrichtlijnen de volgende aanbevelingen die betrekking hebben op frequentie van controles/screening:*

#### Voet:

- Bepaal de frequentie van het voetonderzoek aan de hand van het risicoprofiel (Sims-classificatie):
  - Sims classificatie 0 (laag risico): eenmaal per jaar;
  - Sims classificatie 1 (licht verhoogd risico): tweemaal per jaar;
  - Sims classificatie 2 (hoog risico): viermaal per jaar;
  - Sims classificatie 3 (sterk verhoogd risico): elke één tot drie maanden.

#### Retinopathie:

- Bepaal het moment van eerste screening op basis van leeftijd, diabetestype, en leeftijd waarop de diagnose diabetes is gesteld. Bepaal het screeningsinterval op basis van de uitslag van (voorafgaande) screenings.

#### Neuropathie:

- Jaarlijkse screening.

#### Ouderen:

- Screen oudere diabetespatiënten tenminste éénmaal per jaar op de aanwezigheid van cognitieve beperkingen, stemmingsstoornissen en valincidenten.

#### Kinderen:

- Toets tijdens de chronische fase van de pompbehandeling jaarlijks of
  - Indicatie, behandeldoel en afspraken nog actueel zijn.
  - De pomptherapie het gewenste effect heeft.
  - De patiënt zich aan de afspraken houdt.Indien dit niet het geval is, bespreek dan met de patiënt/ouders welke acties mogelijk zijn.

### 3.4 Zelfmanagement

De NDF Zorgstandaard besteedt in algemene zin aandacht aan zelfmanagement.

Zelfmanagement wordt hierin gedefinieerd als 'het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen en in het geval dat gezondheidsproblemen optreden: goed om te gaan met symptomen, de behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de (chronische) aandoening en de daarbij behorende aanpassingen in leefstijl'.

Zelfmanagement veronderstelt de aanwezigheid van inzicht, motivatie en vaardigheden bij de patiënt. Niet alle patiënten kunnen of willen zelf regie nemen. Educatie moet worden afgestemd op de mogelijkheden en bereidheid van de patiënt tot het nemen van regie. Het vermogen tot zelfmanagement kan bijvoorbeeld beïnvloed worden door leeftijd (kinderen, (kwetsbare) ouderen) of multimorbiditeit.

De Zorgstandaard benadrukt dat bij kinderen het vermogen tot zelfmanagement (door kinderen en ouders gezamenlijk) een groeiproces is waarvan de snelheid afhangt van leeftijd, ontwikkelingsniveau en persoonlijke omstandigheden. Meer dan bij volwassenen speelt de directe omgeving (familie, vrienden, school, sport) hier een belangrijke rol. Goede educatie, waarbij ook de omgeving wordt meegenomen, is bij kinderen extra van belang.

*In aanvulling op de Zorgstandaard geven de verschillende deelrichtlijnen de volgende aanbevelingen die betrekking hebben op zelfmanagement:*

#### Voet:

- Geef mensen met diabetes mellitus jaarlijks voorlichting met betrekking tot voetverzorging met als doel de kennis en het gedrag met betrekking tot zelfzorg te verbeteren (+ specifieke aanbevelingen voor verschillende patiëntengroepen).  
Voorlichting en educatie dienen zowel mondeling (op gestructureerde wijze) als schriftelijk gegeven te worden.

#### Kinderen:

- Vergewis u ervan dat de patiënt (en eventueel afhankelijk van de leeftijd, de ouders) voor de start van insulinepomptherapie voldoet aan de volgende competenties:
  - Voldoende motivatie en indien mogelijk bewezen therapietrouw (bijvoorbeeld bij eerdere MDI-behandeling).
  - In staat en gemotiveerd zijn om samen met de arts een behandelgoal op te stellen.
  - Het hebben van voldoende kennis van koolhydraten en deze kennis kunnen toepassen.
  - Het beheersen van technische en handelingsvaardigheden rondom de zelfzorg bij pomptherapie.
  - Bereid zijn actief te participeren aan continue scholing aangepast aan de levensfase.