

1. Opsporing, diagnostiek en behandeling van mensen met diabetes mellitus type 2 in de huisartsenpraktijk.

Deze richtlijnen zijn gebaseerd op:

- NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2 versie nov 2021
- Patiënten informatie via Thuisarts.nl: Diabetes algemeen, Behandeling van diabetes, Controles bij diabetes, Ontregeling van de bloedsuiker, Voetverzorging bij diabetes, Voedingsadviezen bij diabetes mellitus.
- Protocolaire Diabeteszorg: Een praktische uitwerking van de NHG standaard Diabetes Mellitus type 2, Editie 2022-2023
- Zorgstandaard NDF (online geraadpleegd mei 2022).

Inhoud

Opsporing diabetes type 2 patiënten.....	2
Diagnostiek	2
Risico-inventarisatie	3
Beleid en educatie	3
Richtlijnen en beleid instelfase	4
Instelfase.....	4
Richtlijnen en beleid	5
Medicamenteuze therapie hoog risico patiënten	5
Toelichting stappenplan	6
Medicamenteuze therapie ZEER hoog risico diabetes patiënten	6
Aandachtspunten start SGLT2	7
Toelichting stappenplan	8
Educatie en instructie voor patiënt bij SGLT2 gebruik	8
Aandachtspunten bij gebruik SGLT2	9
Algemene streefwaarden HbA1c.....	10
Beleid bij diabetes type 2 patiënt die al met medicatie wordt behandeld.....	11
Aanpassing medicatie bij zeer hoog risicoprofiel bij reeds medicamenteus behandelde diabetes type 2 patiënt	11
Beleid bij stabiele fase bij optimale (medicamenteuze) behandeling	13
Controlefrequentie in stabiele fase	13
Jaargesprek	13
Kwartaalcontrole.....	14

Opsporing diabetes type 2 patiënten

- Bij klachten zoals dorst, polyurie, vermagering, pruritus vulvae op oudere leeftijd, mononeuropathie, neurogene pijnen, sensibele stoornissen, spontaan genoemde moeheid, erectiele dysfunctie en slecht genezende wondjes.
- Driejaarlijks bij spreekuurbezoekers > 45 jaar met:
 - DM type 2 bij ouders, broers of zussen.
 - Hypertensie en/of verhoogd risico op manifeste hart- en vaatziekten.
 - Vetstofwisselingsstoornissen en/of obesitas (Quetelet index (QI) > 27).
 - Etnische belasting (van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Hindoestaanse afkomst; bij Hindoestanen wordt een leeftijdsgrens van 35 jaar aangehouden).
 - Zwangerschapsdiabetes in verleden (screenen jaarlijks gedurende 5 jaar, daarna eenmaal per drie jaar).

Diagnostiek

		Veneus plasma
Normaal	nuchter glucose niet nuchter	<6,1 <7,8
Gestoord	nuchter glucose niet nuchter	≥6,1 en ≤6,9 ≥7,8 en ≤11,0
Diabetes Mellitus	nuchter glucose niet nuchter	>6,9 >11,0

De diagnose diabetes mellitus mag worden gesteld als men op 2 verschillende dagen 2 nuchtere plasmaglucosewaarden vindt $\geq 7,0$ mmol/l. De diagnose kan ook worden gesteld bij een nuchtere plasmaglucosewaarde $\geq 7,0$ mmol/l of een willekeurige plasmaglucosewaarde $\geq 11,1$ mmol/l beide in combinatie met klachten die passen bij hyperglykemie.

Bepaling van de HbA1c-waarde kan worden gebruikt, maar wordt vooralsnog niet aanbevolen voor opsporing en diagnostiek van diabetes. Glucosewaarden moeten worden bepaald in veneus plasma.

Draagbare glucosemeters zijn gekalibreerd naar veneuze plasmaglucosewaarden. Deze meters kunnen, zelfs indien zij regelmatig geijkt worden, een meetfout hebben van 10 tot 15%. Gezien het belang van zorgvuldige diagnostiek dient de huisarts bij marginaal afwijkende waarden alsnog een bepaling in het laboratorium te laten verrichten.

Risico-inventarisatie

A. Anamnese

- Cardiovasculaire pathologie bij patiënt of bij ouders, broers of zussen (1^e graads man voor 55 levensjaar, eerste graads vrouw voor het 65e levensjaar).
- Voorgeschiedenis uitvragen. Is er sprake ischemische hart- en vaatziekten (HVZ) of chronische nierschade (CNS) en/of hartfalen.
- Leefstijl: voedingsgewoontes waaronder alcoholgebruik, roken, lichaamsbeweging.

B. Lichamelijk onderzoek

- Body Mass Index (BMI), tailleomvang, bloeddruk.
- Voetonderzoek: arteriële circulatie; let op kleur, standsafwijkingen, drukplekken of eelt, ulcera en amputaties; verricht sensibiteitsonderzoek met 10 grams Semmes-Weinstein monofilament.

C. Metingen

- HbA1c, totaalcholesterol, HDL-cholesterol, evt non-HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden (nuchter), kreatinine/MDRD,
- albumine/creatinine ratio of de albumineconcentratie in bij voorkeur de eerste ochtendurine.
- Binnen 3 maanden onderzoek naar diabetische retinopathie door middel van fundusscreening.

Beleid en educatie

- Zie NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2
- Zie Patiëntenbrieven op thuisarts.nl: o.a. Diabetes algemeen, Behandeling van diabetes, Controles bij diabetes, Ontregeling van de bloedsuiker, Voetverzorging bij diabetes, Voedingsadviezen bij diabetes mellitus.

Richtlijnen en beleid instelfase

Instelfase

Na het stellen van de diagnose diabetes mellitus wordt er altijd gestart met het inventariseren van verbeterpunten op het gebied van leefstijl. Dit is heel individueel bepaald. Verwijzing naar de diëtist, GLI programma's, diabetes challenges behoren tot de mogelijkheid. Meer informatie over leefstijl vindt u [hier](#).

Het individuele risicoprofiel wordt opgesteld. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 groepen op basis van het cardiovasculaire risico. ZEER hoog risico diabetespatiënten (tabel 1) zijn patiënten met een doorgemaakte ischemische hart- en vaatziekten (HVZ) en/of chronische nierschade (CNS) en/of hartfalen (HFrEF, met een ejectie actie <40%).

Tabel 1	ZEER hoog risico diabetes patiënten
Doorgemaakt hart- en vaatziekten	<ul style="list-style-type: none">• Acuut coronair syndroom• Angina pectoris• Coronaire revascularisatie• TIA of beroerte• Symptomatische aorta-iliofemorale-atherosclerose• Aorta aneurysa• Claudicatio intermittens of perifere revascularisatie• Bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie
CNS met matig tot sterk verhoogd cardiovasculair risico	<ul style="list-style-type: none">• eGFR \geq 60 ml/min met ACR > 30 mg/mmol• eGFR 45 - 59 ml/min met ACR > 3 mg/mmol• eGFR 10 - 44 ml/min
Hartfalen	<ul style="list-style-type: none">• HFrEF Linker ventrikel ejectiefractie <40%

ZEER hoog risicopatiënten hebben een ander medicamenteus stappenplan dan de andere groep diabetes patiënten zonder het zeer hoog risico. Ook deze groep heeft een verhoogd risico op hart- en vaatziekten ten opzichte van niet diabetes patiënten, maar minder hoog dan de patiënten met diabetes die reeds een cardiovasculair event hebben doorgemaakt.

Soms is het nodig om direct met insuline te starten bij het vaststellen van diabetes. Een pragmatische richtlijn is om, vooral bij mensen zonder ernstige adipositas, direct met insuline te starten bij bloedglucosewaarden > 20 mmol/l in combinatie met hyperglycemische klachten. Reden voor deze "acute" start is dat er sprake zou kunnen zijn van insuline deficiëntie bij LADA of DM type 1. Dit geldt voor hoog en zeer hoog risico patiënten.

De laatste jaren verschuift dus bij patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM type 2) EN een ZEER hoog risico de aandacht in de DM type 2 behandeling van de glycemische regulatie naar ook de verlaging van het cardiovasculaire risico voor de individuele patiënt.

Recente cardiovasculaire uitkomststudies geven aan dat glucoseverlaging met SGLT-2-remmers (SGLT-2) en GLP-1 receptor agonisten (GLP-1) voordelen biedt in het voorkómen van complicaties bij mensen met DM type 2 en een zeer hoog risico. Doordat zowel SGLT-2 als GLP-1 beschikbaar zijn gekomen en (deels) vergoed worden (anno 2022) zijn er meer medicamenteuze opties voor individuele behandeling van de diabetes in combinatie met zeer hoog cardiovasculair risico passend bij het huidige streven naar zorg op maat.

Naast het opstellen van het individuele risicoprofiel worden de individuele behandeldoelen en het individueel zorgplan opgesteld. Het individueel zorgplan wordt door de hoofdbehandelaar, of de POH besproken met de patiënt. In dit gesprek worden de algemene streefwaarden vertaald in individuele (zorg)doelen waarbij de eigen inbreng van de patiënt centraal staat. Om de patiënt een volwaardige rol te kunnen laten vervullen bij de behandeling doorloopt deze een educatietraject. Hierbij wordt de patiënt begeleid naar zelfstandigheid en het nemen van de eigen regie met betrekking tot zijn chronische ziekte. De patiënt ontvangt uitleg over de aard van de ziekte, de daaruit voortvloeiende noodzaak van periodieke controles en de mogelijke behandelingen.

Richtlijnen en beleid

Indien de nuchter glucose boven 8 mmol/l blijft en de individuele streefwaarde van het HbA1c niet wordt bereikt na gerichte leefstijladvisering, is het advies om te starten met medicamenteuze behandeling. In deze fase wordt de patiënt zo optimaal mogelijk ingesteld conform het NHG stappenplan hoog risicopatiënt of NHG stappenplan zeer hoog risicopatiënt.

Medicamenteuze therapie hoog risico patiënten

Tabel 2	Medicamenteuze therapie nieuwe hoog risicopatiënten
Stap 1	Metformine (1 dd 500-850mg, max 3 dd 1000mg)
Stap 2	Voeg een sulfonylureumderivaat toe (30mg max 1dd 4 of gliclazide 80 mg max 3 dd 1)
Stap 3	Voeg (middel)langwerkende insuline eenmaal daags toe (bij voorkeur NPH-insuline) Alternatief: DPP-4-remmer of GLP-1-receptoragonist* Alternatief: DPP-4-remmer (bijv. sitagliptine max 100 mg dd) of GLP-1-receptoragonist* (bijv. liraglutide 1 dd 0,6mg (max 1 dd 1,8mg), dulaglutide 1x/wk 1,5 mg (max 1x/wk 4,5 mg), of semaglutide 1x/wk 0,25mg (max. 1x/wk 1 mg)
Stap 4	Intensiveer insulinebehandeling Alternatief: DPP-4-remmer of GLP-1-receptoragonist*

*Weeg vanaf stap 3 het belang van het strikt behalen van de HbA1c streefwaarde af in relatie tot comorbiditeit, complicaties, haalbaarheid en motivatie van de patiënt. Zie ook protocol GLP1 op de website van [Onze Huisartsen](#).

GLP1-agonisten worden vergoed voor patiënten met een hoog risico, met een BMI \geq 30 kg/m² En in combinatie met metformine EN een SU-derivaat of in combinatie met optimaal getitreerd basaal insuline en metformine (al dan niet in combinatie met een SU-derivaat) ([VWS, 2022](#))

Financiering op indicatie voor Zeer hoog risico wordt waarschijnlijk per juli 2022 verwacht.

Toelichting stappenplan

- Verhoog de dosering elke twee tot vier weken aan de hand van de nuchtere glucosewaarden. Ga naar de volgende stap als dosisverhoging (door bijwerkingen of bereiken van maximale dagdosering) niet meer mogelijk is en het HbA1c boven de streefwaarde ligt.
- Overweeg alleen behandeling met een DPP-4-remmer of GLP-1- receptoragonist als alternatief voor (intensiveren van) insuline bij een HbA1c < 15 mmol/mol boven de streefwaarde indien spuiten en zelfcontrole moeilijk uitvoerbaar zijn óf als het vermijden van hypoglykemieën van groot belang is. Bespreek de opties met de patiënt en betrek daarbij: BMI, mate van gewenste HbA1c-daling, leefstijl, therapietrouw, contra-indicaties, veiligheid op langere termijn en vergoeding.
- Stop de DPP4 als de streefwaarde niet (meer) gehaald worden.
- Bij bijwerkingen van of contra-indicaties voor een van de middelen uit het stappenplan: zet de andere middelen uit het stappenplan in.
- Bij bijwerkingen van of contra-indicaties voor een van de middelen uit het stappenplan: zet de andere middelen uit het stappenplan in.
- Overweeg direct met eenmaal daags (middel)langwerkende insuline (bij voorkeur NPH-insuline) te starten, op het moment van de diagnose, bij glucosewaarden > 20 mmol/L in combinatie met klachten als gevolg van hyperglykemie (dorst, polydipsie, polyurie, vermagering).
 - Mogelijk betreft het een ander type diabetes (type 1-diabetes of LADA).
 - Overleg zo nodig met de kaderhuisarts diabetes of bij spoed met de dienstdoende internist.

Medicamenteuze therapie ZEER hoog risico diabetes patiënten

Volg voor nieuwe, niet-kwetsbare patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten, een levensverwachting > 5 jaar en eGFR > 10 ml/min/1,73 m² (zie tabel 1) het stappenplan in tabel 3.

Tabel 3	Medicamenteuze therapie nieuwe ZEER hoog risico patiënten Niet kwetsbaar, levensverwachting >5 jaar en eGFR>10ml/min/1,73m ²
Stap 1	Start met een SGLT2 remmer (bv dapagliflozine 1 dd 10 mg of empagliflozine 1 dd 10 mg (max 25 mg)). Bij contra-indicatie (bv eGFR<30 ml/min/1,73m ²) Start met GLP1*
Stap 2	Voeg metformine toe (1 dd 500-850mg, max 3 dd 100mg)
Stap 3	Voeg een GLP1-receptor agonist* toe (bijv. liraglutide 1 dd 0,6mg (max 1 dd 1,8mg), dulaglutide 1x/wk 1,5 mg (max 1x/wk 4,5 mg), of semaglutide 1x/wk 0,25mg (max. 1x/wk 1 mg)
Stap 4	Voeg een van de middelen uit het stappenplan (tabel 2) hoog risicopatiënten toe**.

*Bij zeer hoog risico alleen vanwege hartfalen is er geen aangetoond voordeel van een GLP1-receptoragonisten op harde eindpunten.

** Combinatie van GLP1-receptoragonist met DPP4 is niet zinvol en wordt ontraden.

Daar waar het stappenplan voor patiënten met een hoog risico is gebaseerd op behandeling van de bestaande hyperglykemie, is dit stappenplan eveneens gericht op risicoverlaging van hart- en vaatziekten en/ of progressie van de chronische nierschade dan wel hartfalen.

Bij kwetsbare ouderen of patiënten met een korte levensverwachting is het behandeldoel vooral gericht op het voorkomen van hypers en hypo's en gericht op kwaliteit van leven. Het stappenplan is gericht op het voorkomen van lange termijn complicaties en derhalve niet geschikt voor deze subgroep. Verder valt te overwegen om een SGLT2 niet voor te schrijven als aannemelijk is dat bij bijwerkingen of complicaties niet tijdig gealarmeerd zal worden door de patiënt of de omgeving

Aandachtspunten start SGLT2

Tabel 4	Contra-indicaties SGLT-2
Niet te gebruiken bij	<ul style="list-style-type: none"> • Kwetsbare patiënt met een levensverwachting <5 jaar • Indien bij start eGFR<30ml/min/1,73m² • Alcoholisme • Ondervoeding • (Intermitterend) vasten of ketogeen dieet (<70 gram KH/dag) • Actief voetulcus • Recidiverende genitale mycotische infecties • Terughoudendheid bij patiënten met een verhoogd risico door gevolg van bloeddruk dalingen, zoals duizeligheid en vallen
Staken indien	<ul style="list-style-type: none"> • Ontstaan voetulcus • Ontstaan gangreen van Fournier • (Verdenking) diabetische ketoacidose • eGFR<10ml/min/1,73m²
Tijdelijk staken	<ul style="list-style-type: none"> • Dreigende dehydratie • Grote operatieve ingreep • Ernstige acute ziekten

Controleer voor de start van een SGLT2 de contra-indicaties. Bespreek voor de start altijd de bijwerkingen en de redenen om de SGLT2 tijdelijk te staken, zie formulier <https://richtlijnen.nhg.org/files/2021-11/Formulier-SGLT2-remmer.pdf>

Als de patiënt een contra-indicatie voor SGLT2-remmers heeft, kan worden uitgeweken naar een GLP1-receptoragonist. SGLT2-remmers hebben gunstigere effecten op hart- en vaatziekten dan GLP1-receptoragonisten en zijn daarom het middel van eerste keus. Bijkomende voordelen: de patiënt kan SGLT2-remmers oraal innemen en ze zijn goedkoper dan GLP1-receptoragonisten.

Ivm de vergoeding voor de SGLT2 op indicatie zeer hoog risico moet er een [ZN-formulier](#) worden ingevuld. Naar verwachting wordt financiering voor GLP1 op indicatie zeer hoog risico mogelijk per juli 2022.

Toelichting stappenplan

- Verhoog de dosering elke twee tot vier weken aan de hand van de nuchtere glucosewaarden. Ga naar de volgende stap als dosisverhoging niet meer mogelijk is en het HbA1c boven de streefwaarde ligt (door bijwerkingen of bereiken van maximale dagdosering).
- Voeg bij onvoldoende effect van de eerste stap (te bepalen aan de hand van de HbA1c-streefwaarde, afhankelijk van leeftijd en diabetesduur), metformine toe.
- Voeg als derde stap een GLP1-receptoragonist toe, zie hiervoor het protocol op de website van [Onze Huisartsen](#).
- Ten slotte kan, als vierde stap, een middel uit een andere groep worden toegevoegd. Met als belangrijke kanttekening dat de combinatie van een GLP1-receptoragonist en een DPP4-remmer niet zinvol is en ontraden wordt.

Voor een overzicht van de transmurale afspraken, zie ook [TWA SGLT2](#).

Educatie en instructie voor patiënt bij SGLT2 gebruik

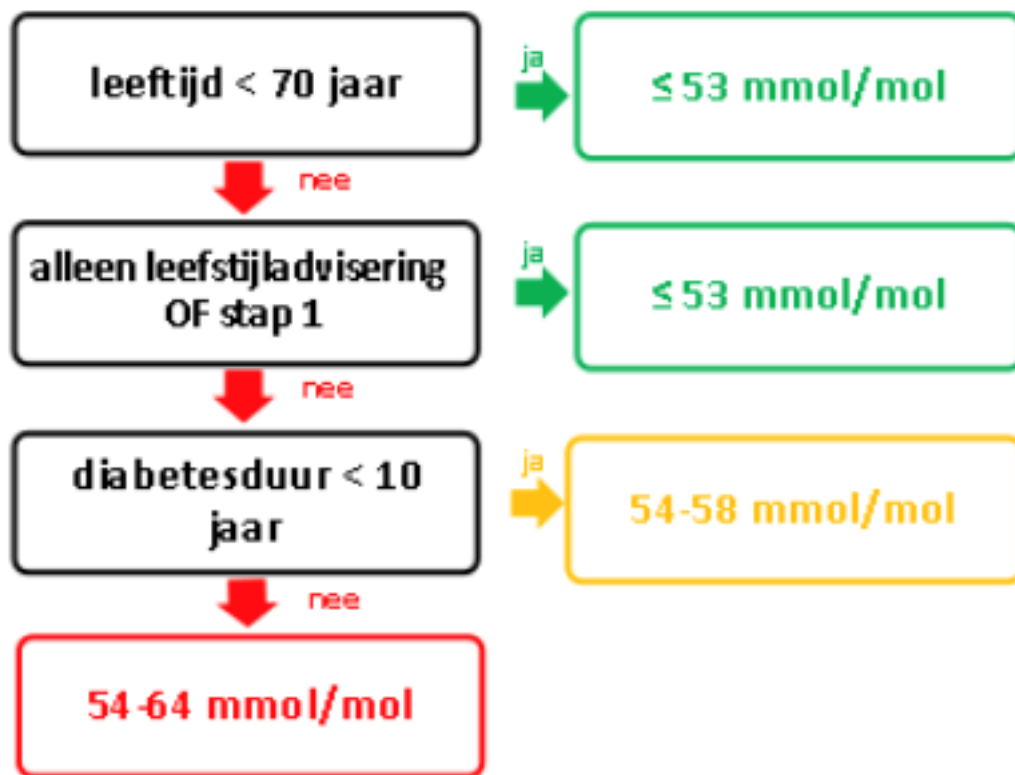
- Dagelijks onder de huidplooien en genitaliën wassen zonder zeep en goed drogen
- Huidplooien goed drooghouden door het dragen van katoenen kleding
- Bij roodheid aangedane huid dun insmeren met zinkoxide smeersel FNA, dun aanbrengen en inkloppen
- Gebruik voor de voeten een aparte handdoek
- Wondje aan de voeten->beoordeling arts
- Handdoeken en ondergoed op 60 graden wassen
- Droog lichaam van boven naar beneden af en gebruik handdoek eenmalig
- Gebruik dagelijks schone sokken en schoon katoenen ondergoed
- Bij schimmelinfectie start snel met antimycotica, enkele weken kan behandeling noodzakelijk zijn
- Bij recidief UWI: staak SGLT2
- Bij dreigende dehydratie: informeer arts/POH en staak SGLT2 tijdelijk bij
 - *5 dagen met omgevingstemperatuur >27 graden en/of
 - *Meer dan 3 maal waterdunne diarree per dag
 - *Meer dan 3 maal overgeven
 - *Meer dan 2 dagen koorts >38,5 graden
- Voorafgaand aan een operatie in het ziekenhuis: overleg of SGLT2 gestaakt moet worden
- Bij pijn roodheid of zwelling in de schaamstreek EN koorts: meldt dit aan arts

Aandachtspunten bij gebruik SGLT2

- Gezien het middel nog maar kort op de markt is wordt opgeroepen om complicaties die mogelijk gelinkt zijn aan de SGLT-2 te noteren in het dossier en te melden bij het LAREB
- Controleer de nierfunctie:
 - Voorafgaand aan de behandeling;
 - Jaarlijks (tijdens DM2 jaarcontrole);
 - Bij een eGFR < 60ml/min of wanneer deze waarde nadert, 2-4 maal per jaar;
 - Als er een nieuw geneesmiddel gestart wordt, welke een negatieve invloed kan hebben op de nierfunctie;
 - Bij een eGFR tussen de 30-44ml/min kan bij start behandeling met SGLT-2 een initiële daling in eGFR tot > 15 ml/min/173m² geaccepteerd worden;
- Controleer op huidreacties: Roodheid, schimmelinfecties van de huidplooien (oksels, liezen, tenen);
- Controleer perifere doorbloeding voeten: Controleer pulsaties
- Bij (mogelijk) langdurig bestaande sterk verhoogde bloedglucosewaarden (HbA1c >86 mmol/mol) moet controle van het netvlies plaatsvinden voorafgaand aan starten/ intensiveren van glucose verlagende medicatie.

Algemene streefwaarden HbA1c

Algoritme voor het bepalen van de HbA_{1c}-streefwaarde



Een hogere streefwaarde geldt voor kwetsbare ouderen en mensen met een korte levensverwachting (arbitrair: korter dan 5 jaar). Er is bij deze patiënten geen bewijs dat een laag HbA_{1c} zinvol is. Het behandeldoel is vooral het voorkomen van symptomatische hypo- of hyperglykemie. Glucosewaarden van 6-15 mmol/l en HbA_{1c} -waarden van 53-69 mmol/mol zijn bij deze patiënten acceptabel.

Overweeg bij patiënt van 70 jaar en ouder bij wie de HbA_{1c} waarde met stap 1 oploopt tot boven de 53mmol/mol, direct verder te gaan naar stap 2. Wacht daarmee niet tot het HbA_{1c} de bovengrens van de nieuwe streefwaarde heeft bereikt. Bespreek deze afweging met de patiënt en betrek daarbij de eerder genoemde factoren. Het direct doorgaan naar stap2 bij het oplopen van het HbA_{1c} boven de 53mmol/l is eerder van toepassing naarmate de patiënt vitaler is en gemotiveerd.

Beleid bij diabetes type 2 patiënt die al met medicatie wordt behandeld

Het is van belang om bij een reeds met medicatie behandelde patiënt met diabetes type 2 te bepalen welke risico categorie (hoog of zeer hoog risico) van toepassing is. Er is sprake is van een zeer hoog risico profiel wanneer er sprake is van ischemische hart- en vaatziekten (HVZ) en/of chronische nierschade (CNS) en/of hartfalen (HFrEF, met een ejectie fractie <40%) (zie tabel 1).

Aanpassing medicatie bij zeer hoog risicoprofiel bij reeds medicamenteus behandelde diabetes type 2 patiënt

Voeg bij niet-kwetsbare patiënten met een zeer hoog risico en met een levensverwachting > 5 jaar en eGFR > 10 ml/min/1,73 die al behandeld worden conform het stappenplan voor patiënten zonder zeer hoog risico – **bij een HbA_{1c}-waarde > 53 mmol/mol** – een SGLT2-remmer (bij contra-indicatie: een GLP1-receptoragonist) toe aan de bestaande medicatie (zie [Stap 1: SGLT2-remmer](#) of [Stap 3: GLP1-receptoragonist](#)). Dus bij een HbA_{1c} waarde onder 53 mmol/mol wordt er (nog) niet met een middel voor de zeer hoog risico gestart!

Het primaire doel van deze toevoeging is reductie van het risico op hart- vaatziekten, nierschade en hartfalen.

Tabel 5	ZEER hoog risico diabetes patiënten met reeds medicamenteuze therapie Niet kwetsbare patiënt, eGFR >10ml/min/1,73m ²
Bij HbA _{1c} tussen 53 en 64 mmol/mol	Start met een SGLT2 remmer (bv dapagliflozine 1 dd 10 mg of empagliflozine 1 dd 10 mg (max 25 mg). Bij contra-indicatie (tabel 4) (bv eGFR<30 ml/min/1,73m ²) Start met GLP1* Andere glucose verlagende medicatie moet verlaagd worden (tabel 6)
Bij HbA _{1c} > 64 mmol/mol	Start met een SGLT2 remmer (bv dapagliflozine 1 dd 10 mg of empagliflozine 1 dd 10 mg (max 25 mg). Bij contra-indicatie (bv eGFR<30 ml/min/1,73m ²) Start met GLP1* Andere glucose verlagende medicatie hoeft niet verlaagd te worden.

Aanpassing dosering bloedglucose verlagende medicatie bij toevoeging SGLT2 of GLP1

Tabel 6 Huidige medicatie	Aanpassing dosering blodeglucoseverlagende medicatie bij toevoegen van SGLT2 of GLP1 bij een HbA1c<64mmol/l
Metformine DPP-4remmer GLP1	Geen dosisaanpassing noodzakelijk
SU-derivaat	Stop SU indien: <ul style="list-style-type: none"> • Gliclazide 1 dd 30 mg of 80 mg • Glimepiride 1 dd 2 mg • Tolbutamide 1-2 dd 500mg Halveer SU dosering: bij dosering hoger dan de hierboven genoemde
Insuline	Basaal insuline <ul style="list-style-type: none"> • <12 eenheden: stop • ≥12 eenheden: verlaag basaal insuline met 20% Bolus insuline <ul style="list-style-type: none"> • Verlaag de hoeveelheid met 20%
SU-derivaat en insuline	Basaal insuline <ul style="list-style-type: none"> • <12 eenheden: stop insuline of halveer/stop SU* • ≥12 eenheden: verlaag basaal insuline met 20% Bolus insuline <ul style="list-style-type: none"> • Verlaag de hoeveelheid met 20%

*aangezien insuline de grootste kans geeft op een hypo heeft het de voorkeur om eerst de insuline aan te passen

Beleid bij stabiele fase bij optimale (medicamenteuze) behandeling

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

Steeds zal bewaakt moeten worden of patiënt nog volgens de juiste risicoschatting wordt behandeld: hoog risico of zeer hoog risico bij doorgemaakte ischemische hart- en vaatziekten (HVZ) en/of chronische nierschade (CNS) en/of hartfalen (HFrEF, met een ejectie actie <40%) (tabel 1).

Controlefrequentie in stabiele fase

De controlefrequentie is afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt, minimaal 2 tot 4x per jaar (bij goede waarden, geen ernstige comorbiditeit en adequaat kunnen toepassen van zelfmanagement is 1x per 6 maand controle voldoende). Eenmaal per jaar een uitgebreid jaargesprek en een tussentijdse controle 1 tot 3x per jaar. De controles worden gedaan door de POH, diabetesverpleegkundige of de huisarts. De huisarts dient jaarlijks één van de controles zelf te verrichten. De gegevens worden geregistreerd in het HIS. De huisarts, POH of diabetesverpleegkundige is verantwoordelijk voor een goed oproep- en follow-up systeem.

Jaargesprek

Tijdens het jaargesprek worden de individuele streefwaarden, het risicoprofiel en de individuele behandeldoelen samen met de patiënt vastgesteld. Van elke patiënt wordt bij dit gesprek weer een actueel beeld gevormd van zijn of haar diabetessituatie, zodat eventuele ontsporingen van de glucoseregulatie, de bloeddruk, het vetspectrum en het ontstaan van complicaties geregistreerd kunnen worden.

Ook wordt tijdens het jaargesprek beoordeeld of de patiënt (inmiddels) valt onder de zeer hoog risicopatiënten. Zeer hoog risico diabetespatiënten (tabel 1) zijn patiënten met een doorgemaakte ischemische hart- en vaatziekte (HVZ) en/of chronische nierschade (CNS) en/of hartfalen (HFrEF ejectie fractie <40%). Om dit risico te verlagen kan de behandeling daarop aangepast worden (zie tabel 5 en 6).

Aandachtspunten bij de jaarcontrole volgens de NHG-standaard diabetes mellitus type 2

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

Bij gebruik insuline:

- Controle spuitplaatsen (bij aanwezigheid spuitplaatsen elke 3 maanden controle)
- Zelfcontrole: uitvoering/controle bloedglucosemeter, wanneer en welke controle
- Zelfregulatie, interpretatie glucose dagcurve, effecten van voeding, beweging, stress en bijbehorende interventies
- Indicatie Flash Glucose Monitoring bij 4 maal daags insuline spuiten

Kwartaalcontrole

Aandachtspunten bij de tussentijdse controles zijn:

- Algemeen welbevinden afgelopen periode
- Aandacht hypo/hyper
- Effect dagelijks leven op de glucoseregulatie
- Gewicht
- Glucosewaarden en op indicatie HbA1c
- Bloeddruk
- Algehele conditie van de patiënt
- Leefstijl coaching (gewicht, bewegen, roken, alcohol en glucoseregulatie)

Bij gebruik insuline:

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