

# Transmurale werkafspraken DM

regio OLVG

# Inhoudsopgave

1.	CONSULTATIE VAN INTERNIST, NEFROLOOG EN DIABETESVERPLEEGKUNDIGE .....	2	
2.	VERWIJZEN NAAR INTERNIST (OVERDRAGEN HOOFDBEHANDELAARSCHAP) .....	5	
3.	TERUGVERWIJSCRITERIA INTERNIST .....	6	
4.	VERWIJZEN NAAR NEFROLOOG EN TERUGVERWIJSCRITERIA .....	7	
5.	VERWIJZING BIJ POLYNEUROPATHIE .....	7	
6.	VERWIJZING BIJ DIABETISCHE VOET .....	9	
7.	VERWIJZING VOOR BARIATRIE .....	11	
8.	VERWIJZING BIJ RETINOPATHIE .....	12	
<b>BIJLAGE 1 CHRONISCHE NIERINSUFFICIËNTIE: AFSPRAKEN TUSSEN INTERNISTEN / NEFROLOGEN EN HUISARTSEN 14</b>			
1.	<i>Beleid huisartsenpraktijk bij chronische nierinsufficiëntie .....</i>	14	
2.	<i>Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn .....</i>	15	
3.	<i>Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn .....</i>	16	
4.	<i>Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn .....</i>	17	
5.	<i>Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn .....</i>	17	
6.	<i>Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn .....</i>	18	
7.	<i>Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn .....</i>	18	
<b>BIJLAGE 2 HYPERGLYCEMISCHE ONTREGELING .....</b>			<b>19</b>
<b>BIJLAGE 3 VERWIJSRICHTLIJN DIABETISCHE NEUROPATHIE .....</b>			<b>20</b>
<b>BIJLAGE 4 AFSTEMMING VOETENPOLI OLVG .....</b>			<b>23</b>
	<i>Routing .....</i>	23	
	<i>Wondbehandeling - algemene principes .....</i>	24	
	<i>Wondbehandeling – lokaal, algemene behandelingsadviezen .....</i>	24	
	<i>Protocol wondbehandeling .....</i>	25	
	<i>Antibiotica .....</i>	25	
	<i>Follow-up: logistiek en verantwoordelijkheden .....</i>	26	
	<i>Follow-up frequentie Gemodificeerde SIMM's Classificatie .....</i>	27	
	<i>Belangrijke telefoonnummers + bereikbaarheid voetzorg OLVG .....</i>	28	
	<i>Podotherapeuten Amsterdam .....</i>	28	
<b>BIJLAGE 5 SCHEMA GEBRUIK GLP-1AGONISTEN, DPP-4 REMMERS .....</b>			<b>29</b>

# 1. Consultatie van internist, nefroloog en diabetesverpleegkundige

## Consultatie van internist

### Algemene afspraken m.b.t. consultatie

Algemene voorwaarde voor een goede afstemming in verwijzing en consultatie is, dat HA en POH kennis hebben van en zorg leveren volgens het in de zorggroep gangbare diabetesprotocol.

- De huisarts kan voor consultatievragen rechtstreeks (via CareSharing) bij de internist terecht. Procedure: zie uitleg onder 'consultatie diabetesverpleegkundige'. Als niet via CareSharing, dan via faxnummer poli interne. Vermelden in linker bovenhoek 'Consultatie diabetes-internist Brouwer of Van Dam.' Streven is om binnen twee werkdagen te antwoorden.

### **POH-ers kunnen alleen na overleg met de huisarts de internist consulteren.**

- De huisarts formuleert een heldere consultatie vraag en verstrekt relevante gegevens met betrekking tot het ziekteverloop.
- Voor het consulteren van zowel de internist als de DM-verpleegkundigen zal de zorggroep een financiële vergoeding overeen moeten komen. Dit wordt per zorggroep met de vakgroep Interne afgesproken.
- Van onderstaande consultatieafspraken kan de huisarts, mits goed beargumenteerd, afwijken (bijv. bij reeds bekende complicatie, aangepaste /onhaalbare streefwaarden wegens therapieontrouw, hoge leeftijd, comorbiditeit etc.).

### Aanleiding tot consultatie internist

1. Bij aanwijzingen dat er sprake is van diabetes anders dan type 2, d.w.z.:
  - leeftijd < 30 jaar;en/of
  - hoge initiële glucose bij normaal gewicht (glucose  $\geq$  15 en/of urine positief op ketonen);en/of
  - geen of onvoldoende reactie op orale medicatie;
  - familiaal met DM type II < 25 jaar; ofwel
  - DM in drie opeenvolgende generaties; ofwel
  - verdenking op een autosomaal dominant overervingspatroon.
2. Aanwezigheid van nieuwe complicaties én niet bereiken van de volgende streefwaarden:
  - HbA1c < 53 mmol/mol (leeftijdsafhankelijk)
  - RR < 130/80 mmHg (leeftijdsafhankelijk)
  - LDL-chol < 2.5 mmol/L
  - Triglyceriden > 6 mmol/l
3. Onvoldoende instelling HbA1c (langer dan 1 jaar 53-69 mmol/mol of langer dan ½ jaar >69 mmol/mol).

Therapieresistente hypertensie (syst. RR >140mmHg ondanks triple therapie bij < 80 jaar en 160 mmHg > 80 jaar) of verdenking secundaire hypertensie.

Kwetsbare patiënten, overleg over eventueel versoepelen van de streefwaarden.
4. Verdenking op familiale hyperlipidemie, d.w.z.
  - Cholesterol > 8,0 en familie HVZ voor 60e jaar, of
  - Triglyceriden >4,0 en familie HVZ voor 60e jaar

- Problemen bij het gebruik van (orale) bloedglucose verlagende middelen (comorbiditeit, niet verdragen medicatie, hypoglykemieën), twijfel over starten DPP-4 remmer.
5. Overwegen GLP 1 agonist, checken indicatie.

## Consultatie van (internist-)nefroloog

Zie ook bijlage 1: Chronische nierinsufficiëntie

### Procedure

- Via CareSharing aan internisten Brouwer/ van Dam. Zo nodig spelen ze de vraag door aan één van de nefrologen.
- Via fax naar secretariaat interne, in linker bovenhoek vermelden: consultatie nefrologie.

### Aanleiding tot consultatie internist

- Patiënten <65 jaar en eGFR van 45 tot 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>
- Patiënten >65 jaar en eGFR van 30 tot 45 ml/min/1.73.m<sup>2</sup>
- Oplopende microalbuminurie niet reagerend op maximale medicatie of macroalbuminurie.

## Consultatie diabetesverpleegkundige

### Procedure voorstel

Eerstelijns diabetesverpleegkundige van “de Bus” (Melanie Uytendaal) stelt zich beschikbaar voor consultaties via CareSharing en e-mail.

### Aanleiding tot consultatie diabetesverpleegkundige

1. Vragen omtrent instellen op insuline, bijv. overgang op 4 dd. schema.
2. Problemen met specifieke situaties (onregelmatige diensten, vakantie, ramadan).
3. Ontregelde suiker, wanneer de oorzaak duidelijk is (bijv. door prednison-gebruik).

### Consultatie via CareSharing

*Hoe maak ik een consultatieverzoek aan?*

1. Ga in CareSharing naar de betreffende patiënt waar u een verzoek voor heeft.
2. Klik de consultatie-tab aan.
3. Selecteer ‘voeg nieuw onderwerp toe’ bij de consultatietab.
4. Verwoord uw vraag in het bericht.
5. Indien niet alle gegevens in CareSharing staan, zoals bijvoorbeeld medicatie, voeg deze dan toe bij het bericht.
6. Vink aan consultatieteam DVK.
7. Indien u de button ‘maak bericht aan’ selecteert zal de consulent de consultaanvraag ontvangen. Hiermee verkrijgt de consulent ook toegang tot het patiëntdossier.

*Waar kan ik bestaande consultaties bekijken?*

1. Klik op de tab 'Consultatie'.
2. Kies aan de linkerkant welke consultaties u wilt bekijken: de open of gesloten consultaties.
3. Klik op de knop met de poppen om het venster 'Consultatie' te openen.
4. Klik op de link 'toon alle berichten' om de hele consultatie te lezen.
5. Klik op de knop 'Sluit' om het venster te sluiten.
6. Om naar het dossier van de patiënt te gaan en een antwoord te bekijken, klikt u op de naam van de desbetreffende patiënt.
7. In het dossier van de patiënt bent u meteen op het tabblad 'Consultatie'.
8. Klik op het onderwerp van de te lezen consultatie.
9. Plaats bij eventuele vragen, uw commentaar in het veld onder 'Geef commentaar'.
10. Klik op de knop 'Verstuur commentaar' om uw commentaar van het consult te verzenden.

*Hoe kan ik een consultatieverzoek afronden indien ik antwoord heb op mijn vraag?*

Selecteer 'Sluit' bij de consultatie die u wilt afronden. Hiermee wordt ook de toegang tot het patiëntdossier voor de consulent geblokkeerd.

**N.B:** *bij vakantie/ziekte van de diabetesverpleegkundige staat er een melding in CareSharing, u kunt het consultatieverzoek dan sturen naar de internist door 'het internistenteam' aan te vinken bij het bericht.*

### **Consultatie diabetesverpleegkundige indien geen CareSharing**

*Hoe maak ik een consultatieverzoek aan?*

1. Stuur een e-mail naar **transmuraaldivk@olvg.nl** met daarin consultatieverzoek.
2. Graag consultatieverzoek zo uitgebreid mogelijk, dus indien relevant met laatste lab, BMI, RR, medicatie, ev. dagcurves, co-morb, soc./werksituatie, zorggroep waartoe u behoort.
3. Bij vakantie/ziekte van de diabetesverpleegkundige (u krijgt een bericht van afwezigheid terug van het transmuraal divk e-mailadres) kunt u, indien spoed, de e-mail doorsturen naar **diabetesteam@olvg.nl**.
4. De diabetesverpleegkundige maakt een Excelbestand aan met: datum verzoek, naam HA/POH, naam patiënt, geboortedatum en bewaart alle e-mails.

## 2. Verwijzen naar internist (overdragen hoofdbehandelaarschap)

Overdragen blijft altijd een individuele beslissing van de hoofdbehandelaar. Beargumenteerd afwijken van de verwijsafspraken kan in het algemeen wanneer geen meerwaarde van behandeling in de tweede lijn wordt verwacht (bijv. bij reeds bekende complicatie, aangepaste / onhaalbare streefwaarden wegens therapieontrouw, hoge leeftijd, comorbiditeit etc.). De wens van de patiënt kan hierin een doorslaggevende rol spelen. Bij twijfel kan voorafgaand consultatie plaatsvinden.

### Procedure

Voorkeur via zorgdomein, eventueel gelijktijdig consultatieverzoek via CareSharing sturen, zodat internist inzage heeft in de gehele diabetesgerelateerde behandelgeschiedenis van de patiënt.

Brief faxen naar poli interne -> patiënt wordt opgeroepen, of: brief meegeven aan patiënt die zelf een afspraak maakt.

### Aanleiding tot verwijzing naar internist

1. Wanneer de via consultatie verkregen adviezen onvoldoende verbetering hebben gegeven.
2. Zwangerschap(swens)
3. Wens insulinepomptherapie
4. HbA1c bij herhaling >7% ondanks maximale therapie door de huisarts (leeftijdsafhankelijk).
5. Persistierende en recidiverende hypoglycemieën of hyperglycemieën: 9 mmol/l in veneus plasma, 10 mmol/l in capillair volbloed. Ernstige hyperglycemie of coma, onvoldoende herstel bij hypoglycemisch coma.
6. Onvoldoende instelling van diverse risicofactoren (lipidenspectrum: chol. > 5 mmol/l; HDL-chol, 1mmol/l; LDL-chol>2,5 mmol/l; trigl. >2 mmol/l; bloeddruk > 140/80 mmHg), ondanks maximale therapie (3 antihypertensiva, waaronder een ACEremmer).
7. Recente manifestatie van ernstiger retinopathie dan backgroundretinopathie indien onvoldoende instelling van diabetes en hypertensie niet binnen 3 maanden gerealiseerd kan worden.
8. Bij proliferatieve retinopathie altijd onder behandeling internist, mag maar geleidelijk dalen.
9. (Ernstige) obesitas met sterk tot extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. Protocol obesitaskliniek [bijlage 6](#) (verwijzing naar internist of chirurg van bariatriepolikliniek).
10. Patiënten met diabetes mellitus type 2 jonger dan 18 jaar (kinderarts, specifieke kinderkliniek).
11. Patiënten met diabetes mellitus type 1 de novo (spoedverwijzing), of vermoeden LADA of MODY.
12. Problemen met insulinetherapie:
  - Beroep (piloot/chauffeur)
  - Grote zorgen over het spuiten en/of gewichtstoename.
  - Instellen 4 dd schema , wanneer de zorggroep dit niet in eigen beheer uitvoert.
13. Dreigende dehydratie bij hyperglykemie, (eerst thuis metformin en diuretica staken, extra vocht toedienen en kortwerkend insuline toedienen (zie bijlage 2 voor 2-4-6-regel). Indien geen effect presentatie EH na overleg interne.
14. Starten GLP-1 therapie, [zie bijlage 5](#): eenmalig policonsult of tijdelijke overname hoofdbehandelaarschap.

### 3. Terugverwijscriteria internist

#### Algemeen

Wanneer de verwijfsreden niet meer bestaat, liefst net na jaarcontrole, terugverwijzing aankondigen in brief aan huisarts (vermelden: conform regionale afspraken).

#### Specifiek

- Stabiele\* glucoseregulatie (HbA1c  $\leq 7\%$ , acceptabel  $\leq 8\%$ ,
- Of: dalend onder ingestelde therapie,
- Of: niet beter haalbaar. Hierbij de reden waarom niet beter haalbaar vermelden.
- Dyslipidemie gereguleerd, dalend onder therapie of niet te reguleren.
- Streefwaarden: chol  $\leq 5$  mmol/l, HDL chol  $\geq 1$  mmol/l en/of ratio totaal chol/HDL  $\leq 5$ , trig  $\leq 2$  mmol/liter.
- Tensie aanvaardbaar of niet beter haalbaar.(conform streefwaarden in protocol)
- Na zwangerschap, ook volgens genoemd protocol.

\* 'Stabiele regulatie' wil zeggen: gedurende enkele controles.

#### Uitzonderingen

- 4-5 dd insulineschema, als huisarts hiervan geen kennis heeft (internist vraagt dit na).
- Proliferatieve retinopathie in VG, tenzij alsnog stabiel en goed geregeld.
- Cardiovasculair event, reeds in zorg bij de internist of diabetisch ulcus, reeds in zorg bij de internist in het afgelopen jaar.(Dit is een reden om 1 jaar in zorg in de 2e lijn te blijven)

#### Procedure

Verwijzen per fax naar poli interne.

## 4. Verwijzen naar nefroloog en terugverwijscriteria

Licht nefrologische problematiek kan ook door de diabetesinternist worden behandeld. Nefrologen en internisten bepalen na verwijzing door wie de patiënt het best kan worden behandeld, al naar gelang het zwaartepunt van de problemen / de ernst van de nierschade. De internist/nefroloog neemt de diabetesbehandeling op zich wanneer specialistische controle vanwege nierschade nodig is.

### Aanleiding tot verwijzing naar nefroloog

Zie ook bijlage 1: Chronische nierinsufficiëntie

1. Patiënt met macroalbuminurie (proteïnurie).
2. Patiënt microalbuminurie die niet reageert op maximale medicatie.
3. Patiënt > 65 jaar met een eGFR <30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.
4. Patiënt < 65 jaar met een eGFR <45 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.
5. Patiënten met het vermoeden van een onderliggende nierziekte.

Van de verwijsafspraken kan gemotiveerd worden afgeweken, bijvoorbeeld wanneer de oorzaak van de verminderde nierfunctie bekend is, er geen metabole complicaties zijn, de bloeddruk niet verhoogd is en de nierfunctie stabiel is (jaarlijks achteruitgang  $\leq$  3ml/minuut/1.73 m<sup>2</sup>).

### Terugverwijscriteria

Algemeen:

- Als reden van verwijzing niet meer bestaat, of als beter niet haalbaar is (reden waarom niet haalbaar vermelden)
- Stabiele nierfunctie, klaring  $\geq$  50 ml/min en kreat  $\leq$  200  $\mu$ mol/l.
- Of: optimaal behandeld, niet beter te krijgen en geen indicatie voor nefrologische controle (zie protocol).
- Stabiele microalbuminurie. NB: macroalbuminurie blijft bij nefroloog.

## 5. Verwijzing bij polyneuropathie

Zie ook bijlage 3: Verwijsrichtlijn diabetische neuropathie.

Indien het klinisch beeld niet passend is bij diabetische neuropathie en/of bij vermoeden van een andere oorzaak.

Alarmsymptomen: veel pijn, asymmetrie, uitsluitend motorische uitval, snelle verslechtering, ernstige autonome symptomen.

–► neuroloog



---

Onduidelijkheid over diagnose bijv. dd HNP,  
kanaalstenose, myelopathie of een andere  
oorzaak.

–► neuroloog

---

Onvoldoende reactie op behandeling pijn na  
eerste therapie stappen.

–► neuroloog, internist/diabetoloog of  
pijn team.

---

Bij autonome neuropathie

–► neuroloog, internist/diabetoloog of  
maag/darm/leverarts afhankelijk van de  
symptomen.

---

Afwijkende voetstand met drukplekken of ulcera

–► voetenteam of revalidatiearts

**Voor het maken van een afspraak polikliniek neurologie:**

Telefoon 599 36 15

Fax 599 38 45

## 6. Verwijzing bij diabetische voet

Zie ook bijlage 4: Afstemming voetenpoli OLVG.

Het verdient aanbeveling samenwerkingsafspraken te maken met medische/DM pedicures en podotherapeuten om het bij de SIMM's classificatie passende controleregime aan te kunnen bieden.

*Bron: multidisciplinaire samenwerking rond preventie van de diabetische voet*

### Gemodificeerde SIMM's classificatie

Zie het samenwerkingschema in de bijlage.

### Aanleiding tot verwijzing naar pedicure met diabetesaantekening/medische pedicure

Een medische pedicure behandelt risicovoeten ten gevolge van diverse ziektes. Een pedicure met diabetesaantekening behandelt risicovoeten ten gevolge van diabetes. Zij hebben bij DM vergelijkbare expertise op het gebied van orthesen, nagelregulatie en-reparatie en drukverdelingstechnieken.

- Overmatige eeltvorming.
- Slechte visus.
- Beperkte mobiliteit.
- Beperkte kracht in de handen.
- Verdikte nagels.
- Wordt vergoed vanaf SIMM 1 en hoger, kan echter ook zinvol zijn bij SIMM 0.

### Aanleiding tot verwijzing naar podotherapeut

- Overmatige eeltvorming door druk.
- Wondbehandeling bij niet-bedreigde voet.
- Chronische niet-plantaire ulcera.
- Vanaf SIMM 2 jaarlijks gericht voetonderzoek, vanaf SIMM 3 daarnaast nog 1-2 keer per jaar podotherapeutische controle.

### Aanleiding tot verwijzing naar verpleegkundig specialist diabetische voet

- Chronische ulcera.
- Oppervlakkig, niet geïnfecteerd ulcus, wat niet binnen 2 weken reageert op de ingestelde therapie.
- Geïnfecteerd oppervlakkig ulcus wat niet binnen 48 uur reageert op de ingestelde therapie.
- Diep ulcus.
- Ulcus met twijfel over diepte of infectiestatus.
- Complexe voeten met standsafwijkingen en/of ischaemie en of neuropathie, Charcot voet.

### Aanleiding tot verwijzing naar vaatchirurgie

Spoedpresentatie bij bedreigde voet (o.b.v. infectie of ischaemie of combinatie).

### Aanleiding tot verwijzing naar revalidatie

Bij drukplek of chronisch ulcus of veranderde voetvorm waarbij drukvermindering / schoenaanpassing aangewezen is (indicatie kan volgen uit podotherapeutisch onderzoek).

## Checklist/beleid ulcus bij diabetische voet huisartsenpraktijk

1. Bepaal:
  - infectiestatus (kweek)
  - diepte
  - voldoende circulatie
2. Behandel zelf bij oppervlakkige ulcera met of zonder infectie en voldoende circulatie.
  - optimaliseer suikerregulatie.
  - verminder lokale druk (evt. met revalidatiearts, podotherapeut).
  - start bij infectie blind met antibiotica en stel zo nodig bij op geleide van de kweek.
  - controleer geïnfecteerd ulcus na 24-48 uur, niet-geïnfecteerd ulcus 2x per week.
3. Verwijs geïnfecteerd ulcus alsnog als binnen 48 uur geen verbetering.  
Verwijs niet geïnfecteerd ulcus als na 2 weken geen verbetering.

*N.B. bij verwijzing naar de verpleegkundig specialist diabetische voet blijft de huisarts in principe verantwoordelijk voor de behandeling van de diabetes, tenzij anders overeengekomen.*

*Met de zorgverzekeraar moet nog worden overeengekomen welke DBC voor tweedelijns diabetische voetbehandeling moet worden geopend.*

## 7. Verwijzing voor bariatric

Diabetes patiënten kunnen ook verwezen worden voor bariatric. Daarbij gelden de volgende criteria:

- Leeftijd < 65
- BMI > 35
- Geen ernstige psychiatrische of eetstoornis.

De bariatric chirurgie wordt gedaan in het SLAZ ook door chirurgen van het OLVG. Het voorbereidingstraject gaat via de Nederlandse obesitas kliniek, ook in het SLAZ. De uiteindelijke beslissing al of niet te opereren wordt genomen in de obesitaskliniek, mede afhankelijk van de bevindingen bij de psychologische triage. Het is belangrijk om de patiënt hiervan op de hoogte te stellen om de verwachtingen realistisch te houden en teleurstellingen te voorkomen.

Omdat voorafgaand aan het voorbereidingstraject de patiënt gescreend wordt op onderliggende ziekten door de internist en de chirurg en ook omdat de perioperatieve- en nazorg vanuit het OLVG plaatsvinden, kan verwijzing het beste plaatsvinden naar danwel Dr. Van Dam, internist in het OLVG of Dr. De Wit/Dr. Donkervoort in het OLVG. Daar wordt het verdere traject gestart en gecoördineerd. De internist neemt de perioperatieve diabetesregulatie op zich.

### Contactgegevens poli interne

Fax poli	599 39 75
Fax secretariaat	599 35 23

## 8. Verwijzing bij retinopathie

### Fundusscreening

#### Risicofactoren retinopathie:

- Langere duur van DM (>10 jaar).
- Hypertensie
- Dyslipidemie
- Slechte instelling diabetes.
- Microalbuminurie
- Slechte nierfunctie
- Een snelle daling van de glucosewaarde in het bloed.
- Roken
- Negroïde/Hindoestaanse afkomst.

### Funduscontrole

1. Consult oogarts
2. Fundusfoto

#### **Controle door oogarts**

- Bekende retinopathie.
- Onbeoordeelbaarheid van fundusfoto's bijvoorbeeld t.g.v. cataract.
- Plotselinge slechter zien of vervorming van het beeld (metamorfopsie).
- Kinderen
- Bij zwangerschap.
- Andere oogziekte, dan ook funduscontrole door oogarts.
- Uitzondering: in geval van beginnende retinopathie kan geadviseerd worden deze na 1 jaar te herhalen en nog niet te verwijzen.

#### **Fundusfoto (indien geen indicatie voor controle door oogarts)**

- Eerste fundusscreening binnen 3 maanden na diagnose DM type 2.
- Nadien 1x per 2 jaar bij afwezigheid retinopathie en afwezigheid van de volgende risicofactoren:
  - Hypertensie (>140/90)
  - Slechte DM 2 instelling (Hba1c >53)
  - Allochtonen

### Tussentijdse fundusscreening

Snel verbeteren bloedglucoseregulatie bij HbA1c > 69 mmol/mol of bij starten insuline als er sprake is van preexistente retinopathie.

- Huisarts controleert jaarlijks of fundusscreening plaatsvindt.
- Huisarts laat fundusfoto maken of verwijst voor controle naar oogarts.
- Oogarts kan aangeven niet meer via fundusfoto te kunnen beoordelen.

Bij funduscontrole door oogarts is de frequentie afhankelijk van de ernst van de fundusafwijkingen en de risicofactoren. De verwijfsbrief moet informatie bevatten over de risicofactoren. Bij controle binnen 1 jaar geldt oude verwijzing nog en krijgt patiënt afspraakkaart mee. Oogartsen roepen niet op!

Na 1 jaar dient geactualiseerde verwijzing plaats te vinden.

Inhoud verwijsbrief bij controle door oogarts:

- Diagnosedatum
- Bloeddruk
- HbA1c
- LDL-cholesterol
- Microalbuminurie
- Nierfunctie (MDRD)
- Roken
- Cardiovasculaire en ernstige andere pathologie, bijvoorbeeld maligniteit.

**Contactgegevens poli oogheekunde**

Patiëntenlijn	599 33 47
Overleg/spoedlijn	599 30 47
Fax poli	599 36 28

# Bijlage 1 Chronische nierinsufficiëntie: afspraken tussen internisten / nefrologen en huisartsen

## 1. Beleid huisartsenpraktijk bij chronische nierinsufficiëntie

Chronische nierinsufficiëntie bestaat tegenwoordig veelal o.b.v. vaatlijden. Bij presentatie is dit meestal nog niet duidelijk en zal de huisarts eerst andere oorzaken van de nierinsufficiëntie overwegen en uitsluiten. Denk daar aan o.a. glomerulonefritis, NSAID gebruik, obstructie-nefropathie.

### **Anamnese:**

NSAID-gebruik, mictieklachten, roodbruine urine, flankpijn, huidafwijkingen, gewrichtspijnen, fam. anamnese (cystenieren).

### **Onderzoek:**

Retentieblaas (!!!), (plots)verhoogde tensie, oedeem, arthritiden, huidafwijkingen.

### **Verder onderzoek:**

Erythrocyturie (cylinders), echo blaas /nieren, eventueel proefcatheterisatie.

### **Beleid bij niet-vasculaire problematiek**

- Bij vermoeden NSAID-effect NSAID's stoppen (actief vragen naar over the counter gebruik) en herstel nierfunctie monitoren.
- Bij vermoeden primaire nierziekte overleg nefroloog over termijn van verwijzing.
- Bij obstructienefropathie verwijzen naar uroloog om de afvloedbelemmering op te heffen.

### **Beleid (vermoedelijke) vasculaire nierinsufficiëntie**

De volgende afspraken hebben betrekking op die patiënten bij wie sprake is van chronisch verminderde nierfunctie, niet berustend op één van bovengenoemde oorzaken.

Onderstaande categorieën blijven in principe in behandeling en onder controle van de huisarts.

- a. Patiënten > 65 jaar en een eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (fysiologisch verminderde nierfunctie).
- b. Patiënten met (persisterende) microalbuminurie en een eGFR>60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

### In het algemeen geldt voor de behandeling en controle:

Nierinsufficiëntie is zowel vaak een gevolg van vaatlijden als een onafhankelijke risicofactor voor vaatlijden.

- Zie algemeen ACT-protocol voor de behandeling van de CV risicofactoren.. In principe is bij een klaring < 60 het CVR verhoogd.
- Bij patiënten > 75 beleid individualiseren.
- Bij verhoogd risico: simvastatine 40.
- Als hypertensiebehandeling (zeker bij microalbuminurie) is ACE-remmer eerste keus. (NB controle Na, K, kreat na 10 dagen gebruik)  
Indien ook hypertensie: zoutbeperking tot 5 gr/dag (door geen zout toe te voegen bij voedsel en gebruik van industrieel bereide voedingsmiddelen te vermijden).
- Controle initieel 2 - 3 x per jaar: eGFR, microalbumine/kreatine ratio in de urine. Indien stabiel dan kan jaarlijkse controle volstaan met meting van RR, eGFR, microalbuminurie, glucose.
- Vraag aanvullend lab aan ter opsporing van metabole complicaties bij de volgende patiënten: Patiënten < 65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> of > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/ min/1,73m<sup>2</sup> . De bepaling betreft Hb, kalium, calcium, fosfaat, serumalbumine, PTH en 1(OH) vit D3.
- Indien hyperparathyreoidie en vit D < 80 IE: behandel met 800 IE vit d per dag gedurende 3 maanden en herhaal PTH en vit D. indien Vit D .80 IE en PTH>7,7: consultatie.
- NB: de normaalwaarden van PTH verschillen per lab. Deze erbij vermelden als geprikt in een ander lab dan dat van het ziekenhuis waar geconsulteerd wordt.

## 2. Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Zie onderstaand schema voor indicaties voor verwijzing naar en/of consultatie naar de tweede lijn.

	<b>Normo/micro-albuminurie</b>	<b>Macro-albuminurie</b>
<b>Patiënten &gt; 65 jaar</b>		
eGFR > 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Groen	Rood
eGFR 30 tot 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Geel	Rood
eGFR < 30 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Rood	Rood
<b>Patiënten &lt; 65 jaar</b>		
eGFR > 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Groen	Rood
eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Geel	Rood
eGFR < 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Rood	Rood

<b>Groen</b>	Begeleiding in de eerste lijn
<b>Geel</b>	Consultatie nefroloog
<b>Rood</b>	Verwijzing naar de tweede lijn



## **Consultatie nefroloog**

Overweeg consultatie van de nefroloog bij:

- Patiënten < 65 jaar en eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>
- Patiënten > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/min/1,73m<sup>2</sup>

Toelichting

- Indien er afwijkingen zijn bij het aanvullend laboratoriumonderzoek kan vaak, zonder dat de patiënt hiervoor naar de tweede lijn verwezen hoeft te worden, in overleg met de nefroloog het verdere beleid worden afgesproken. Bijvoorbeeld bij stoornissen in de calcium- en fosfaathuishouding, hyperkaliëmie, bij anemie en bij een metabole acidose. Zie hiervoor ook het kader hierboven. Bij deze consultatie is er aandacht voor het te volgen beleid in de huisartsenpraktijk en wanneer toch verwijzing nodig is.
- Overleg met de nefroloog welke medicatie moet worden voorgeschreven, wanneer er opnieuw laboratoriumonderzoek gedaan moet worden en wanneer er opnieuw overlegd moet worden. Indien de nierfunctie snel achteruit gaat (eGFR afname meer dan 3 ml/min/1.73m<sup>2</sup> per jaar) of er een toename is van de microalbuminurie ondanks adequate behandeling van de bloeddruk kan overlegd worden of er nog aanvullende maatregelen genomen moeten worden of dat patiënt verwezen moet worden.

## **Verwijzing naar de nefroloog**

De volgende categorieën patiënten worden voor verdere diagnostiek en behandeling verwezen naar de tweede lijn:

- Patiënten met macroalbuminurie (proteïnurie) ongeacht de hoogte van de eGFR.
- Patiënten < 65 jaar en een eGFR < 45 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Patiënten > 65 jaar en een eGFR < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Vermoeden van onderliggende primaire nierziekten (bijv. glomerulonefritis, cystenieren).
- NB verwijzing uroloog bij obstructie nefropathie.

## **3. Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn**

### **Consultatie**

Gesproken wordt over de mogelijkheid om één beveiligd e-mailadres waarop huisartsen via de RING hun consultatie kunnen sturen. Eén secretaresse zorgt voor de distributie van de mails over de nefrologen. Tot hierover duidelijkheid is wordt gebruik gemaakt van de fax van het secretariaat van de interne 599 35 23. *NB: duidelijk met grote letters 'consultatie nefrologie' in de linker bovenhoek.*

### **Verwijzing**

Voor verwijzing: brief faxen naar de poli interne geneeskunde (fax 599 39 75). Patiënt wordt per brief opgeroepen voor een afspraak.

## 4. Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Bij verwijzing of consultatie bevat de verwijsbrief van de huisarts de volgende gegevens:

- Anamnestiche gegevens.
- RR
- eGFR, indien bekend verloop van de nierfunctie, de mate van albuminurie, uitslag van sedimentonderzoek op specifieke afwijkingen (indien verricht).
- Medicatie-overzicht en indien relevant, intoleranties en reden van stoppen medicatie
- Uitslag van aanvullend laboratoriumonderzoek ter opsporing van metabole complicaties (Hb, natrium, kalium, Kreat, eGFR, calcium, fosfaat, serumalbumine, PTH, Vit D).
- Indien verricht: uitslag van echografie.
- Contactgegevens huisarts waar onder intercollegiale nummer en email, desgewenst 06-nummer.

## 5. Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

### I Voorkomen van verdere nierfunctieverlechtering en metabole complicaties

- **Preventie van progressie van nierschade**
  - Stoppen met roken;
  - Verminderen overgewicht;
  - Behandeling hoge bloeddruk: streefwaarde RR  $\leq$  130/80 mmHg; zoutbeperking (<5 gram/dag);
  - Reductie proteïnurie tot hoogstens 1 gram/dag;
  - Eiwitbeperkt dieet: 0,8 gram eiwit/kg ideaal lichaamsgewicht.
- **Preventie van ontstaan van additionele nierschade**
  - Voorkomen van dehydratie/ondervulling;
  - Voorkomen van gebruik nefrotoxische medicatie (bijvoorbeeld NSAID's);
  - Voorzichtigheid geboden bij röntgencontrastmiddelen (prehydratie nodig bij klaring onder de 60, of bij hogere klaring als bijv. ernstige diabetes of M. Kahler).

### II Voorkomen van late complicaties

- **Preventie cardiovasculaire complicaties**
- **Preventie van stoornissen calciumfosfaathuishouding**
  - Secundaire hyperparathyreoïdie;
  - Extra-ossale calcificaties;
  - Renale osteodystrofie. Uitleg van principes van behandeling
- **Preventie van anemie**
- **Preventie van metabole acidose**
- **Voorkomen uremische klachten**

### III Behandeling van symptomen zoals oedeem

## 6. Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De huisarts ontvangt binnen 4 weken na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen. Ook vermeldt de internist/nefroloog hoe hij bereikbaar is (seinumnummer, e-mailadres) voor eventuele vragen.

## 7. Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

De huisarts roept de patiënt binnen 3 maanden na ontslag uit de tweede lijn op voor verdere controles op het spreekuur.

### Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio

1. Bij jaarlab van mensen < 65 met eGFR < 60 en mensen van >65 met eGFR < 45 ook PTH mee prikken, uitslag tussen 3 en 10 is goed.
  2. PTH > 10: dan ook Vit D, Ca, fosfaat en albumine bepalen.
  3. a. VitD < 60: suppleren met coledalciferol 1x/ 2 wkn 25.000 IE of Divisun tabl 800 IE  
b. Vit D > 60: suppleren met actief vit D (zie onder 5)
  4. Na 3 maanden PTH controleren -> als nog > 10 over op alfacalcidol (als tot nu toe alleen coledalciferol gegeven) of nefroloog consulteren (als al 3 maanden alfacalcidol gegeven).
  5. actief vit D in de vorm van alfacalcidol 3x/week 0,25 ug. Na 4 wkn controle Ca, fosfaat.
- PTH graag in OLVG lab laten prikken (inter-labvariatie)
  - PTH-problematiek is ingewikkeld, altijd mogelijk om ergens tussen deze stappen nefroloog te consulteren.
  - N.B. PTH < 3 is ook afwijkend (verhoogd fractuurrisico door adynamische botziekte).

## Bijlage 2 Hyperglycemische ontregeling

### De 2-4-6- regel

#### Regel 1:

Bij langer dan 4 uur braken verwijzen naar de tweede lijn.

#### Regel 2:

Niet iedere incidenteel verhoogde bloedglucosewaarde behoeft direct correctie met extra insuline.

#### Regel 3:

Laat de patiënt bij een dreigende hyperglycemische ontregeling extra vocht nemen. Stop diuretica en metformine.

#### Regel 4:

De 2-4-6- regel....

- 2: iedere 2 uur bloedglucose meten en extra kortwerkend insuline laten bijspuiten tot een waarde <15 mmol/l is bereikt.
- 4: bij bloedglucose 15-20 mmol/l -> 4 E insuline extra
- 6: bij bloedglucose >20 mmol/l -> 6 E insuline extra

#### Regel 5:

Laat de patiënt bij een bloedglucose <15 mmol/l nog iedere 2-4 uur doorgaan met zelfcontrole tot een stabiele (bijna) normoglycaemische situatie is bereikt.

## Bijlage 3 Verwijsrichtlijn diabetische neuropathie

### Definitie

Diabetische perifere neuropathie is gekarakteriseerd door de aanwezigheid van symptomen en/of tekenen van perifere zenuwdysfunctie in patiënten met diabetes mellitus na uitsluiting van andere oorzaken. Anamnese en oriënterend lichamelijk en laboratoriumonderzoek\* zijn van belang.

#### Diabetische polyneuropathie kenmerkt zich door:

- Symmetrische aandoening
- Perifere zenuwen zijn aangedaan
- Sensibele e/o motorische afwijkingen; begin m.n. sensibele stoornissen
- Distaal meer dan proximaal
- Benen > armen
- Langzaam geleidelijk beloop
- <8% bij debuut DM, prevalentie 20% van DM (42% na 10 jaar DM)

### Let op!

#### Dunne vezelneuropathie

- Aspecifieke klachten (tintelingen, brandende, prikkelende, schietende, stekende pijn, met name 's nachts intolerantie dekens op benen- doof, koud gevoel, vaak distaal en lengte-afhankelijk, autonoom: facial flushing, droge ogen/mond, erectiestoornissen, orthostase, gastro-intestinale klachten).
- EMG normaal.
- Lichamelijk onderzoek normaal.
- Diagnose; QST (kwantitatief sensibel onderzoek) of nervus suralis biopt.

#### Neurologisch onderzoek

- Kracht: met name voetheffers/-strekkers.
- Reflexen APR, KPR, VZR.
- Sensibiliteit: positie en bewegingszin tenen, Romberg test, vibratiezin, kop-punt discriminatie.
- Monofilament; deze test is zeer geschikt voor het identificeren van patiënten met hoge kans op ontwikkelen diabetische voet.

#### \* Laboratoriumonderzoek ter uitsluiting van andere oorzaken:

- BSE
- Bloedbeeld en MCV
- Glucose / HbA1c
- TSH
- Gamma GT
- Leverenzymen
- Kreatinine / klaring
- Vitamine B12

#### Daarnaast op indicatie / tweede lijn:

- HIV
- Lues
- Vitamine B1 en vitamine B6 (let op bij forse overdosering ontstaat ook neuropathie)
- Paraproteïne

## Redenen om te verwijzen naar de tweede lijn

▪ Alarmsymptomen: veel pijn, asymmetrie, uitsluitend motorische uitval, snelle verslechtering, ernstige autonome symptomen.	—▶	neuroloog
▪ Onduidelijkheid over diagnose bijv. dd HNP, kanaalstenose, myelopathie of een andere oorzaak.	—▶	neuroloog
▪ Onvoldoende reactie op behandeling pijn na eerste therapie stappen.	—▶	neuroloog, internist/diabetoloog of pijnteam
▪ Bij autonome neuropathie	—▶	neuroloog, internist/diabetoloog of maag/darm/leverarts afhankelijk van de symptomen.
▪ Afwijkende voetstand met drukplekken of ulcera	—▶	voetenteam of revalidatiearts

Bij pijnlijke neuropathie eventueel verwijzing naar internist voor betere instelling diabetes als dat niet lukt in de eerste lijn.

## Behandeling

### Voorlichting en preventieve maatregelen

- Frequentie voetcontrole aanpassen aan SIMM's classificatie Voetonderzoek en evt. voetverzorging door pedicure met diabetes aantekening.
- Betere instelling van de diabetes soms met insuline.

### Ernstige pijnklachten

Bij ernstige pijnklachten kan gebruik gemaakt worden van analgetica. Te beginnen met paracetamol, maar vaak kan beter overgeschakeld worden op:

#### 1. *Eerste keus*

Een lage dosering van een **tricyclisch antidepressivum**, zoals **amitriptyline** (10-100 mg /dag, geleidelijk opbouwen) voor de nacht. Ouderen start 1 dd 10 mg. Dit middel kan eventueel in combinatie met TENS via de fysiotherapeut. Daarnaast kan ook **carbamazepine** (200-600 mg/dag, geleidelijk opbouwen).

#### 2. *Tweede keus* op grond van effectiviteit en kostenoverwegingen:

**Pregabalin** (max 600mg/dag),

**Gabapentine** (maximaal 1800-3600mg/dag, geleidelijk opbouwen,

dag 1 1dd 300mg

dag 2 2dd 300mg

dag 3 3 dd 300mg en dan geleidelijk zo nodig hoger)

**Valproaat** (3 dd 200 mg, na 1 week 3 dd 400 mg)

**SSRI** (paroxetine 10 mg dd bij ontbijt, per 2 weken ophogen met 10 mg tot max 50 mg (ouderen 40 mg) per dag.

**Capsaicine crème** 4 dd

**Duloxetine** start 60 mg 1dd, op te hogen naar 2 dd 60 mg

3. *Derde keus:*

<b>Lamotrigine</b>	(start 1 dd 25 mg ged. 2 wkn, dan 2 dd 25 mg 2 wkn etc. tot max 2 dd 200 mg)
<b>Tramadol</b>	(start 50/100mg 2dd retard, ophogen tot max 200mg dd)
<b>Oxycontin</b>	(start 2dd 10mg, per 3 dagen op te hogen naar max 2 dd 60mg)
<b>Levodopa</b>	(start 3dd 62.5mg, na 1 week eventueel opbouwen naar 3dd 125mg)

Auteurs: C.B. Brouwer, P.S. van Dam, N. Kalkers, I. Stadius Muller

Bronnen: CBO consensus polyneuropathie 2005, NIV richtlijn diabetische neuropathie

## Bijlage 4 Afstemming voetenpoli OLVG

Neuropathisch ulcus: in principe is ieder ulcus bij een patiënt met diabetes mellitus neuropathisch (of ten dele neuropathisch) tot het tegendeel bewezen is. Indien alle perifere pulsaties intact zijn, is er geen sprake van een primair vasculair ulcus. Allereerst moet ingeschat worden of de wond geïnficeerd is en of de perifere pulsaties aanwezig zijn. Denk ook aan mogelijkheid van Charcotvoet (rode opgezwollen pijnlijke voet of gedeformeerd voetskelet).

### Routing

#### **Naar verpleegkundig specialist:**

Uitgangspunt is dat *alle patiënten met diabetische ulcera die spoed behoeven* (diepere geïnficeerde wonden met ook vasculaire component, Charcotvoet) zo spoedig mogelijk een afspraak krijgen bij de verpleegkundig specialist diabetische voeten (telefoon 599 25 36, of balie interne geneeskunde 599 30 37) op de polikliniek (vooralsnog ma t/m woe), die triert waar de patiënt nog meer naar toe moet.

#### **Naar vaatchirurg:**

Indien *sterke verdenking van primair vasculair probleem* dan direct verwijzen naar de poli vaatchirurgie. Op de polikliniek vaatchirurgie (telefoon 599 30 58) is op woensdag de gehele dag spreekuur (nieuwe spoedplek).

Op de polikliniek vaatchirurgie (tel 599 30 58) is op de woensdag de gehele dag spreekuur (nieuwe spoedplek).

#### **Naar revalidatiearts:**

Iedere patiënt met een wond waarbij off-loading d.m.v. (voorlopig) schoeisel noodzakelijk is, moet verwezen worden naar de revalidatiearts tel. 599 29 49 (achtste verdieping, op vrijdagochtend spreekuur met de orthopedisch schoenmaker).

Verwijzers kunnen zijn:

- huisartsen
- internisten/arts-assistenten
- diabetesverpleegkundigen (evt. na overleg met internist)
- dermatologen
- orthopeden
- revalidatiearts

#### **Naar chirurg bij spoed:**

Zonodig, bij direct bedreigende wonden, ernstige infecties of ischemie, kan patiënt diezelfde dag naar de poli of SEH verwezen worden voor de vaatchirurgie.

Op woensdagochtend is er een voetenpoli waar vaatchirurg, verpleegkundig specialist DM voeten en internist op korte afstand van elkaar met mogelijkheid van directe consultatie en doorverwijzing aanwezig zijn.

Bij chronische ulcera kan ook direct verwezen worden naar de verpleegkundig specialist diabetische voet. Alternatief is verwijzing naar een podotherapeut buiten het OLVG. Verwijzing naar dermatoloog en zwachtelpoli is geïndiceerd mits er tevens sprake is van chronische veneuze insufficiëntie.



**Let op:**

Bij verwijzing naar de voetenpoli wordt er in principe voor één jaar een DBC geopend.

Zorg ervoor dat hoofdbehandelaar correct staat ingevuld! Indien de patiënt bij een specialist loopt is het niet de bedoeling dat de patiënt ook in de DM keten zit i.v.m. dubbeldeclaraties. Huisarts declareert weer reguliere consulten.

Bij een eenmalige consultatie van de podotherapeut wordt geen DBC geopend.

**Wondbehandeling - algemene principes**

- a. Altijd eerst infectiestatus bepalen.
- b. Voldoende circulatie nodig voor genezing (zie bijlage 2)
- c. Streven naar normoglycaemie (glucoses onder de 10 mmol/l).
- d. Medicatie met een negatief effect op circulatie, afweer of wondgenezing vermijden (bijv. bètablokkers, corticosteroiden).
- e. Oedeem bestrijden
- f. Pijnbestrijding  
Neuropathische pijn: branderige, soms stekende pijn, niet inspanningsgerelateerd en vaak 's nachts het hevigst. Zie voor medicatie CBO richtlijn diabetische neuropathie. Daarnaast kan TENS effectief zijn. Wees extra alert op osteomyelitis bij pijnklachten bij neuropathie.
- g. Secundaire preventie  
Verstrekken van algemeen preventieve adviezen, mede door podotherapeut, diabetesverpleegkundige, POH.  
Onderwerpen:
  - Roken staken
  - Preventieve adviezen algemeen (o.a. brochure diabetes mellitus en voetverzorging en schoenvoorziening, eveneens beschikbaar in Turks en Arabisch)
  - Overgewicht bestrijden (diëtist)
  - Pedicure (met diabetes-aantekening PROCERT)
  - Dagelijkse inspectie schoeisel en voeten.
- h. Off-loading. Mechanische overbelasting van de huid is het centrale mechanisme bij het ontstaan (en bij het voortbestaan) van een neuropathisch ulcus.

**Wondbehandeling – lokaal, algemene behandelingsadviezen**

- a. Dagelijks twee maal of bij iedere verbandwissel de wond spoelen met douchekop en daarna goed drogen.
- b. Wond-debridement te verrichten door chirurg en/of podotherapeut en/of verpleegkundig specialist DM voeten dan wel wondverpleegkundige. Callus verwijderen. Bij schone wond en adequate arteriële vascularisatie kunnen controlebehandelingen verricht worden door de gespecialiseerde (diabetes)verpleegkundige/podotherapeut. *NB. Podotherapeut werkt extern, niet in het OLVG*
- c. Te groot verband vermijden (druk!). Pas op voor pleistergebruik.
- d. Voetenbadjes zijn gecontra-indiceerd. Bron van infectie en verweking wond, slecht voor wondgenezing.
- e. Schakel voor specialistische verbanden de wondverpleegkundige van de thuiszorgorganisatie in: Cordaan, Evean of Buurtzorg.

- f. Zalven e.d. zijn in eerste instantie niet geïndiceerd bij DM voeten, gevaar voor verweking en beschadigen van gezonde huid.
- g. Bij twijfel over voetvorm verwijzing naar schoenenspreekuur van revalidatiearts of orthopeed of verpleegkundig specialist DM voeten. Bij veranderde voetvorm ook aan Charcot denken, dan met spoed insturen.

### Protocol wondbehandeling

- a. Oppervlakkig, niet-geïnfecteerde ulcus.
  - Geen antibiotische therapie.
  - Bij intacte perifere pulsaties primair drukontlasting.
  - Afdekken met indifferente gazen of foam.
  - Wonden polsteren bij lopende patiënt.
- b. Oppervlakkig ulcus met infectie
  - Extra diagnostiek naar infectie, cave osteomyelitis.
  - Osteomyelitis uitsluiten (zie diagnostiek).
  - Afname Grampreparaat en kweek: wond primair grondig reinigen.
  - Zo diep mogelijke kweek + gram wondbasis.
  - Bij pus: geen wattenstokje gebruiken. In spuit zonder naald met steriele dop of Sterilin container insturen.
  - Antibiotica: zie tabel.
- c. Diep ulcus met infectie
  - Verwijzen naar OLVG Verpleegkundig Specialist DM/DVK+ of vaatchirurg.
  - Drukontlasting essentieel evt. door opname (OLVG of spoedplek verpleeghuis).
- d. Ulcera met vasculaire component/ voornamelijk vasculair
  - Verwijzen met spoed naar vaatchirurg.

### Antibiotica

Aanbevolen wordt om – bij evidente infectie – blind te starten en alleen bij oppervlakkige ulcera met infectie in de eerste lijn te behandelen en beleid zo nodig aan te passen aan de hand van de kweek. Duur antibiotica: twee weken bij oppervlakkige infecties.

*NB: Bij patiënten met een slechte nierfunctie kan het nodig zijn de dosering van antibiotica aan te passen, overleg desgewenst met de nefroloog en/of microbioloog; clindamycine is relatief gecontra-indiceerd bij pre-existente darmproblematiek.*

- a. Oppervlakkig ulcus met infectie: stafylokokken en streptokokken zijn in dit geval de meest voorkomende verwekkers. In dit stadium volstaat doorgaans orale toediening van antibiotica, meestal twee weken. Eerste keus Flucloxacilline 4 x 1 g p.o. Tweede keus Clindamycine 3 x 600 mg p.o.
- b. Dieper ulcus met infectie: meest voorkomende verwekkers zijn stafylokokken streptokokken en anaëroben. Advies duur twee weken, zonodig verlengen. Amoxicilline/clavulaanzuur 4 x 625 mg p.o. Bij twijfel insturen.

## Follow-up: logistiek en verantwoordelijkheden

<ul style="list-style-type: none"><li>▶ <b>Verpleegkundig Specialist DM voeten (VS) of</b></li><li>▶ <b>Diabetesverpleegkundige met deskundigheid wondverzorging (DVK+) of</b></li><li>▶ <b>Podotherapeut (PO)</b></li></ul>	Triage wondinspectie en –zorg, wonddebridement, secundaire preventie, inschakelen medebehandelaars, evt. teenortheses (PO)
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ <b>Huisarts met POH of</b></li><li>▶ <b>Internist (I) en</b></li><li>▶ <b>Diabetesverpleegkundige (DVK)</b></li></ul>	Glucosehuishouding, nierfunctie, comorbiditeit. Patiënt met ulcus moet in principe eerste jaar in tweede lijn gecontroleerd worden.
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ <b>Chirurg (C)</b></li></ul>	(Groter) wonddebridement, revascularisatie, amputatie, eventueel gips (total contact casting).
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ <b>Orthopedisch schoenmaker (OS)</b></li></ul>	Schoeisel en inlays
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ <b>Revalidatiearts (R)</b></li></ul>	Indicatie voor orthopedisch schoeisel, drukontlasting (orthese, schoeisel) en prothese. De revalidatiearts schakelt de orthopedisch schoenmaker (OS) zo nodig in.
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ <b>Dermatoloog (D)</b></li></ul>	Adviezen wondzorg, ambulante compressietherapie.

## Follow-up frequentie Gemodificeerde SIMM's Classificatie

Classificatie	Risicoprofiel	Controlefrequentie/ door wie
0	Geen verlies protectieve sensibiliteit of perifeer arterieel vaatlijden.	1x/12 maanden, HA/POH, eventueel op eigen kosten voetzorg door medische/DM pedicure.
1	Verlies protectieve sensibiliteit of perifeer arterieel vaatlijden, zonder tekenen van lokaal verhoogde druk.	1x/6 maanden 1x/12 maanden HA/POH, daarnaast voetzorg door medische/DM pedicure en jaarlijks gericht voetonderzoek door medische/DM pedicure.
2	Verlies protectieve sensibiliteit in combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> <li>- perifeer arterieel vaatlijden, of</li> <li>- lokaal verhoogde druk, of</li> <li>- beide</li> </ul>	1x/3-4 maanden 1x/12 maanden HA/POH, daarnaast jaarlijks gericht voetonderzoek door podotherapeut +nog 1-2x/jaar podotherapeutische controle. Aanvullende voetzorg eventueel via medische/DM pedicure.
3	Genezen ulcus of amputatie in de voorgeschiedenis.	1x/1-3 maanden 1x/12 maanden HA/POH en daarnaast 2x/jaar gericht podotherapeutisch voetonderzoek en 2x/ jaar podotherapeutische controle. Aanvullende voetzorg eventueel via medische/DM pedicure.

*In grijs gearceerd de geadviseerde controlefrequentie, daaronder een aanbeveling hoe onderling te verdelen.*

N.B. dit samenwerkingschema voor voetcontroles geldt niet voor mensen met ernstige polyneuropathie of symptomatisch arterieel vaatlijden. In die gevallen verwijzen naar tweede lijn.

## Belangrijke telefoonnummers + bereikbaarheid voetzorg OLVG

<b>Verpleegkundig specialist DM voeten / DVK+</b>	Tel 599 25 36 / 599 35 56 spreekuur op ma-woe
<b>Pedicure</b>	<a href="http://www.procert.nl">www.procert.nl</a>
<b>Poli (vaat)chirurgie</b>	Tel 599 30 58
<b>Orthopedisch Schoenmaker</b>	Wekelijks spreekuur met revalidatiearts afspraken 2949 of via poli orthopedie.
<b>Poli orthopedie</b>	Tel 599 30 52
<b>Revalidatiearts</b>	Op alle dagen bereikbaar via pieper 4798/4799. Secretariaat tel 599 29 49 op alle dagen bereikbaar van 8.30 – 17.00 uur.
<b>Multidisciplinair Voetenspreekuur</b>	Op woensdag voetenspreekuur bij vaatchirurg, verpleegkundige specialist DM voeten, internist op afroep, dermatoloog: poli nr. 3059.

## Podotherapeuten Amsterdam

Podotherapie Amsterdam GOSLAU  
Bickersgracht 22  
Amsterdam binnenstad  
Tel 627 42 13

Praktijk voor Podotherapie J.J. Paulus  
Spreeuwenpark 11  
Amsterdam Noord  
Tel 632 61 44

Podotherapie Jaasmaa  
Willemsparkweg 48  
Amsterdam  
Tel 471 23 41

Podotherapie van Vroenhoven  
Surinameplein 40-46  
Amsterdam West  
Tel 618 03 97

Podotherapie Amsterdam Nan ROMIJN  
Fannius Scholtenstraat 24  
Amsterdam Westerpark  
Tel 682 65 25

Medisch Voet Centrum Amsterdam  
Willemsparkweg 48  
Amsterdam Zuid  
Tel 471 23 41

Podotherapie CNGM Blok  
Pieter Calandlaan 101  
Amsterdam Slotervaart  
Tel 669 46 34

## Bijlage 5 Schema gebruik GLP-1agonisten, DPP-4 remmers

DPP-4 remmers kunnen goed in de eerste lijn worden toegepast zonder tussenkomst van internist. Bij twijfel over indicatie eventueel consulteren. Naar verwachting zal in de volgende herziening van de NHG standaard een uitspraak worden gedaan over de plaatsbepaling van deze middelen.

**Pad: Verwijzingen huisartsen naar de poli interne geneeskunde met verzoek instellen op Byetta/Victoza; GLP-1 agonisten.**

NB: Huisartsen mogen zelf geen eerste recept uitschrijven voor deze twee nieuwe diabetesmiddelen.

Voor patiënten die mogelijk in aanmerking komen voor één van deze middelen (BMI > 35; onvoldoende reactie op metformin en SU, geen insuline) wordt de volgende procedure gevolgd:

De huisarts consulteert via CareSharing de diabetesinternist over de indicatie. Als deze de indicatie goedkeurt, dan roept de internist zelf de patiënt op voor hetzij een eenmalig consult op de poli (pad 1) of hetzij een tijdelijke overname van de behandeling (pad 2), afhankelijk van wat met de huisarts is afgesproken (zie onder). De huisarts geeft bij de consultatie al aan of er voorkeur is voor pad 1 of pad 2, afhankelijk van de ervaring van de huisarts met deze middelen en de wens van de patiënt:

- Pad 1 Eenmalig consult op de poli, waarbij de internist de patiënt spreekt, de indicatie verifieert en het eerste recept uitschrijft. Er wordt geen diabetes DBC geopend, patiënt komt voor verdere uitleg, instructie en controles retour bij huisarts/POH.
- Pad 2 Tijdelijke overname van de behandeling door internist voor kort traject om in te stellen op GLP-1agonist. Huisarts schrijft patiënt voor 3 maanden uit keten DBC uit. Dit traject kan ook worden gevolgd door huisartsen die niet participeren in CareSharing, er dient dan een verwijzing naar het OLVG poli interne te worden gefaxt (of eventueel via Zorgdomein) t.a.v. dr. Brouwer of dr. Van Dam.

### Inhoud pad 2:

Patiënt wordt op korte termijn gezien door één van de arts-assistenten, Brouwer of Van Dam en op dezelfde dag voor spuitinstructie ook door de diabetesverpleegkundige (beide consulten 30 minuten). Er wordt voorlichting gegeven ten aanzien van buikklachten en zo nodig instructie in zelfcontrole.

Na twee weken wordt de patiënt teruggezien of gebeld door de diabetesverpleegkundige. Victoza kan dan opgehoogd worden als er weinig bijwerkingen zijn.

Na vier weken controleafspraak internist of DVK met glucosecontrole. Byetta kan dan opgehoogd worden. Als alles goed gaat wordt de patiënt daarna terugverwezen naar de huisarts.