

Regionale transmurale afspraken (RTA)

Het streven van Syntein en het Maasziekenhuis Pantein is te komen tot een dynamische samenwerkingsrelatie waarbij huisarts, internist/nefroloog, oogarts optimaal gebruik maken van elkaars deskundigheid. Belangrijke voorwaarden hiervoor zijn:

- specialisten en huisarts weten wat zij van elkaar kunnen verwachten;
- heldere vraagstelling bij verwijzing of consultatie met daarbij de noodzakelijke patiëntgegevens;
- heldere terugrapportage over de bevindingen en (behandel)adviezen.

Uitgangspunten

De verwijsafspraken zijn gebaseerd op de [Landelijke Transmurale Afspraak \(LTA\) Diabetes mellitus type 2](#) (2012), de [LTA Chronische nierschade](#) (2009) en afgestemd op de regionale situatie.

Uitgangspunten voor verwijsafspraken tussen de huisarts en de specialist zijn:

- de huisarts is eindverantwoordelijk voor patiënten zonder complexe diabeteszorg;
- de internist is eindverantwoordelijk voor patiënten met complexe diabeteszorg.

Bij de beslissing over consulteren en (terug) verwijzen dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het effect van de interventie op de lange termijn en de co-morbiditeit.

De volgende patiënten worden altijd behandeld in de 2e lijn:

- type 1 diabetes;
- zwangere met diabetes;
- insuline pomp.

Randvoorwaarden

Randvoorwaarden voor behandeling van diabetes type 2 in de 1e lijn zijn:

- Er is voldoende specifieke deskundigheid van de huisarts, de praktijkverpleegkundige, de praktijkondersteuner en de diëtist aanwezig;
- Alle betrokken zorgverleners hebben goede afspraken gemaakt over taakverdeling en samenwerking.

Consultatie met kaderhuisarts

Binnen het zorgprogramma bestaat de mogelijkheid voor huisartsen en POH-S om een consult via e-mail aan te vragen bij de kaderhuisarts. Deze consultatie verloopt middels de software van Viplive. Indien er een consultatie van de kaderhuisarts plaatsvindt blijft het hoofdbehandelaarschap bij de eigen huisarts. De eigen huisarts blijft daarmee ook verantwoordelijk voor de patiënt.

Alvorens een verwijzing naar de internist overwogen wordt, dient de patiënt voorgelegd te zijn aan de kaderarts. Dit geldt niet voor de acute ontregeling.

Verwijzing naar internist

Na consultatie of juist op aanvraag van de kaderhuisarts kan een verwijzing volgen naar de internist. Bij verwijzing ligt de eindverantwoordelijkheid bij de specialist. Een verwijzing bevat tenminste een duidelijke hulpvraag en vermeldt verder of het gaat om een consultatie of een overname van de patiënt. Ook vermeldt de verwijzing dat de kaderhuisarts reeds geconsulteerd is. De verwijsafspraken worden in onderstaande tabel weergegeven.

Verwijscriteria	Toelichting
Insulinetherapie¹	1 (of 2x) daags regime onvoldoende effect. Relatief jonge, actieve, onregelmatig levende patiënt. Beroep (piloot/chauffeur). Grote zorg over het spuiten en/of gewichtstoename. Recidiverende hypoglycemieën.
Instellen op insulinepomp	Instellen op insulinepomp.
Hyperglycaemie¹	Streefwaarden worden niet bereikt.
Instelling op GLP1 receptor antagonist²	Falen maximale therapie oraal én BMI > 35.
Lipiden ratio¹ TC>8 mmol/l, TC/HDL-ratio>8, LDL>2,5 mmol/l	Uitsluiten secundaire oorzaken. Advies over behandeling Verwijzing.
Triglyceriden¹ nuchter > 6 mmol/l	Diagnostiek secundaire en familiere oorzaken. Advies aanvullende medicatie op basis van risico pancreatitis.
Gestoorde eGFR (LTA Chronische nierschade)	Patiënten >65 jaar en eGFR < 30 ml/min/1.73 m ² . Bij snelle, onverklaarbare achteruitgang van de klaring. Patiënten met macro-albuminurie. Patiënten met vermoeden van een onderliggende nierziekte.
Hyperlipidemie	LDL>2,5 mmol/l: Langer dan 1 jaar. Ondanks maximaal tolereerbare dosering statines. Intolerantie voor statines.

1. Verwijzing overwegen als aan de genoemde criteria wordt voldaan.

2. Verwijzing voorschrijven medicatie

Spoedverwijzing

Criteria spoedverwijzing	Toelichting
Ernstige hyperglycaemie	Glucose langdurig > 20 mmol. Dehydratie, sufheid en braken. Hyperglycemisch coma.
Ernstige hypoglykemie	Hypoglycemisch coma bij SU derivaten. Onvoldoende herstel na hypoglycemisch coma.

Terugverwijs afspraken

Terugverwijzen naar de 1e 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;
- de co-morbiditeit optimaal is behandeld;
- de zwangerschap is doorstaan.

Criteria terugverwijzing	Toelichting
Glycemische instelling	Streefwaarde HbA1c bereikt
Streefwaarden Risicofactoren	Streefwaarden t.a.v. lipiden en RR zijn bereikt, voor zover mogelijk. Streefwaarden niet bereikt, en dit is ook niet haalbaar. RR is onder controle (max. 4 middelen).
Hypoglycaemie unawareness	Hypoglycaemie unawareness is niet meer aanwezig.*
GLP1 antagonist	Patiënt is ingesteld op GLP1 antagonist. Terug verwijzing alleen als huisarts aangeeft dat hij dit beheerst.

* Patiënt weet wat te doen bij hypoglycaemie en voelt deze ook aankomen.

Werkafspraken bij terugverwijzen

Algemene afspraak is dat de internist rapporteert aan de Huisarts en de patiënt informeert. Waar nodig wordt dit in de tabel hieronder verder gespecificeerd.

Reden verwijzing 2e lijn	Werkafspraken
Algemeen	Rapportage naar HA: bevindingen en conclusies; aandachtspunten voor controle en beleid, volgens LTA. Patiënt informeren over: overdracht en verdere behandeling door HA; gemaakte afspraken over de behandeling met de HA.
Zwangerschap	Rapportage naar de huisarts over DM in de zwangerschap. Afspraak dat er bij DM in remissie jaarlijkse controle dient plaats te vinden door de huisarts. Patiënt informeren: na zwangerschap gedurende 5 jaar jaarlijks controle op DM door huisarts in verband met verhoogde kans op ontwikkelen DM.
GLP1 antagonist	Rapportage naar huisarts over aandachtspunten bij gebruik middel.

Opgemaakt Sint Anthonis/ Boxmeer
d.d. 7 februari 2018

Kaderhuisarts: P. Schrömbges
Internist: G. Vermeulen