

## SAMENVATTINGSKAART KNMP-RICHTLIJN DIABETES MELLITUS TYPE 2

De KNMP-richtlijn Diabetes Mellitus type 2 is primair opgesteld voor farmaceutische zorg verleend door de apotheker aan diabetespatiënten in de eerstelijns ketenzorg. Farmaceutische zorg wordt ook verleend aan diabetespatiënten uit de tweede lijn. Goede diabeteszorg vereist een aanpak door een lokaal multidisciplinair team ondersteund door regionale samenwerkingsafspraken.

### KERNAANBEVELINGEN

#### Aanbevelingen algemeen

- Maak over de farmaceutische zorg bij diabetes samenwerkingsafspraken met de lokale/regionale ketenpartners. Hierbij worden de taakverdelingen en de gemeenschappelijke en deelverantwoordelijkheden vastgelegd. Volg voor de inrichting van deze multidisciplinaire ketenzorg de zorgstandaard en addenda van de Nederlands Diabetes Federatie (NDF) (zie 3.2 en [2]).
- Maak met de ketenpartners samenwerkingsafspraken welke patiëntgegevens uitgewisseld worden en gebruik hiervoor als leidraad de NDF e-Diabetes Kernset (zie 3.2 en [22]). Streef naar een geschikte informatie-uitwisselingsstructuur die dit mogelijk maakt.
- Bevorder in deze samenwerking de behandeling van diabetespatiënten, door de genees- en/of hulpmiddelen te beoordelen, te bewaken en de patiënt in het gebruik te begeleiden (zie 2.3).
- Maak aan het begin van de farmaceutische behandeling transparant aan de patiënt voor welke zorg hij/zij bij de apotheker terecht kan (zie 2.2).
- Ondersteun het zelfmanagement van de diabetespatiënt zodat deze in staat is de eigen gezondheidstoestand te monitoren en hierop te reageren, waardoor wordt bijgedragen aan de best bereikbare (gezondheids)uitkomsten en kwaliteit van leven (zie 2.1, 2.3.1, [17]).
- Pas de farmaceutische zorg aan op comorbiditeiten en specifieke patiëntkenmerken (zoals taalbarrières, kinderwens, zwangerschap en kwetsbare ouderen) (zie 2.3.1).
- Wees waakzaam op diabetespatiënten die hun medicatie niet goed gebruiken en bespreek met de patiënt de mogelijkheden om te komen tot goed gebruik (zie 2.3.2 en [17]).

#### Aanbevelingen farmaceutische zorg en farmacotherapie

- Begeleid tijdens de initiële behandelfase de diabetespatiënt volgens de stappen van het eerste en tweede begeleidingsgesprek bij DM2 (zie 2.3.1).
- Begeleid tijdens de chronische behandelfase de diabetespatiënt volgens de stappen van het vervolg begeleidingsgesprek DM2 en de aandachtspunten bij het starten van GLP-1-agonisten, insuline en van bloedglucosemeting (zie 2.3.1).
- Wees bij insulines alert bij omzetting naar een biosimilar, alsmede bij omzetting naar een andere insulineconcentratie. Controleer de bioequivalentie, geef begeleiding bij een nieuw pensysteem en verifieer of er afspraken zijn over extra controles van de bloedglucose [29][30][31].

- Adviseer patiënten met een verminderde nierfunctie om bij (dreigende) uitdroging [57] tijdelijk het gebruik van metformine, SGLT-2-remmers en diuretica te staken, de dosering van RAS-remmers te halveren en contact op te nemen met de arts. Adviseer de dosering van diuretica tijdelijk te halveren indien er sprake is van hartfalen als comorbiditeit (zie 2.3.1.2, 2.3.1.3 en [23][38][61]).
- Adviseer gebruikers van SGLT-2-remmers de inname (tijdelijk) te staken bij misselijkheid, braken, extreme dorst en bij een chirurgische ingreep en contact op te nemen met de arts (zie [61]).
- Adviseer insulinegebruikers die braken om te allen tijde contact op te nemen met de arts (zie [57]).
- Informeer gebruikers van sulfonyleureumderivaten en insulines over de risico's op hypoglykemieën en over omstandigheden die deze risico's vergroten, zoals lichamelijke inspanning en alcoholinname (zie [19][24][45][47]).
- Adviseer diabetespatiënten ouder dan 60 jaar die een NSAID gaan gebruiken, om daarbij een protonpompremmer te gebruiken (zie 2.3.2 en [44]).
- Adviseer gebruikers van orale bloedsuikerverlagende middelen die een stootkuur van systemische glucocorticosteroiden krijgen, om bij hyperglykemische klachten en/of infectie de bloedsuiker in de namiddag te (laten) controleren. Adviseer deze waarde altijd te (laten) bepalen indien de behandeling met corticosteroiden langer dan tien dagen gaat duren (zie 2.3.1 en [41]).
- Adviseer insulinegebruikers die systemische glucocorticosteroiden krijgen, om altijd contact op te nemen met de zorgverlener die de insuline-instelling regelt en extra bloedsuikers te controleren (zie 2.3.1 en [41]).
- Evalueer bij uitgifte van diabeteshulpmiddelen periodiek de bloedsuikermeting en de passendheid en kwaliteit van de bloedsuikermeter (zie 2.3.1 en [49][51][53]).
- Houd, bij (multidisciplinaire) medicatiebeoordeling van de effectiviteit van de medicamenteuze diabetesbehandeling, rekening met de individuele streefwaarden met betrekking tot HbA1c, bloeddruk en cholesterol. Deze streefwaarden zijn onder meer afhankelijk van de diabetesduur, de leeftijd, kwetsbaarheid en comorbiditeit van de patiënt (zie 2.1 en [9] [15] [16][35]).
- Verifieer bij de voorschrijver 6 maanden na het toevoegen van een DPP-4-remmers, GLP-1-agonist of een SGLT-2-remmer aan de bestaande behandeling, of het betreffende middel gecontinueerd dient te worden (zie 2.3).
- Geef, bij multidisciplinair overleg over de individuele patiënt die zijn HbA1c-streefwaarde niet haalt, een advies over het meest geschikte bloedsuikerverlagende middel. Houd hierbij rekening met diverse weegfactoren: de mate van HbA1c-daling, het werkingsmechanisme, leeftijd en kwetsbaarheid van de patiënt, de nierfunctie, het risico op hypoglykemieën, invloed op gewicht, combinatiemogelijkheid met andere medicatie, comorbiditeiten, patiëntvoorkeur en -omstandigheden, de veiligheid op korte en langere termijn en het kosten en vergoedingsaspect [28]).

- Evalueer periodiek of er een indicatie is voor het starten of staken van een cholesterolverlager en overleg met de arts (zie 2.1, 2.3.1 en [9][16][34]).
- Evalueer periodiek of er een indicatie is voor het starten of staken van een bloeddrukverlager en overleg met de arts (zie 2.1 en [35]).
- Overleg met de arts bij het gecombineerd voorschrijven van ACE- met angiotensine-II-remmers over nauwgezette monitoring van de nierfunctie, kaliumspiegel en bloeddruk. Ontraad de combinatie ACE- en angiotensine-II-remmers (zie 2.3.1 en [5][37]).
- Overleg met de arts bij een sterke afname (> 8 ml/min/jaar) van de nierfunctie, indien metformine, SGLT-2-remmers, RAS-remmers en/of diuretica gebruikt worden. Adviseer het gebruik van deze middelen (tijdelijk) te staken of de dosering te verlagen (zie [5][23][38][57][61]).
- Ontraad het gebruik van glibenclamide in verband met het sterk verhoogde risico op hypoglykemieën, met name bij ouderen (>70 jaar) (zie 2.3.1 en [24][47]). Overleg met de voorschrijver over een alternatief.
- Ontraad het gebruik van niet-selectieve bètablokkers bij diabetes in verband met de maskering van de adrenerge hypoglykemiesignalen en een vertraagd herstel vanuit de hypoglykemie (zie 2.3.1 en [43]). Overleg met de voorschrijver over een alternatief.
- Leg - indien bekend - vast welke diabetespatiënten dialyse krijgen, omdat dit invloed kan hebben op de betrouwbaarheid van het HbA1c, individuele streefwaarden, het risico op hypoglykemieën, de dosering van medicatie en de keuze van de bloedsuikermeter (zie 2.3.1 en [5]).

### Bevorderende en belemmerende factoren implementatie KNMP-richtlijn Diabetes Mellitus type 2

Een kwalitatief implementatieonderzoek is uitgevoerd met als thema Implementatie van de KNMP-richtlijn Diabetes Mellitus type 2. Daarvoor is in tien workshops de conceptrichtlijn voorgelegd aan zestig praktijkapothekers. Deze workshops leiden tot veel aanbevelingen hoe de richtlijn toe te passen in de praktijk. Op de impactvraag waarmee de apotheker het grootste verschil in de behandeling maakt, werden in de tien workshops dezelfde drie aspecten benoemd:

1. Expertise: de apotheker is de medicatiespecialist op het gebied van diabetes en is met name in de behandeling van de meer complexe diabetespatiënt een farmacotherapeutisch adviseur voor de patiënt en voor de ketenzorgpartners.
2. Consultvoering: de patiënt met diabetes komt periodiek in de apotheek voor zijn geneesmiddelen en de apotheker bouwt een relatie op met de patiënt. Door consultvoering begeleidt en ondersteunt de apotheker de patiënt in zijn genees- en hulpmiddelengebruik.
3. Samenwerking met lokale/regionale ketenpartners: door samenwerkingsafspraken verwacht de apotheker dat de diabeteszorg veiliger, effectiever en doelmatiger wordt in de gehele zorgketen.