

Zakkaartje Diabetes Type 2

Conform NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2

SPOED: Hypoglykemie (< 3,9 mmol/L)	SPOED: Ernstige hyperglykemie (≥ 15)	Diagnose & streefwaarden
- Buiten bewustzijn, telefonisch: glucagon toedienen indien aanwezig; spoedvisite, evt. ambulance A0/A1 - Ter plaatse: stabiele zijligging; glucose 50 ml 10% iv (kind 2 ml/kg), herhaal eenmalig na 3 min. Alternatief: glucagon 1 mg im/sc of nasaal 3 mg (2e keus) - Bij bewustzijn: 6 klontjes suiker of 2 eetlepels suiker in water, dan brood met zoet beleg; meting herhalen na 15/60/120 min - SU-derivaat: dosis 1 dag overslaan. Insuline: 20% minder spuiten; controle dezelfde/volgende dag	- Braken > 4u + kortademig/hyperventilatie → ambulance A0/A1 (vermoeden ketoacidose) - Braken > 4u + dehydratie/verwardheid/apathie → spoedvisite + overleg internist/geriater (opname waarschijnlijk) 2-4-6-regel (bij mogelijkheid zelfcontrole): meet elke 2u tot < 15 mmol/L. Geef 4E snelwerkende insuline bij 15-20 mmol/L, 6E bij > 20 mmol/L	- Diabetes: 2× nuchter ≥ 7,0 mmol/L (verschillende dagen), of nuchter ≥ 7,0 / random ≥ 11,1 mmol/L + klachten - HbA1c NIET gebruiken voor diagnose - Streefwaarde HbA1c: < 70 jr ≤ 53 mmol/mol. ≥ 70 jr: t/m stap 1 ≤ 53; vanaf stap 2: 54-58 (ziekteduur < 10 jr) of 54-64 (≥ 10 jr) - Kwetsbare ouderen/korte levensverwachting: glucose 6-15 mmol/L en HbA1c 53-69 mmol/mol acceptabel

Voetonderzoek (jaarlijks)	Jaarlijkse controle	Driemaandelijke controle (POH)
- Inspectie: kleur, standsafwijkingen, nagels, drukplekken/eelt/kloven, ulcera of amputaties - Sensibiliteit: 10g-monofilament op hallux, MTP-1, MTP-5 — niet voelen op 1 plek = gestoord - Pulsaties: a. dorsalis pedis + a. tibialis posterior; bij afwezigheid van beide → dopplerechografie	- Vraag naar: welbevinden, visus, AP, claudicatio, hartfalen, sensibiliteit/tintelingen, autonome neuropathie, seksuele klachten, depressie, cognitie - LO: gewicht, bloeddruk, voeten, spuitplaatsen - Labs: nuchter glucose, HbA1c, kreatinine/eGFR, kalium + albumine-creatinineratio (urine) - Fundusfotografie: binnen 3 mnd na diagnose, daarna volgens schema	- Bij goede instelling (glucose/HbA1c, lipiden, bloeddruk): 6-maandelijks volstaat - Vraag naar: hypo-/hyperklachten, problemen met voeding/beweging of medicatie - Check: gewicht, bloeddruk, voeten (bij Sims 2/3), nuchtere glucose

Stap	Actie — patiënten zonder zeer hoog risico op hart- en vaatziekten	Aandachtspunt
1	Metformine	Start laag, hoog elke 2-4 weken op geleide van nuchtere glucose
2	Voeg gliclazide toe	Overweeg GLP1-agonist bij BMI ≥ 30, of SGLT2-remmer bij ≥ 4 cardiovasculaire risicofactoren
3	Kies op basis van HbA1c t.o.v. streefwaarde: 1-9 mmol/mol te hoog → gliclazide/DPP4-remmer/SGLT2-remmer. 10-19 te hoog → GLP1-agonist of insuline. ≥ 20 te hoog → insuline	Weeg leeftijd, comorbiditeit, haalbaarheid en patiëntvoorkeur mee
4	Voeg ander middel uit stap 3 toe, of intensieveer insuline / voeg GLP1-agonist toe	Switch bij < 5 mmol/mol daling na 3 mnd op maximale dosis

Middel	Startdosis	Max. dosis	Bij verminderde nierfunctie
Metformine	1dd 500 mg	3dd 1000 mg	- eGFR 30-50: max. 2dd 500 mg - eGFR 10-30: max. 1dd 500 mg - Staken bij braken, koorts of ernstige diarree
Gliclazide mga	1dd 80 mg	3dd 80 mg	Niet starten bij eGFR < 10
SGLT2-remmer (dapa-/empagliflozine)	1dd 10 mg	1dd 10-25 mg	Niet starten bij eGFR < 15
GLP1-agonist (bv. semaglutide)	0,25 mg 1×/week	1 mg 1×/week	Liraglutide: niet starten bij eGFR < 10
DPP4-remmer (sitagliptine)	1dd 100 mg	1dd 100 mg	- eGFR 30-50: 1dd 50 mg - eGFR 10-30: 1dd 25 mg
(Middel)langwerkende insuline	1dd 10 E	Geen max. (richt op 0,3-1,0 E/kg/dag)	Geen aanpassing nodig

Zeer hoog risico op HVZ: stappenplan	Ziektedagen: koorts, braken, diarree	Consultatie & verwijzing
- Geldt bij: eerdere HVZ, hartfalen (elke ejectiefractie) of chronische nierschade met matig-sterk verhoogd risico - Stap 1: SGLT2-remmer → stap 2: metformine toevoegen → stap 3: GLP1-agonist toevoegen (ook bij BMI < 30) → stap 4: overig middel uit ander stappenplan - Al in behandeling en HbA1c > 53: voeg SGLT2-remmer toe (bij contra-indicatie: GLP1-agonist)	- Metformine + SGLT2-remmer: tijdelijk staken (risico lactaat-/ketoacidose) - SU-derivaat: overweeg staken bij sterk verminderde inname - Insuline: kortwerkende evt. staken bij geen intake; (middel)langwerkende NIET staken, evt. dosis aanpassen - Kwetsbaar/comorbiditeit: RAS-remmer/aldosteronantagonist evt. halveren. Diuretica en NSAID's evt. staken. - Extra vocht adviseren; insulinegebruikers: vaker glucose meten; medicatie hervatten na herstel	- Voedingsadvies (na diagnose) en start insuline → diëtist - Zelfcontrole aanleren of overzetten op insuline → gespecialiseerd verpleegkundige - Zwangerschap(swens) → internist - Vermoeden MODY of LADA → internist - Mononeuropathie → neuroloog - Voetulcus of Sims 2-3 → voetenteam/podotherapeut; tijdige verwijzing voorkomt amputatie - Nierschade: verwijscriteria NHG-Standaard Chronische nierschade