

Inhoud

1	Inleiding	7
1.1	Ontregelde diabetes mellitus en de werkwijze op de huisartsenpost	7
1.2	Contact op de huisartsenpost: verschillende patiënten, verschillende artsen	9
2	Hulpvragen rond diabetes mellitus	11
2.1	Ontregelde diabetes met hyperglykemie	11
2.2	Ontregelde diabetes met hypoglykemie	14
2.3	Comorbiditeit die de regulatie van diabetes mellitus beïnvloedt	19
2.4	Fouten met de toediening van bloedglucoseverlagende medicatie	21
2.5	De comateuze patiënt	22
2.6	Herhalen van receptuur voor bloedglucoseverlagende medicatie	23
2.7	Zelfcontrole	24
2.8	Ad-hocvragen over specifieke situaties bij patiënten met diabetes mellitus	25
2.9	Ontregelde diabetes mellitus in het verzorgingsstehuis	27
2.10	Ontregelde diabetes en comorbiditeit	30
2.11	De novo diabetes mellitus tijdens een HAP-dienst	30
3	Equipment op de huisartsenpost voor behandeling van diabetespatiënten	34
3.1	Beschikbaarheid van materiaal	34
3.2	Aanpassing van het insulinebeleid op de huisartsenpost aan de hand van doorgebelde glucosewaarden	35
3.3	Ontregelde diabetes: wanneer een visite?	36

3.4	Overdracht	37
3.5	Implementatie van een diabetesprotocol in de huisartsenpost	38
	Literatuur	40
	Algemeen	40
	Hyperglykemische ontregeling	40
	Hypoglykemische ontregeling	41
	Bijlagen	43
	Bijlage 1 Behandelschema voor patiënten met hyperglykemie	43
	Bijlage 2 Behandelschema bij hypoglykemie voor patiënten die behandeld worden met insuline	44
	Bijlage 3 Behandelschema bij hypoglykemie voor patiënten die behandeld worden met orale bloedglucoseverlagende middelen	45
	Bijlage 4 Overzicht van in Nederland beschikbare orale bloedglucoseverlagende middelen, insulines en GLP-1-analogen	46
	Bijlage 5 Gevestigd behandelalgoritme voor starten en intensiveren van bloedglucoseverlagende behandeling (Nathan, et al., 2009)	52

Huisartsen worden tijdens een dienst op de huisartsenpost (HAP) frequent geconfronteerd met vragen over patiënten met een ontregelde diabetes. Ontregelde diabetes is niet zelden aanleiding tot een ziekenhuisopname en veroorzaakt daarmee een belangrijk aandeel in de kosten van de gezondheidszorg. Het is daarom van belang dat er vanuit een huisartsenpost goede zorg geboden wordt bij hulpvragen over ontregelde diabetes mellitus. Een protocollaire benadering bij het inventariseren van de hulpvraag, de daaropvolgende triage en de verdere afhandeling kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg tijdens ANW-diensten (avond-, nacht- en weekenddiensten) voor patiënten met diabetes mellitus.

1.1 Ontregelde diabetes mellitus en de werkwijze op de huisartsenpost

Op de huisartsenpost wordt een probleem rond een diabetes-ontregeling, zoals elke hulpvraag, procesmatig verwerkt (kader 1).

Kader 1 Proces voor de afhandeling van een hulpvraag op de huisartsenpost

- hulpvraag
- relevante context
- inschatting van het probleem
- beleid
- afspraken
- controle/overdracht

Na afname van de telefonische hulpvraag door de dokters-assistente is het van belang dat door middel van doorvragen alle verdere relevante informatie wordt verkregen om de inschatting en afhandeling van de hulpvraag adequaat te laten verlopen (kader 2).

Kader 2 Inventarisatie van een hulpvraag over diabetische ontregeling (doktersassistent)

- Hoe voelt de patiënt zich? (misselijk/braken, koorts, bewustzijnsstoornissen)
- In welk kader is de glucosebepaling uitgevoerd? (instellen, reguliere controle, bijzondere omstandigheden zoals ziekte)
- Wat voor glucosebepaling betreft het (preprandiaal, postprandiaal, na correctie hypo, na inspanning/sport, medicatie wel/niet genomen)
- Eetpatroon van vandaag?
- Activiteitenpatroon van vandaag?
- Hoe waren de vorige/laatste dagcurven?
- Behandeling van de diabetes? (orale bloedglucoseverlagende middelen, insulinesoort, spuitschema met vermelding van aantal eenheden)
- Comorbiditeit/intercurrente ziekten?
- Bijkomende omstandigheden?
- Comedicatie?
- Wie dient insuline toe? (patiënt zelf, familie, verzorging)
- Wie voert controle uit?

Er moet beoordeeld worden of de patiënt alarmsymptomen vertoont en of hij of zij tot een kwetsbare groep behoort (kader 3 en 4). De assistente zal vervolgens met de arts die als supervisor optreedt de urgentie en het plan voor verdere afhandeling opstellen. Soms wordt volstaan met een telefonisch advies of wordt teruggebeld om nadere informatie in te winnen. Indien nodig wordt een visite afgelegd, al of niet urgent. Aan het uitgestippelde beleid worden meestal controlemomenten verbonden voor follow-up, tijdens het verdere verloop van de dienst of nadien voor de eigen huisarts.

Kader 3 Alarmsymptomen bij ontregeling van diabetes mellitus

- dehydratie
- ketonurie
- verminderd bewustzijn
- koorts
- braken
- diarree

Kader 4 Kwetsbare patiëntengroepen

- alleenwonend
- bejaard
- slechte visus
- alcoholabusus
- lage sociaaleconomische status
- eerder doorgemaakte ernstige hypoglykemie of recidiverende hypoglykemie (wijst op hypo-unawareness)

1.2 Contact op de huisartsenpost: verschillende patiënten, verschillende artsen

Het werk op een huisartsenpost wordt verricht door een zeer heterogene groep artsen: huisartsen, waarnemend huisartsen en huisartsen in opleiding. Deze artsen vormen geen vast team met de doktersassistenten die de triage verrichten. Niet alle artsen hebben ervaring met diabetesbehandeling in het algemeen, laat staan insulinetherapie in het bijzonder. Van de andere kant bekijken: patiënten ontvangen via een huisartsenpost hulp van artsen en doktersassistenten met wie ze relatief onbekend zijn. De patiënten vormen ook een zeer heterogene groep. Er zijn patiënten die uitsluitend met orale bloedglucoseverlagende middelen worden behandeld, patiënten die intensiever, met een combinatie van insuline en orale middelen, én patiënten die volgens een intensief schema van viermaal daags insuline (basaal bolusschema) worden behandeld. Er zijn patiënten met uitgebreide aan de diabetes gerelateerde macro- en microvasculaire

complicaties en patiënten bij wie de diagnose diabetes mellitus nog maar pas gesteld is.

Een groot deel van de patiënten regelt de controle van de diabetes mellitus zelf, anderen zijn aangewezen op de hulp van partner, wijkzorg of personeel in het verzorgingshuis. Het beslissen en handelen van huisartsen is grotendeels gebaseerd op NHG-standaarden. Van deze standaarden kan gesteld worden dat de meeste onvoldoende steun bieden voor het handelen in acute situaties. Ook de NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2' is primair gericht op de reguliere controle en behandeling van patiënten met diabetes type 2, en niet op de opvang van problemen rond onregelde diabetes in acute situaties (Rutten, et al., 2006).

Omdat men tijdens ANW-diensten niet altijd beschikt over relevante informatie uit de voorgeschiedenis van de patiënt en onvoldoende invloed kan uitoefenen op het beleid, krijgt de consultatie voor een diabetisch probleem een ad-hockarakter; een volwaardige inbedding in de diabetesketenzorg is er niet.

Bij intensievere vormen van behandeling van diabetes mellitus zoals insulinetherapie (in combinatie met orale middelen of als monotherapie) wordt continuïteit in de begeleiding en behandeling als belangrijke randvoorwaarde gesteld (Holtrop, 2007). Daarnaast is vereist dat patiënten die intensieve behandeling behoeven altijd een beroep kunnen doen op ter zake kundige hulpverleners. De Diabetes Vereniging Nederland (DVN) benadrukt het belang van de aanwezigheid van hulpverleners (artsen of praktijkondersteuners) met voldoende kennis van zaken op de huisartsenpost.

Een protocol voor de afhandeling van hulpvragen rond onregelde diabetes kan er in belangrijke mate toe bijdragen dat hulpverlening aan diabetespatiënten vanuit een huisartsenpost een onderdeel wordt van de protocollaire diabetesketenzorg.