

# **CASUÏSTIEK BESPREKING**

**OVER DIABETESZORG IN DE PALLIATIEVE FASE**

# INLEIDING

Diabeteszorg richt zich op leefstijl, scherpe streefwaarden en/of voorkoming van late complicaties (5-10 jaar)

In de palliatieve/terminale fase is het beleid gericht op kwaliteit van leven en symptoombestrijding

Op basis van levensverwachting beleid bijstellen

Deze les is gebaseerd op het boekje "Diabeteszorg aan het eind van het leven"

FASE

1

→ Breng problematiek in kaart

Verzamel medische gegevens

Verzamel informatie patiënt

- prioriteiten patiënt
- symptoomanalyse
- medicatie
- levensverwachting
- functionele status
- mentale, sociale en existentiële status
- op indicatie aanvullend onderzoek

Overweeg gebruik meetinstrumenten

→ Stem af met patiënt



FASE

2

→ Vat problematiek en beleid samen

Stel werkhypothese op  
= probleem +  
oorzakelijke factoren

Maak beleidsafwegingen

Omschrijf doel beleid

Stel behandelplan op

- behandeling oorzaak
- symptomatische behandeling
- ondersteunende zorg

Denk toekomstgericht

→ Stem af met patiënt



# PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN EN COMMUNICATIE

Vanaf begin palliatieve fase door HA gesprek aangaande diabetes

Vele jaren van eigen regie over diabetes, leefstijl, scherpe streefwaarden en educatie → aandacht gericht op zo min mogelijk klachten

Uitleg over stoppen van medicatie, of prikken van glucose

Tijdig en in alle rust met patiënt en familie bespreken

Alle zorgverleners op 1 lijn

Bespreken wat te doen bij coma

Angsten bespreken (verleden van hypo/hyperglycaemie)

Gezamenlijke besluitvorming met patiënt en familie

Besteed aandacht aan de wensen van patiënt !

# VOEDING

Soepelheid omtrent omgang dieet

Eiwit- en calorierijke voeding die zo smakelijk mogelijk is (kwark, chocola, ijs, nutridrink)

Diëtist inschakelen met kennis palliatieve zorg

Diabetesverpleegkundige inschakelen met kennis palliatieve zorg

FASE

3

Evalueer

spreek af hoe,  
door wie en wanneer  
het effect gemeten en  
besproken wordt

overweeg gebruik  
meetinstrumenten

meet effect aan de hand van  
klachten en welbevinden

Maak afspraken over evaluatie van beleid

→ Stem af met patiënt

FASE

4

→ Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren

Stel effect vast

- effect goed:  
blijf periodiek evalueren,  
terug naar fase 3
- effect beperkt of afwezig:  
accepteren of terug  
naar fase 1, 2

Verander zo nodig werk-hypothese  
en/of behandelplan

→ Stem af met patiënt





# SAMENVATTING BELEID

Communiceer: Patiënt + familie + zorgverleners + huisarts

Tolereer: Bloedglucose tussen 5 – 20, wensdieet

Reduceer: Injecties en bloedglucosebepaling

Saneer: Medicatie

Simplificeer: Insuline

# EINDE CASUS 1

Klachten van hypo- en hyperglycemie blijven signaleren

1 x daags glucose prikken (15- 17 uur)

1 x daags in de ochtend lantus

Aandacht voor psychosociale aspecten/ bespreken beleid

Niet meer lastig vallen met prikken en insuline

Dagelijks contact met HA voor dosering Lantus

(glucose niet >20)

Dhr. overlijdt na een week

# VERSCHIL DM TYPE 1 EN 2

- Type 1 → Blijft insulineafhankelijk! Ook bij geen enkele intake is een basale hoeveelheid insuline nodig.
  - 1x daags langwerkende insuline
  - 1x daags tussen 15 – 17 uur glucose prikken
- Type 2 → Orale behandeling of een insulinedosering van minder dan 40 eh per dag kunnen geleidelijk aan minderen  
Uiteindelijk soms zelfs stoppen!

# LAATSTE DAGEN TOT OVERLIJDEN

Alle orale medicatie stoppen

Bij DM2 insuline stoppen (behalve bij insuline >40 eh per dag of groot risico op ernstige ontregeling)

Als insuline wordt door gebruikt (DM 1 en 2) versimpelen naar 1 langwerkend insuline in ochtend

Bij coma

- Waar komt het vandaan?
- Is het zinvol om deze ontregeling te behandelen?
- Welke afspraken zijn er met patiënt en naasten gemaakt?

# CASUS 2

**Mw. B, 68 jaar**

Diagnose: Longcarcinoom met hersenmetastasering

Klachten: Halfzijdige verlamming rechts, bedlegerigheid, woordvindstoornissen, hoofdpijn, veel urineproductie, misselijkheid, slaperigheid, agitatie, wisselend verward en is wisselend in haar bewustzijn

Mw. gebruikt 1x daags 8 mg dexamethason in de ochtend

# CORTICOSTEROÏDGEBRUIK

- Prednison bij bv COPD
- Dexamethason bij hersentumor/metastasen, vermoeidheid, oedeem rondom tumor, misselijkheid, dreigende dwarslaesie, etc.
- 1x daags in de ochtend geeft piek in glucose tussen 15-18 uur
- Bij 2 of 3 maal daags corticosteroïden ontregeling t/m volgende ochtend
- Wees alert op klachten van (hypo- en) hyperglycemie → prikken tussen 17 – 18 uur → overleg met HA

# CASUS 2

- Moeilijk onderscheid in klachten van hersenmetastasering of hyperglycemie (op maat beoordelen)
- Dexamethason naar 10 mg i.v.m. toename klachten
- Hele hoge suikers → Veel plassen, agitatie, verwardheid en wisselend bewustzijn
- Dagelijks glucose geprikt tussen 15 – 17 uur → novorapid volgens bijspuitschema
- Op dag van overlijden → in hyperglycemisch coma, i.o.m. familie en huisarts geen behandeling meer → comfort bieden

# HYPO



Wisselend  
humeur



Hoofdpijn



Moehaid



Bleekheid



Honger



Zweten



Slecht zien

Duizeligheid



Beven



# HYPER

Moehaid



Slaperigheid

Droge tong



Vaak  
plassen



Dorst





# GOEDE INFORMATIE

[www.thuisarts.nl/diabetes-mellitus-type-2](http://www.thuisarts.nl/diabetes-mellitus-type-2)

Boek: Diabeteszorg aan het eind van het leven, een handleiding voor de praktijk. S. Verhoeven, N Kleefstra e.a.

(ISBN 9789078380139)