Beleid bij diabetes in het woonzorgcentrum

Auteur: Dr. Arnaud Van Laere
Spreker: Dr. Andreas Van de Vyver

19 maart 2026

Disclosure belangen Arnaud Van Laere

- Potentiële belangenverstrengeling : geen
- Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven : geen
- Sponsoring of onderzoeksgeld : geen
- Honorarium of andere financiële vergoeding : geen
- Aandeelhouder : geen

Inleiding

- Veilig en kwalitatief medicatiebeleid bij diabetes
- Waarom?
  - Frequentere medicatiefouten bij diabetespatiënten
  - Gebrek aan geschoold personeel in WCZ
  - Doel : vereenvoudiging en uniformiteit van beleid binnen een groep van woonzorgcentra om kans op fouten te verminderen
  - Consensus bekomen in alle woonzorgcentra gelegen in het werkgebied van CRA-WAAS in afstemming met de Dienst Endocrinologie VITAZ

Bronnen

- Powerpoint vanuit ervaring met medicatieprocessen in WZC en gebaseerd op webinar van Prof. Dr. Veerle Foulon op 04/12/2024 : "Insuline in de woonzorgsector : veilig en kwalitatief medicatiebeheer".
- Ondersteund door EBM richtlijnen : NHG Standaard / Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde / Formularium Ouderenzorg,ea.
- Overleg CRA – WAAS met Dr. Peter Coremans (Diensthoofd Endocrinologie VITAZ)

Diabetes type I versus type II
Problemen / risico's

- Problemen / risico's :
  - DM bij bewoners in WZC: verhoogde kans op : Hospitalisatie • Infecties • Macrovasculaire complicaties • Depressie • Fysieke beperkingen • Cognitieve achteruitgang
  - Wisselende voedingstoestand en voedselinname (niet altijd voorspelbaar) : beïnvloedt de behandeling / communicatie (cognitieve problemen) / onvoldoende training zorgverleners
  - Hogere kans op **HYPO** - en hyperglycemie

Diabetes type I versus type II
Streefwaarden Type I in WZC setting

Table 2. Glycemic Management of Type 1 Diabetes in Older Adults

	Health Status	Fasting and Preprandial Blood Glucose Goal (mg/dl)	Bedtime Blood Glucose Goal (mg/dl)	A1C Goal (%)	Insulin Therapy Options
	Healthy (few chronic illnesses and intact cognition and functional status)	90–130	90–150	< 7.5	• MDI • CSII • CSII+CGM
Frail	***Complex/intermediate health*** (several chronic illnesses or mild to moderate cognitive impairment or two or more instrumental ADL deficits)	90–150	100–180	< 8.0	• MDI • CSII • CSII+CGM • Fixed dose
	Poor health (end-stage chronic disease[s] or moderate to severe cognitive impairment or two or more ADL deficits)	100–180	110–200	< 8.5	• MDI • Fixed dose
	Long-Term Care Facility Residents	100–180	110–200	< 8.5	• MDI • Fixed dose

ADL, activities of daily living; CSII, continuous subcutaneous insulin infusion; MDI, multiple daily injection insulin regimen. Adapted in part from Ref. 40.

Diabetes type I versus type II
Streefwaarden type II in WZC setting

Opgesteld op basis van « Blaum framework »

Chronic illnesses
Bijvoorbeeld : artrose, arteriële hypertensie, CKD stadia 1à 3, CVA, ...

ADL
(Activity of Daily Living) =

- ✓ Zich wassen
- ✓ Zich aankleden
- ✓ Eten
- ✓ Naar toilet gaan
- ✓ Zich verplaatsen

iADL
(instrumental Activity of Daily Living) =

- ✓ Maaltijd bereiden
- ✓ Boodschappen doen
- ✓ Financieële zaken beheren
- ✓ Telefoon gebruiken
- ✓ Medicatie beheren

Table 3. Conceptual Framework for Considering Overall Health and Patient Values in Determining Clinical Targets in Adults Aged 65 y and Older

Overall Health Category		Group 1: Good Health	Group 2: Intermediate Health	Group 3: Poor Health
Patient characteristics		No comorbidities **or** 1-2 non-diabetes chronic illnesses* **and** No ADL[c] impairments and ≤1 IADL impairment	3 or more non-diabetes chronic illnesses* **and/or** Any one of the following: mild cognitive impairment or early dementia; ≥2 IADL impairments	Any **one** of the following: End-stage medical condition(s)**; Moderate to severe dementia; ≥2 ADL impairments; Residence in a long-term nursing facility
		Reasonable glucose target ranges and HbA1c by group		
		Shared decision-making: individualized goal may be lower or higher		
Use of drugs that may cause hypoglycemia (e.g., insulin, sulfonylurea, glinides)	No	Fasting: 90-130 mg/dL Bedtime: 90-150 mg/dL <7.5%	Fasting: 90-150 mg/dL Bedtime: 100-180 mg/dL <8%	Fasting: 100-180 mg/dL Bedtime: 110-200 mg/dL <8.5%[v]
	Yes[c]	Fasting: 90-150 mg/dL Bedtime: 100-180 mg/dL ≥7.0 and <7.5%	Fasting: 100-150 mg/dL Bedtime: 150-180 mg/dL ≥7.5 and <8.0%	Fasting: 100-180 mg/dL Bedtime: 150-250 mg/dL ≥8.0 and <8.5%[v]

Tabel uit : LeRoith D, et al. Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(5):1520-74

End-stage medical condition(s) = Aandoeningen met beperkte behandelingsopties en verminderde levensverwachting. Bijvoorbeeld gemetastaseerde kanker, longaandoening met nood voor zuurstof, ESRD met dialyse, ernstig hartfalen, ...

Een **aanvaardbare glykemiestreefwaarde** wordt voorgesteld, in functie van de gezondheidstoestand van de patiënt.
Met volgende 4 parameters moet rekening gehouden worden bij het **proces van gedeelde besluitvorming** :

- ✓ Verwachte voordelen
- ✓ Mogelijke risico's
- ✓ Ervaring/wensen van de patiënt
- ✓ Beperken van polymedicatie

Bedenkingen bij HbA1c waarden

- HbA1c wordt beïnvloed door verschillende factoren
- Verhoogde HbA1c: chronisch nierfalen, verlaagde intra-erytrocytaire pH, anemie door (langer bestaand) ijzer-tekort, vitamine B12-tekort, verminderde erytropoëse (rode bloedcellen blijven langer leven)
- Verlaagde HbA1c: anemie na acute bloeding, aspirine, vitamine C en E, bepaalde hemoglobinopathieën, verhoogde intra-erytrocytaire pH, toediening van erytropoëtine, ijzer, vitamine B12, reticulocytose, chronische leverziekte
- Variabele HbA1c: genetische determinanten.
- **HbA1c is dus een relatieve waarde die ook van andere variabelen afhankelijk is.**
- **Streefwaarde : 7.0 – 7.9 %**

Diabetes type I versus type II
Behandeling type I

- Combinatie van :
  - Basaal insuline: 1 x / dag insuline glargine / detemir / degludec
  - Bolus injectie voor of bij de maaltijd
  - Insuline toediening noodzakelijk om keto-acidose te vermijden.
  - Specifieke regeling noodzakelijk (richtlijnen endocrinoloog)

Diabetes type I versus type II
Behandeling type II

- Metformine : enkel bij obesitas en aangepast aan de nierfunctie
- Sulfonylurea : veilig als er geen klinische argumenten zijn voor hypo's
- DPP4 : veilig om op te starten en/ of te behouden
- SGLT 2 : best stop indien enkel voor diabetes
- GLP 1 : niet starten / bij prima controle, geen bijwerkingen, (in overleg met endocrinoloog) te behouden
- Insuline volgens eenvoudig schema
- Insuline aanpassen op geleide van de dagcurve
- Streefwaarde HbA1c : 7.0 - 7.9 %
- Beperk polyfarmacie !

- **Deprescribing bij ouderen met comorbiditeiten / verminderde zelfredzaamheid**

Opname in het WZC

- Kort na opname (binnen 3 maand) kritische evaluatie van het medicatieschema en mogelijke aanpassingen overwegen / doorvoeren
- Is de medicatie effectief nodig?
- Hoe is de diabetescontrole? HbA1c? Dagcurves?
- **ZIJN ER HYPO'S?**
- Ervaringen met medicatie / insulinetoediening?
- **Vermijd polyfarmacie**

Voorschrijven van insuline

- Basaal insuline

Specialiteiten [Langwerkende insuline-analogen]

PER MERKNAAM | PER GROEPSNAAM | plaatsbepaling | alles samenvouwen

insuline degludec injectie 100 E / 1 ml — no VOS: biological

specialiteit		aantal
Tresiba	inj. oploss. s.c. Penfill [patr.]	5 x 3 ml

Verwante publicaties

insuline degludec injectie 200 E / 1 ml — no VOS: biological

specialiteit		aantal
Tresiba	inj. oploss. s.c. FlexTouch [voorgev. pen]	3 x 3 ml

Verwante publicaties

insuline detemir injectie 100 E / 1 ml — no VOS: biological

specialiteit		aantal
Levemir	inj. oploss. s.c. Penfill [patr.]	5 x 3 ml
Levemir	inj. oploss. s.c. FlexPen [voorgev. pen]	5 x 3 ml

Verwante publicaties

insuline glargine injectie 100 E / 1 ml — no VOS: biological

specialiteit		aantal
Lantus	inj. oploss. s.c. Solostar [voorgev. pen]	5 x 3 ml
Lantus	inj. oploss. s.c. [patr.]	5 x 3 ml

Recente schrappingen

Verwante publicaties

Insuline-analogen versus humane insulines bij type 2-diabetes

insuline glargine injectie 300 E / 1 ml — no VOS: biological

specialiteit		aantal
Toujeo	inj. oploss. s.c. DoubleStar [voorgev. pen]	3 x 3 ml
Toujeo	inj. oploss. s.c. Solostar [voorgev. pen]	5 x 1,5 ml

Voorschrijven van insuline

- Bolus injecties

Specialiteiten [Ultrasnelwerkende insuline-analogen]

PER MERKNAAM | PER GROEPSNAAM | plaatsbepaling

- Apidra (Sanofi Belgium)
- Fiasp (Novo Nordisk)
- Humalog (Eli Lilly)
- Lyumjev (Eli Lilly)
- NovoRapid (Novo Nordisk)

Specialiteiten [Snelwerkende insulines]

PER MERKNAAM | PER GROEPSNAAM | plaatsbepaling

- Actrapid (Novo Nordisk)
- Humuline Regular (Eli Lilly)

Toedienen van insuline bij type II

- Liefst zo eenvoudig mogelijk schema : vast aantal eenheden
- Aanpassen bij specifieke omstandigheden : ziekte, minder intake, cortisonegebruik
- Langwerkende insulines ‘s morgens toedienen (zijn niet maaltijdgebonden) Eenvoudig van ‘s avonds naar ‘s morgens te verplaatsen door 3 u /dag te verschuiven (bv 20 u – 17 u – 14 u – 11 u – 8 u)
- Snelwerkende insulines (maaltijdgebonden) TIPS : indien twijfel over inname maaltijd : niet eten -> geen insuline / beetje eten -> ½ dosis tijdens de maaltijd / (geen toediening na de maaltijd om reactieve hypo te mijden)

- **DOELSTELLING : goede regeling : hypo – en hyper vermijden**

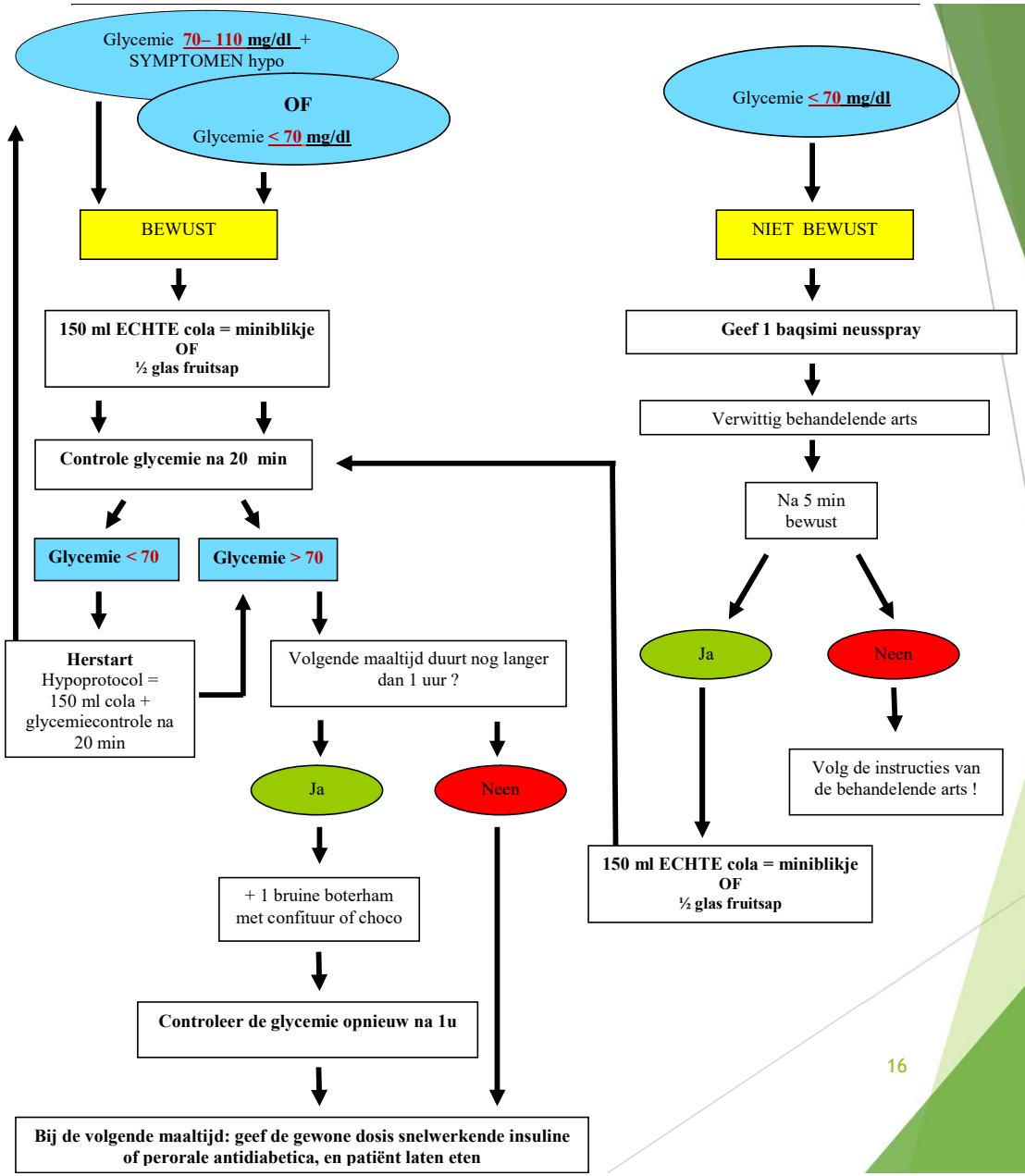
Dosisaanpassing insuline type II

- Aanpassen dosis insuline op dagcurve (niet obv HbA1c)
- Bij dagcurve : eerst hypo's opsporen

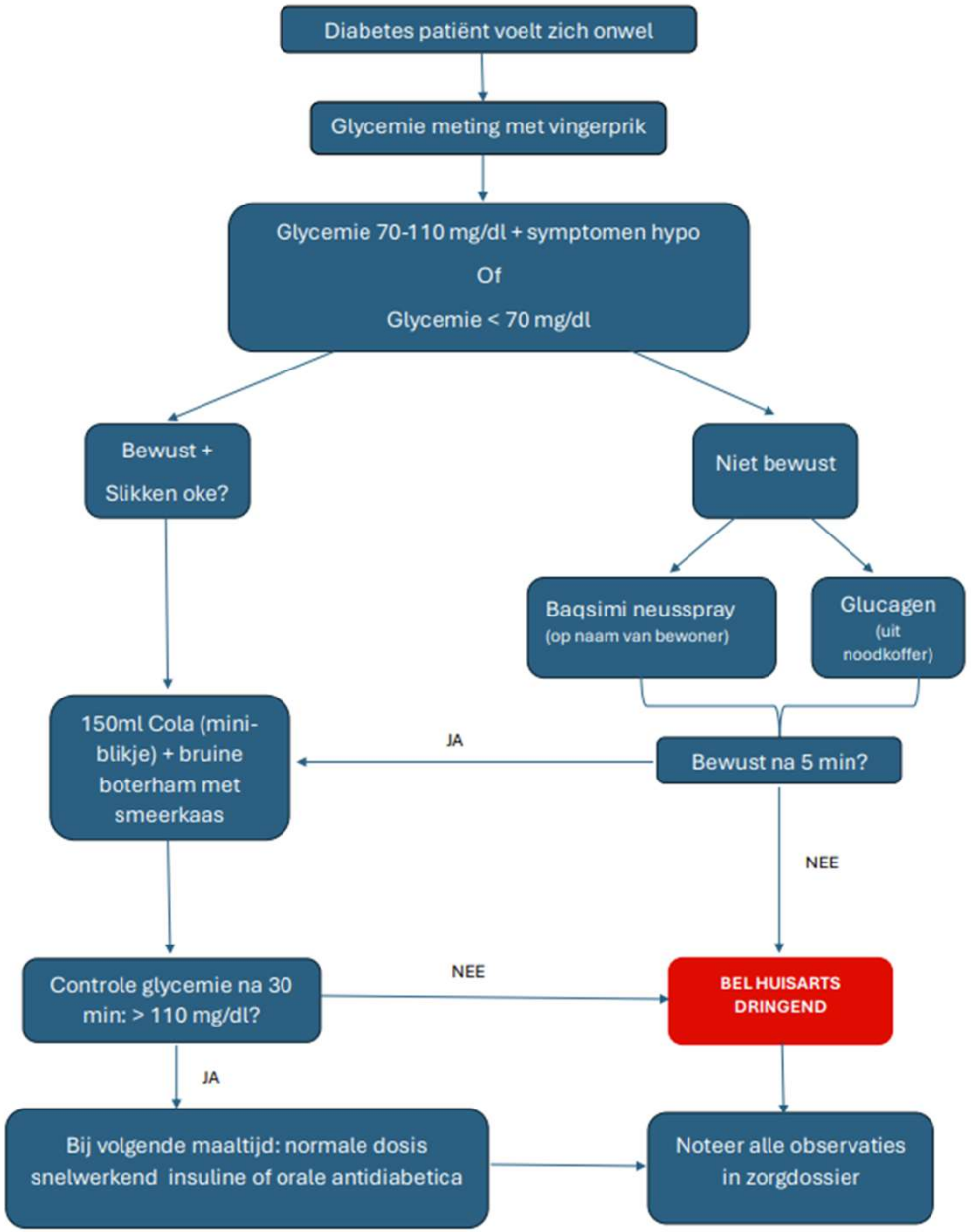
- Als hypo's : insuline afbouwen

- Dosisaanpassing snelwerkende insuline :
- > 200 : + 2 E
- > 300 : + 3 E
- > 400 : + 4 E

Hypoprotocol



Hypoprotocol (versie 2)



Monitoring diabetes

- Conventie (endocrinologie)
  - Sensor of wekekijks dagcurve
  - 6 maandelijks labo
- ZorgTraject Diabetes (endocrinologie-huisarts)
  - Wekelijks dagcurve
  - 6 maandelijks labo
- Traject zelfzorg en educatie (huisarts)
  - Wekelijks dagcurve bij insulinegebruik
  - 6 maandelijks labo
- OpStartTraject Diabetes (huisarts)
  - 6 maandelijks labo

Monitoring diabetes / sensor - dagcurve

- Sensor :
  - Gemakkelijk voor de patiënt
  - Nood aan opleiding voor de verpleegkundigen in WZC om een correcte interpretatie te kunnen doen
- Dagcurve :
  - Eenvoudig in gebruik voor zorgpersoneel
  - Best wekelijks op vaste dag

Traject zelfzorg en educatie

- RIZIV : “programma zelfzorg en educatie”
  - Voor aanvang zorgtraject / mag samen met OST
  - Pt op GLP1 of 1 inspuiting insuline (bv tijdelijke nood aan insuline)
  - Melden aan adviserend geneesheer (aanvraag website RIZIV)
  - Wat kan huisarts doen?
    - Begeleid diabetes volledig zelf (geen noodzaak tot externe controle)
    - Materiaal voorschrijven : 1 glucometer (lijst RIZIV) om de 3 jaar / 100 strips per jaar
    - Verlenging jaarlijks (HbA1c < 7,5 ???)
  - Voordelen patiënt
    - Gratis prikmateriaal

  - https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/verstrekkingen-door-artsen/programma-educatie-en-zelfzorg-voor-diabetes-type-2-bij-de-huisarts

Monitoring van diabetes

- HbA1c is relatief / beter opvolgen obv dagcurve
- Gewichtsopvolging / bloeddrukcontrole : maandelijks
- Voeten controle : wekelijks

Communicatie HA – WZC - wachtarts

- Up-to-date SUMEHR
  - Probleemlijst/zorgelementen, liefst gecodeerd werken
- Medicatieschema's zijn digitaal te raadplegen
  - *voorschriften.farmazorg.com*
  - *portaal.minthealthcare.eu*
  - Medicatiewijzingen goed documenteren
- Verpleegkundig observatieverslag voor recente ontwikkelingen

- Vragen of onduidelijkheden? -> contacteer de CRA

- Dank voor uw aandacht