

DIABETES MELLITUS

Een toepassing van de GVO cyclus op de casus van mevrouw Kaamsma



Door: VGG Project 2007 - 2009 Extramuraal:

Wendy Haas
Esther Nijhof
Melissa Rees
Bram Hengeveld

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE.....	2
VOORWOORD.....	4
INLEIDING.....	5
1. CASUS: WIE DE SCHOEN PAST... ..	6
2. DIABETES MELLITUS	7
2.1 Glucosestofwisseling (bij een gezond persoon).....	7
2.1 Werking insuline	7
2.2 Diagnostiek:	8
2.3 Diabetes Type I en Type II.....	9
2.3.1 Type I diabetes.....	9
2.3.2 Type II diabetes	9
2.3.3 Zwangerschapsdiabetes	9
2.4 Invloed van risicofactoren:	10
2.5 Behandeling van diabetes.....	10
2.6 Tabletten.....	10
2.6.1 Tabletten die de insulineresistentie verlagen	11
2.6.2 Tabletten die de insulineaanmaak stimuleren.....	11
2.6.3 Tabletten die de opname van koolhydraten vertragen.....	11
2.7 Insuline	11
2.7.1 Werkingsduur insuline:	11
2.8 Complicaties:	12
2.8.1 Acute complicaties.....	12
2.8.2 Chronische complicaties.....	13
2.9 Prognose en preventie:	15
2.9.1 Primaire preventie:	16
2.9.2 Secundaire preventie:	16
2.9.3 Tertiaire preventie:.....	16
3. ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE BIJ DIABETESPATIËNTEN.....	17
3.1 Signalerende rol	17
3.2 Voorlichtende rol	17
3.3 Psychosociale begeleiding	17
3.4 Ondersteunende rol	17
3.5 Verwijzende rol.....	17
3.6 De verpleegkundige werkt veel samen met de volgende disciplines:	17
3.7 De diabetesverpleegkundige	18
3.7.1 Inhoud van het beroep van diabetesverpleegkundige.....	18
4. EPIDEMIOLOGISCHE DIAGNOSE.....	20
4.1 Omvang:	20
4.2 Ernst:.....	20
4.3 Sterfte als gevolg van diabetes:.....	21
4.4 Spreiding:.....	21

5. SOCIALE DIAGNOSE	23
5.1 Subjectieve aspecten:	23
5.2 ‘Een leven lang leren’	23
5.3 Objectief	24
5.4 Sociale diagnose toegespitst op casus Mw. Kaamsma:	25
5.4.1 Subjectieve aspecten:	25
5.4.2 Objectieve aspecten:	25
6. GEDRAGSDIAGNOSE	26
6.1 Oorzaken	26
6.1.1 Type 1 diabetes	26
6.1.2 Type 2 Diabetes	26
6.2 Probleemgedragingen	26
6.3 Oorzaken die zijn te veranderen	26
7. ASE-MODEL TOEGEPAST OP DE CASUS VAN MW. KAAMSMA	28
7.2 Externe variabelen	28
7.3 Attitude	28
7.4 Sociale invloed	28
7.5 Eigen effectiviteit	29
7.6 Intentie	29
7.7 Barrières	29
7.8 Gedrag	29
8. GEZONDHEIDSKUNDIGE INTERVENTIES	31
8.1 Intervention Mapping	31
8.1.1 Specifieke interventiedoelen:	31
8.2 Interventieontwerp	32
8.3 Implementatieplan	32
8.4 Evaluatieplan	32
9. MODEL VAN GEDRAGSVERANDERING:	33
10. HET MODEL VAN GEDRAGSVERANDERING TOEGEPAST OP DE CASUS MW. KAAMSMA	34
10.1 Hoe gaan we het aan mw. Kaamsma vertellen?	34
10.1.1 1 ^e proces: succesvolle communicatie	34
10.1.2 2 ^e proces: Verandering in de gedragsdeterminanten en gedrag- attitudeverandering	34
10.1.3 3 ^e proces : Stabilisering van de gedragsverandering	35
LITERATUURLIJST:	37
BIJLAGE 1:	39
Protocol diabetes mellitus	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

VOORWOORD

Wij vormen het deel van de projectgroep 'VGG' dat zich bezig houdt met de extramuraal zorg. VGG staat voor Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie.

Kort genomen een verpleegkundige die actief wil zijn in de directe zorg voor de oudere cliënt.

Het leuke aan dit project is dat je eigen invulling kan geven aan je opleiding. Samen met de stage-instelling streven we naar een win-win situatie, zowel voor ons als voor de organisatie en natuurlijk de cliënt. Dit kan in vele activiteiten naar voren komen; van het bekijken van de rol van de verpleegkundige in de thuiszorg in het algemeen, tot het gericht bekijken van individuele zorgvragen van cliënten. We zullen dus veel samen werken met verschillende disciplines.

INLEIDING

Als verpleegkundige vervul je verschillende rollen

Voor de rol van zorgverlener hebben wij het betreffende beroepsproduct opgesteld.

Het doel van het beroepsproduct is het verdiepen in het ziektebeeld diabetes mellitus en in gedragsverandering, hoe ga je hiermee om en hoe kun je het beste iemand het beste begeleiden als het om gedragsverandering gaat?

Wij hebben voor diabetes mellitus gekozen, omdat dit ziektebeeld in de ouderenzorg veelvuldig voorkomt.

Doormiddel van dit beroepsproduct hopen wij een betere kennis te krijgen over diabetes, aan dit beroepsproduct hebben wij ook het onderwerp gedragsverandering gekoppeld. De reden hiervoor is dat wij zowel in de praktijk als op school bijna niet hebben gewerkt met het model van gedragsverandering.

Op school is hier wel eens aandacht aan besteedt, echter is dit ons niet allemaal bijgebleven omdat dit niet dagelijks in de praktijk wordt toegepast.

Doormiddel van dit beroepsproduct hopen wij dit model beter te leren, zodat we dit ook vaker zullen toepassen in de praktijk.

1. CASUS: WIE DE SCHOEN PAST...

Mevrouw Kaamsma is 74 jaar oud en woont sinds een jaar alleen in haar appartement in de binnenstad van Enschede. Een jaar geleden overleed haar man aan de gevolgen van kanker. Dit proces is voor mevrouw een zeer grote lichamelijke en emotionele belasting geweest, ondanks hulp van de thuiszorg bij de verzorging van haar man.

Onlangs is mevrouw zelf in zorg gekomen bij de thuiszorg, doordat ze de ADL niet meer zelfstandig aan kon als gevolg van een sterk verminderde conditie. Hierbij krijgt ze één a twee keer per week hulp bij het douchen, de gewone wasbeurt kan ze zelf, evenals het aankleden.

Mevrouw is al haar hele leven bekend met diabetes en gebruikt haar insuline zelfstandig. Onlangs constateerde een helpende een ingegroeide teennagel. De podotherapeut is er aan te pas gekomen en mevrouw moet de komende tijd 'verbandeschoenen' dragen om ervoor te zorgen dat de teen genoeg ruimte heeft om te helen. Dit is echter voor mevrouw, die nogal 'ijdel' kan zijn, een groot probleem. Ze vindt de schoenen 'oerlelijk' en weigert deze te dragen. Hierdoor is het al een week geleden dat ze de schoenen heeft gedragen. In plaats daarvan draagt ze haar eigen – te krappe – schoenen. De wond begint ondertussen weer te verslechteren en de VGG wordt opgeroepen als bemiddelaar in het geheel.

Mevrouw is in geringe mate zwakbegaafd, maar heeft een formidabel 'praatvermogen'. Ze is op de meeste vlakken een redelijk makkelijk persoon in de onderhandeling over de te leveren zorg, maar is matig 'leerbaar', als gevolg van haar cognitieve vermogens. De meeste helpenden komen erg graag bij haar omdat ze een heel vriendelijke vrouw is, met soms de nodige humor. Het lopen gaat echter steeds slechter als gevolg van haar teen, die een obstakel begint te vormen bij de douchebeurten als gevolg van de pijnlijkheid ervan. Hierdoor neemt de zorgzwaarte toe en op een slechte dag kan het voor sommige helpenden een zware klus zijn mevrouw goed te helpen, aangezien mevrouw een redelijk overgewicht en COPD heeft, waardoor regelmatige buiten adem raakt.

2. DIABETES MELLITUS

Onze voedingsmiddelen worden voor een belangrijk deel omgezet in glucose. Deze glucose circuleert met het bloed door het hele lichaam. De verschillende lichaamscellen nemen de glucose uit het bloed tot zich, om deze vervolgens te verbranden in kooldioxide en water, waarbij de vrijgekomen energie wordt opgeslagen in het molecuul ATP, dat de lichaamscel nodig heeft om te kunnen functioneren. Glucose is niet de enige bron waaruit het lichaam ATP kan produceren, dit kan ook uit eiwit en proteïne. (middels het proces van gluconeogenese) Onze hersenen hebben echter een zeer sterke voorkeur voor glucose.

Het opnemen van glucose uit het bloed door de cellen is een ingewikkeld proces, dat kan plaatsvinden dankzij het hormoon insuline. Insuline wordt geproduceerd in de beta-cellen van de eilandjes van Langerhans, groepjes cellen die zijn gelegen in de alvleesklier (pancreas).

De ziekte die we suikerziekte noemen is niets meer dan een tekort aan insuline, of een ongevoeligheid voor het hormoon. Dat gebrek aan insuline kan ontstaan doordat de eilandjes te weinig insuline produceren, maar ook doordat de patiënt een meer dan normale hoeveelheid insuline nodig heeft. Vooral dikke mensen hebben erg veel insuline nodig, waardoor zij aan diabetes kunnen lijden terwijl de eilandjes toch nog een redelijke hoeveelheid insuline produceren.
(chronisch zieken hoofdstuk 4)

2.1 Glucosestofwisseling (bij een gezond persoon)

Het voedsel dat wij eten komt in de maag terecht, na het eten worden de koolhydraten uit het voedsel via de spijsvertering omgezet in glucose. Een deel van de koolhydraten wordt in de mond al omgezet o.i.v. het enzym amylase. Glucose wordt opgenomen door de darmwand heen in de bloedbaan, hierdoor stijgt de bloedglucose-spiegel. De alvleesklier reageert op het verhoogde bloedglucose-peil door het afgeven van insuline naar het bloed. Dit wordt bepaald door de vraag en het aanbod. Vervolgens transporteert insuline glucose uit het bloed naar de cellen toe. Glucose is een voeding voor de lichaamscellen. De glucose die niet direct nodig is voor energie wordt opgeslagen in de lever en spieren in de vorm van glycogeen. Als het lichaam behoefte heeft aan extra energie wordt glucose uit deze opslagplaatsen vrijgegeven d.m.v. het proces van glycolyse.

2.1 *Werking insuline*

De werking van insuline is het beste te vergelijken met een sleutel die het slot pent. Insuline is de sleutel die de deur voor glucose in de celwand opent.
(Klinische les Diabetes, Carint Markelo, Maart 2008)

2.1.1 *Wat gebeurt er nu bij een tekort aan insuline?*

In de eerste plaats wordt er te weinig glucose uit het bloed naar de cellen getransporteerd, waardoor het glucosegehalte in het bloed stijgt; de bloedsuiker is verhoogd. Als het bloedsuikerniveau boven een bepaalde grenswaarde stijgt, wordt het via de nier in de urine uitgescheiden: er ontstaat glucosurie. Met de glucose verlaat ook een grote hoeveelheid water het lichaam. De glucose werkt als een diureticum, een plasmiddel. Hierdoor moet de patiënt meer drinken om zijn waterbehoefte aan te vullen. Symptomen van DM zijn dus veel plassen, dorst en veel drinken. In urine die glucose bevat, kunnen bacteriën uitstekend groeien. Een DM patiënt heeft vaak urineweginfecties. De met urine

uitgescheiden glucose vertegenwoordigt een grote hoeveelheid ongebruikte energie. De patiënt zal minder suikers verbranden en door de daaruit voortkomende honger meer gaan eten. Symptoom van diabetes is dus vermagering ondanks goede eetlust. De cellen krijgen te weinig glucose om te kunnen blijven functioneren. Als de noodmaatregel, om te kunnen blijven leven, gaan de cellen dan andere brandstof verbruiken: vetten. Bij de verbranding van vet ontstaan echter giftige stoffen: bepaalde zuren die in de urine worden uitgescheiden en dit zuur maken, en daarnaast aceton, dat in de urine kan worden aangetoond, maar ook via de uitademingslucht het lichaam verlaat. Dit aceton is te ruiken aan de adem van de patiënt. Tenslotte kan de patiënt door de zuren en het aceton zodanig vergiftigd worden dat hij in coma raakt. We noemen dit een diabetisch coma, een coma met een te hoge bloedsuiker en te zure samenstelling van het lichaamsvocht. Bij een diabetespatiënt is het gehele normale functioneren van het lichaam verstoord. Bij diabetes treden dan ook nog een hele serie zeer ernstige complicaties op: verhoogde kans op infecties, vooral schimmelinfecties in de schede en steenpuisten, slechte wondgenezing, open benen, oogafwijkingen die leiden tot blindheid, nierafwijkingen, vroegtijdige arteriosclerose leidende tot verhoogde kans op hartinfarcten, CVA's, gangreen aan de benen en problemen tijdens de zwangerschap.

Uit de voorgaande lange rij van symptomen en complicaties valt gemakkelijk op te maken dat mensen die vroeger op jonge leeftijd diabeet werden, meestal niet oud werden. Dit is radicaal veranderd sinds men in staat is kunstmatig insuline te bereiden. Helaas kan insuline alleen maar per injectie in het lichaam worden gebracht, zodat zeer veel DM patiënten hun leven zien afhangen van een dagelijkse injectie insuline.

(Bron: Chronisch Zieken Hoofdstuk 4)

Op het gebied van insuline toediening zijn echter wel vernieuwingen te signaleren, zoals de AdvantaJet, waarbij de insuline naadloos kan worden toegediend. Een insulinestroom wordt daarbij onder hoge druk door de huid heen geperst. Dit gebeurt zeer snel, in 0,3 seconde. Voordelen van het naadloos injecteren zijn:

- ✓ Pijnloos
- ✓ Geen angst voor naalden
- ✓ Zeer kleine kans op infectie
- ✓ Minder kans op prikaccidenten.
- ✓ Huid blijft intact

Uit onderzoek blijkt wel dat het naadloos injecteren invloed kan hebben op de bloedwaarden, waardoor aanpassing van het insulinerégime nodig kan zijn.¹

Ook is er onderzoek naar het gebruik van 'neussprayinsuline'. Gistcellen die normaal zorgen voor lekker bier en goed gerezen brood kunnen de insuline zo aanpassen dat deze via de neusslijmvliezen worden opgenomen.^{2 3} Deze manier van toedienen is echter nog niet praktisch toepasbaar.

2.2 Diagnostiek:

De diagnostiek van diabetes mellitus is gebaseerd op bloed- of plasmaglucosecconcentratie. Bepaling van de nuchtere glucoseconcentratie heeft de voorkeur. Tussen glucoseconcentraties in capillair en veneus bloed en tussen die in bloed en plasma bestaan uit verschillen. De diagnose diabetes mellitus mag worden gesteld als

¹ http://www.diabetesnederland.nl/index.html?m_id=3 (28-03-2008)

² http://www.diabetesweb.nl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1426

³ <http://www.boerhaavenet.nl/books/2075.pdf>

men op twee verschillende dagen twee glucosewaarden boven de afkapwaarden voor diabetes mellitus vindt. Men spreekt van diabetes mellitus bij:

- ✓ Nuchter: Capillair volbloed > 6.0 mmol/L en veneus plasma > 6.9 mmol/L
- ✓ Bij een glucose niet-nuchter: capillair volbloed > 11.0 mmol/L en veneus plasma > 11.0 mmol/L

Een draagbare bloedglucosemeter kan een meetfout hebben van 10 tot 15%. Daarom zijn deze meters niet geschikt om de diagnose diabetes mellitus te stellen.

Bij mensen met klachten passend bij hyperglykemie is een enkele meting van een verhoogde bloedglucose voldoende voor het stellen van de diagnose.

(bron: effectief verplegen 3, van Achterberg T.H., Bours G.J.J.W., Strijbol N.C.M., Kavanah 2006, 1^e druk, blz 306-307)

2.3 Diabetes Type I en Type II

2.3.1 Type I diabetes

Er is niet of nauwelijks aanmaak van insuline in de alvleesklier(pancreas). Insuline regelt normaal gesproken het bloedsuikergehalte ofwel de bloedglucose. Glucose komt in het bloed na omzetting van koolhydraten in de voeding. Insuline zorgt ervoor dat de glucose uit het bloed in het lichaam kan worden opgenomen, waardoor de bloedglucosespiegel weer zakt. Zonder insuline loopt het bloedglucosegehalte te hoog op. Bij diabetes type I heeft het eigen afweersysteem van het lichaam per ongeluk de insulinecellen vernietigd; het is een auto-immuunziekte. Deze vorm van diabetes ontstaat vooral bij kinderen en jongvolwassenen. Diabetes type I is niet te genezen, maar wel te behandelen. Omdat het lichaam zelf geen insuline meer aanmaakt, moet deze elke dag worden ingespoten.

Daarnaast zijn een gezonde leefstijl en een gezond gewicht van belang bij de behandeling. (Folder: Diabetes en hart- en vaatziekten, A. Geerts, Den Haag media Groep Rijswijk Nederlandse Hartstichting en het Diabetesfonds)

2.3.2 Type II diabetes

Het lichaam maakt nog wel insuline, maar te weinig. De cellen in het lichaam zijn geleidelijk minder gevoelig voor insuline geworden. Daardoor wordt glucose niet meer goed uit het bloed gehaald. Het gevolg: een hoge bloedsuikerspiegel, dus hoge bloedglucosewaarden. Hoe diabetes type II precies ontstaat, is nog steeds niet helemaal duidelijk. Maar uit onderzoek is wel gebleken dat de kans groter wordt bij onder meer overgewicht, weinig beweging, als een of meer familieleden diabetes hebben en als iemand tijdens de zwangerschap diabetes heeft gehad. Vroeg werd diabetes type II ouderdomssuikerziekte genoemd. Nu komt het ook voor bij jongere mensen, zelfs bij kinderen. In principe is diabetes type II niet te genezen, maar vaak wel goed onder controle te houden. Belangrijke pijlers van de behandeling zijn gezond leven, een gezond gewicht en medicijnen om het bloedglucosegehalte op een normaal peil te brengen. Vaak zijn ook medicijnen nodig om bloeddruk en cholesterolgehalte te reguleren.

(Folder: Diabetes en hart- en vaatziekten, A. Geerts, Den Haag media Groep Rijswijk Nederlandse Hartstichting en het Diabetesfonds)

2.3.3 Zwangerschapsdiabetes

Zwangerschapsdiabetes is diabetes die ontstaat na ongeveer de 24e week van de zwangerschap. Tijdens de zwangerschap heeft het lichaam extra insuline nodig. Bij sommige vrouwen kan het lichaam dit niet voldoende aanmaken, hierdoor stijgt de bloedglucose en zullen er klachten ontstaan. Vaak bestaat de behandeling uit insuline, soms is een gezonde voeding en beweging genoeg.

Heel typisch voor deze vorm van diabetes is dat 24 uur na de bevalling de bloedglucose weer normaal zal zijn en de zwangerschapsdiabetes is dan verdwenen.

Echter is er wel 50% kans om op latere leeftijd weer diabetes type II te ontwikkelen. (bron: http://www.dvn.nl/DVN/Page/222201_zwangerschap-en-diabetes.aspx 28-03-2008)

2.4 Invloed van risicofactoren:

Onder risicofactoren verstaan we kenmerken in het lichaam of in het gedrag van mensen die het ontstaan van een ziekte kan bevorderen.

Hieronder worden de belangrijkste risicofactoren van diabetes in het kort weergegeven:

- ✓ roken
- ✓ overgewicht
- ✓ weinig beweging
- ✓ verzadigd vet en verhoogd cholesterolgehalte
- ✓ verhoogde bloeddruk

2.5 Behandeling van diabetes

Diabetes is, zoals u heeft kunnen lezen, een chronische stofwisselingsziekte, of in het geval van diabetes type 1, zelfs een auto-immuunziekte. Deze beide vormen zijn dus niet te genezen.

Het doel van de behandeling van diabetes mellitus is in de eerste plaats het streven naar een normoglycemie, dit houdt in een bloedsuikerwaarden tussen 4 en 10 mmol/l.

Hiermee probeer je zo goed mogelijk de complicaties op korte en lange termijn te voorkomen. Een ander doel is het streven naar een goede kwaliteit van leven.

De behandeling van diabetes bestaat uit vier stappen :

Stap 1: In deze stap wordt gestreefd naar een zo gezond mogelijk eet- en leefgedrag van de diabeet. Vooral mensen die roken of kampen met overgewicht kunnen, door het aanpassen van hun leefgedrag, veel winst behalen. Door het ongezonde leefgedrag te veranderen in een gezonder leefgedrag zullen vele klachten en complicaties kunnen afnemen. In sommige situaties kan het zelfs zoveel invloed hebben dat sommige medicatie overbodig is geworden.

Stap 2: Hierbij word orale monotherapie toegepast. Dit houdt in dat de diabeet tabletten zal innemen om de ziekte onder controle te houden.

Stap 3: Hierbij gaat de orale monotherapie over in orale combinatietherapie. Hierbij slikt de diabeet meerdere tabletten met een verschillende werking. Deze houden gezamenlijk de ziekte onder controle.

Stap 4: Wanneer de voorgaande stappen onvoldoende blijken te werken bij de diabeet wordt overgegaan op de laatste stap in de behandeling. Hierbij neemt de diabeet tabletten en spuit hiernaast tevens insuline.

(Klinische les Diabetes, Carint Markelo, Maart 2008)

2.6 Tabletten

Grofweg zijn er vier soorten tabletten in de behandeling van diabetes:

- ✓ Tabletten die de insulineresistentie verlagen
- ✓ Tabletten die de insuline-aanmaak stimuleren
- ✓ Tabletten die de opname van koolhydraten vertragen
- ✓ en de nieuwe vorm van medicatie: DPP-4 remmers : deze hebben een gunstige werking op darmenzymen.

2.6.1 Tabletten die de insulineresistentie verlagen

Bij diabetes type 2 kan het voorkomen dat er voldoende insuline aangemaakt wordt, maar dat deze niet benut wordt, als gevolg van de resistentie van de cellen tegen insuline. Bij deze medicatie zorgt ervoor dat de weerstand die de cellen van je lichaam hebben tegen de insuline verlaagd wordt, waardoor de insuline wel opgenomen en benut kan worden.

Voorbeeld van een medicatie met deze werking is Metformine.

Metformine is hierbij eerste keus, omdat het zowel effect heeft op de alvleesklier als op de vaten. Dit medicijn wordt vaak blijvend gebruikt, ook naast het gebruik van insuline. Een vervelende bijwerking van Metformine is dat er diarree op kan treden. Dit betreft vaak alleen de eerste drie weken na de start van inname van deze medicatie. Dit is vaak het geval bij inname voor de maaltijd. De tabletten zouden beter tijdens of na de maaltijd ingenomen kunnen worden. Dit komt de werking ten goede, waardoor de klachten verminderen. Het is hierbij de taak van de hulpverlener hier goede voorlichting over te geven.

2.6.2 Tabletten die de insulineaanmaak stimuleren

Dit betreft de SU-preparaten⁴ zoals Glimipiride (amiril), Tolbutamide, Glibenclamide, etc. Deze tabletten zijn in principe tweede keus omdat deze de alvleesklier sneller uitputten. Tevens hebben SU-preparaten de bijwerking gewichtstoename te veroorzaken, als gevolg van het vast houden van vocht. Ook kunnen SU-preparaten hypo's veroorzaken.

2.6.3 Tabletten die de opname van koolhydraten vertragen

Voorbeeld hiervan is de tablet Glyucobay, ook wel Acarbose. Deze mogen als derde tablet erbij gegeven worden. Ze hebben als bijwerking dat ze flatulentie(winderigheid) kunnen veroorzaken en moeten altijd gestopt worden bij het gebruik van insuline. Uit de praktijk kun je opmaken dat deze medicatie nog maar weinig gebruikt wordt.

(Klinische les Diabetes, Carint Markelo, Maart 2008)

2.7 Insuline

Insuline als medicijn kent verschillende werkingen:

- ✓ Kort werkende insulinen
- ✓ Middellang werkende insulinen
- ✓ Langwerkende insulinen
- ✓ Mengsel van kort en middellang werkende insulines

2.7.1 Werkingsduur insuline:

Preparaatnaam	Intrede effect in uren na toediening	Werkingsduur in uren	Insulinevorm
<i>Kort werkende insulinen</i>			
Actrapid	½–1 (s.c.)	7–8	insuline, gewoon

⁴ SU-preparaten: Deze middelen stimuleren de pancreas om meer insuline aan te maken. Sulfonylureumderivaten verhogen de insulineconcentraties gedurende verschillende uren. Gliniden, genomen met voedsel, verhogen de insulineconcentraties gedurende minder lange tijd dan sulfonylureumderivaten. Een mogelijke bijwerking van deze medicatie is een lage bloedsuiker

Preparaatnaam	Intrede effect in uren na toediening	Werkingsduur in uren	Insulinevorm
Apidra	10–20 min.(s.c.)	2–5	insuline glulisine
Exubera	10–20 min.(inhalatie)	ca. 6 uur	insuline, gewoon
Humaject Regular	1/2–1 (s.c.)	7–8	insuline, gewoon
Humalog	1/4 (s.c.)	2–5	insuline lispro
Humuline Regular	1/2–1 (s.c.)	7–8	insuline, gewoon
Insuman Infusat	1/2–1 (s.c.)	7–8	insuline, gewoon
Insuman Rapid	1/2–1 (s.c.)	7–8	insuline, gewoon
Novorapid	1/4 (s.c.)	2–5	insuline 'aspart'
<i>Middellang werkende insulinen</i>			
Humuline NPH	1–2 (s.c.)	14–24	insuline, isofaan
Insulatard	1–2 (s.c.)	14–24	insuline, isofaan
Insuman Basal	1–2 (s.c.)	14–24	insuline, isofaan
<i>Langwerkende insulinen</i>			
Insuline Levemir		max. 24 uur	insuline detemir
Lantus	1 (s.c.)	24	insuline glargine
<i>Bifasisch c.q. mengsels van kort en middellang werkende insulinen</i>			
Humalog Mix	1/4 (s.c.)	12–24	insuline lispro / insuline lispro protamine
Humuline	1/2–1 (s.c.)	12–24	insuline, gewoon + isofaan
Insuman Comb	1/2–1 (s.c.)	12–24	insuline, gewoon + isofaan
Mixtard	1/2–1 (s.c.)	12–24	insuline, gewoon + isofaan
Novomix	1/4 (s.c.)	tot 24	insuline 'aspart'/insuline 'aspart' protamine

(Bron: <http://www.fk.cvz.nl/default.asp?soort=inleidendetekst&naam=inl%20insulinen>)

2.8 Complicaties:

2.8.1 Acute complicaties

2.8.1.1 Hyperglykemie

Men spreekt van een hyperglykemie bij te hoge bloedglucosewaarden, meestal gedefinieerd als een bloedglucosewaarde hoger dan 10 mmol/l. De klachten en verschijnselen van een hyperglykemie zijn te zien op het onderstaande plaatje. De oorzaak van een hyperglycemie is vaak onvoldoende medicatie, te veel eten, te weinig lichaamsbeweging, ziekte of stress. De behandeling vindt plaats door middel van een striktere diabetescontrole, advies geven om veel te drinken en alert te zijn op verzuring. (keto-acidose).

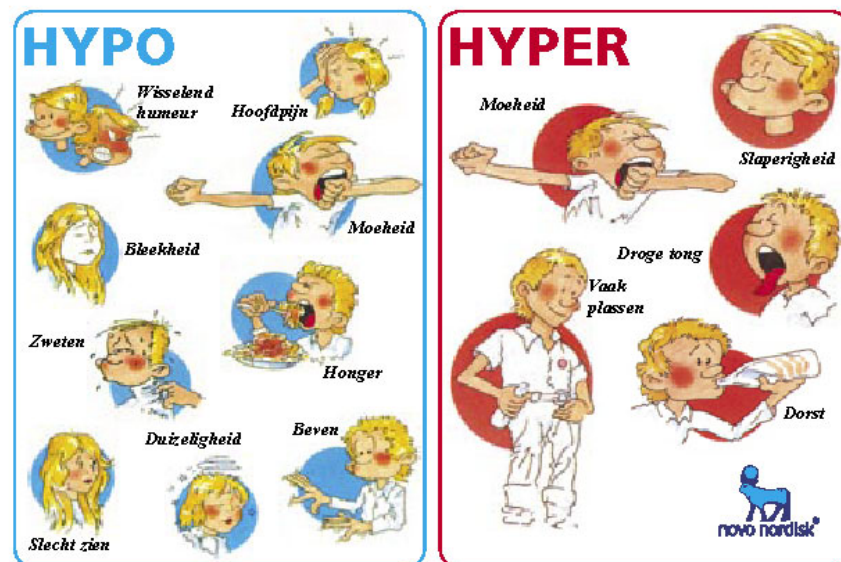
2.8.1.2 Hypoglykemie

Men spreekt van een hypoglykemie bij een bloedglucose lager dan 3,5 mmol/l, met de daarbij passende klachten en verschijnselen.

De klachten en verschijnselen van een hypoglykemie zijn te zien op het onderstaande plaatje. De oorzaken van een hypo kunnen zijn:

- ✓ Te weinig gegeten
- ✓ Te laat gegeten
- ✓ Meer lichaamsbeweging dan normaal
- ✓ Te hoge dosering medicatie
- ✓ Alcoholgebruik > 2 per dag
- ✓ Dubbele medicatie

De acties die je kunt ondernemen zijn; dextrotabletten innemen (6 a 7), een glas ranja opdrieken, waarvan 1/3° gevuld moet zijn met siroop of 200 ml vruchtendrank of gewone frisdank geven. Na ongeveer 20 minuten moet de bloedglucose gecontroleerd worden en zonodig moeten de acties herhaald worden, als de waarde nog rond de 3,5 mmol/L ligt. Ook kan er gebruikt worden gemaakt van Dextropur poeder.
(bron: effectief verplegen 3, van Achterberg T.H., Bours G.J.J.W., Strijbol N.C.M., Kavanah 2006, 1° druk, blz 317-320 & Klinische les Diabetes, Lever M., Carint Markelo, Maart 2008)



(http://www.novonordisk.nl/Images/NL_images/Brochures_Algemeen/251219_Hypo_hyperkaart.pdf)

2.8.2 Chronische complicaties

Diabetes wordt gekenmerkt door het optreden van complicaties op de lange termijn, die ook wel chronische complicaties worden genoemd. De belangrijkste complicaties worden hieronder besproken.

2.8.2.1 Hart- en vaatziekten

Bij diabetes is niet alleen de glucosestofwisseling verstoord, maar vaak ook de vetstofwisseling. Dat betekent dat het gehalte van vetten in in het bloed ontregeld raakt. Er is een te hoog gehalte van het 'slechte' cholesterol, LDL genaamd. Ook is er een te laag gehalte van het 'goede' cholesterol, HDL genaamd. Door deze verkeerde verhouding stijgt het risico op hart en vaatziekten.

Overgewicht verstoort de stofwisseling, vooral bij veel buikvet. Daardoor stijgt bij overgewicht de kans op zowel diabetes als op hart- en vaatziekten.

Een verhoogde bloeddruk komt vaak voor bij mensen met diabetes, een verhoogde bloeddruk verhoogt de kans op hart- en vaatziekten.

Bij mensen met diabetes gaat de ontwikkeling van slagaderverkalking sneller dan bij mensen zonder diabetes. Slagaderverkalking is de oorzaak van veel hart- en vaatziekten.

2.8.2.2 Retinopathie

Diabetische retinopathie is een verzamelnaam voor de vaatafwijkingen in de retina bij mensen met diabetes. Deze complicatie is in de westerse wereld de belangrijkste oorzaak van slechtziendheid en blindheid bij mensen tussen 25 en 75 jaar. Door middel van vroege opsporing en adequate, tijdige behandeling kan blindheid worden voorkomen. Diabetische retinopathie berust op afwijkingen van de haarvaten van het netvlies. Als gevolg van een verhoogde doorlaatbaarheid van de wand van de haarvaten treedt er lekkage op, dit kan oedeem veroorzaken. Ook kunnen ten gevolge van afsluiting van de haarvaatjes grote gedeelten van het netvlies een tekort aan bloed en zuurstof krijgen. Hierdoor kunnen nieuwe bloedvaatjes ontstaan, die gemakkelijk een bloeding kan veroorzaken. Risicofactoren zijn: duur van diabetes, hypertensie, slechte glucoseregulatie, puberteit, zwangerschap, verhoogde eiwituitscheiding in de urine en/of slechte nierfunctie.

Een bestaande retinopathie kan dan behandeld worden met lasercoagulatie.

Andere oogproblemen die vaak bij diabetespatiënten voorkomen zijn: cataract, glaucoom en verlammingen van de oogspieren.

2.8.2.3 Neuropathie

Aantasting van de zenuwen treedt op den duur op bij circa 25% tot 50% van de patiënten met type 1 en type 2 diabetes. De oorzaak hangt samen met de schadelijke effecten van hyperglykemie op zenuwcellen en met vaatbeschadiging van de voedende vaatjes van de zenuwen, welke leiden tot een zuurstoftekort van de zenuwen. De klachten en verschijnselen van deze diabetische neuropathie zijn afhankelijk van het type zenuw dat is aangetast.

1. Sensibele neuropathie

Klachten en verschijnselen van sensibele neuropathie vertonen dikwijls een symmetrisch verdelingspatroon, eerst in de voeten en later in de handen, nog later in de armen, rondom de navel en soms de hoofdhuid. We onderscheiden:

- ✓ prikkelingsverschijnselen: brandend gevoel, tintelingen, pijn
- ✓ gevoelsvermindering: verminderde tot opgeheven tast-, pijn- en temperatuurszin

Door de gevoelsvermindering kan de patiënt ook moeite hebben met het evenwicht te behouden. Het gevolg van deze neuropathie is dat waarschuwingssignalen als druk, pijn en warmte niet meer worden waargenomen. Hierdoor kan het voorkomen, dat een patiënt niet in de gaten heeft dat hij bijvoorbeeld een steen in zijn schoen heeft, in een punaise is gelopen of een te hete kruik tegen zijn voeten heeft liggen. Dit zijn gevaarlijke situaties, die uiteindelijk zelfs kunnen leiden tot een voetulcus en amputatie.

2. Motorische neuropathie

Hierbij wordt door de diabetes het motorische zenuwstelsel aangetast. Dit kan aanleiding geven tot:

- ✓ Spierzwakte en atrofie van de kleine spieren van de voet, met als gevolg standsafwijkingen zoals klauwtenten of een ingezakt voetgewelf
- ✓ Spierzwakte van de bovenbeenspieren, soms ook van de schouder- of armspieren
- ✓ Spierzwakte van de uitwendige oogspieren, leidend tot dubbelzien en eventueel tot een afhankelijk bovenste ooglid, afhankelijk van welke oogspierzenuw is aangedaan.

3. Autonome neuropathie

Aantasting van het autonome zenuwstelsel kan bij diabetes lijden tot een scala van klachten en verschijnselen:

- ✓ Duizeligheid met orthostatische hypotensie
- ✓ Vertraagde maagontleding
- ✓ Diarree of obstipatie
- ✓ Zwakte van de blaasspier, leidend tot overloopincontinentie, recidiverende urineweginfecties.
- ✓ Erectiestoornissen
- ✓ Afgenomen zweetproductie: veroorzaakt droge voeten waarin snel kloofjes ontstaan.

Alle vormen van diabetische neuropathie kunnen geïsoleerd of in combinatie voorkomen. Risicofactoren zijn slechte bloedglucoseregulatie, roken, hypertensie, hoge alcoholconsumptie en nierfunctiestoornissen.

(effectief verplegen 3, van Achterberg T.H., Bours G.J.J.W., Strijbol N.C.M., Kavanah 2006, 1^e druk, blz 321-324)

2.8.2.4 Diabetische voet

Diabetes zorgt voor aantasting van de bloedvaten. Die raken beschadigd en de hele kleine bloedvaten kunnen zelf dichtslibben. De bloedcirculatie is daardoor niet meer goed. Bij het ontstaan van een diabetische voet gebeurt er nog wat anders. De zenuwen raken beschadigd omdat de bloedglucose te vaak te hoog is geweest. Dit leidt tot minder gevoel in de voeten. Pijnprikkels worden niet meer gevoeld en wondjes dus niet meer opgemerkt. Een simpel wondje kan ongemerkt uitgroeien tot een ontsteking en een ulcus.

Door minder gevoel in de voeten kunnen mensen ook in een andere houding gaan lopen. Dan kan op den duur leiden tot vormafwijkingen van voeten, drukplekken en ontstekingen, die vaak ongemerkt onder een eeltplek kunnen ontstaan. Mensen met diabetes hebben een moeilijker wondgenezing. Mocht de behandeling van de wond niet aanslaan, dan moet in het ergste geval een teen, een voet of zelf grote delen van het been geamputeerd worden.

(<http://www.diabetesfonds.nl/Gevolgenlangetermijn#Voetproblemen>)

2.8.2.5 Diabetische Nefropathie

De nieren zuiveren het bloed van afvalstoffen en laten de stoffen die het lichaam wel nodig heeft in het bloed zitten. Door diabetes vormt zich steeds meer bindweefsel in de nieren, waardoor die niet meer goed werken. Hierdoor kunnen afvalstoffen toch in het lichaam blijven terwijl ze anders via de urine het lichaam zouden verlaten. En andersom, veel goede stoffen die normaal in het lichaam blijven, worden nu via de urine uitgescheiden.

Nierproblemen kan je ontdekken wanneer een bij de dokter een urine-onderzoek wordt gedaan en er eiwit (albumine) in de urine zit, dat is een teken dat de nieren hun zuiveringsfunctie niet goed uitvoeren.

Ook een hoge bloeddruk is een signaal dat er iets mis kan zijn met de nieren.

(<http://www.diabetesfonds.nl/Gevolgenlangetermijn#Nieraandoeningen>)

2.9 Prognose en preventie:

Acute complicaties komen vooral voor bij type I diabetes regelmatig voor. De meest gevaarlijke acute complicatie is het ketoacidotisch coma dat fataal kan aflopen. Hierbij heeft de patiënt een ernstige hyperglykemische ontregeling, waarbij het lichaam de vetvoorraad afbreekt. Hierdoor komen zure afbraakstoffen (ketonen) vrij, waardoor de

patiënt verzuurt. Ook een ernstige hypoglykemie kan fataal zijn. Zowel mensen met type I diabetes als mensen met type II diabetes hebben een meer dan tweemaal zo hoge mortaliteit als hun leeftijdsgenoten en een viermaal zo hoog risico op sterfte aan hart- en vaatziekten.

(Achterberg, Bours, Strijbol 2006)

2.9.1 Primaire preventie:

Het doel van primaire preventie is om de ziekte te voorkomen bij mensen die een verhoogd risico lopen. Diabetes is een ziekte met een grote impact op de individuele gezondheid maar ook op de maatschappij. De behandeling van diabetes en de lange termijn complicaties zorgen wereldwijd voor een snelle stijging van de kosten van de gezondheidszorg. Primaire preventie van diabetes is voor het individu en de maatschappij van groot belang. Op dit moment is men voor diabetes type I aan het onderzoeken of de invloed van koemelkeiwitvrij dieet naar zes maanden borstvoeding enige invloed heeft op dit type diabetes. Belangrijke risicofactoren voor type 2 diabetes die men niet kan beïnvloeden, zijn genetische factoren voor diabetes en leeftijd. Risicofactoren die men wel kan beïnvloeden zijn geassocieerd met de leefstijl. Interventies gericht op preventie van type II diabetes zullen dan ook op de beïnvloeding van deze factoren zijn gericht. Dit zal vooral door voorlichting gebeuren.

(Achterberg, Bours, Strijbol 2006)

2.9.2 Secundaire preventie:

Secundaire preventie omvat het vroeg opsporen en behandelen van ongediagnosticeerde diabetespatiënten. Dit gebeurt vooral door de huisarts of tijdens een ziekenhuisopname. Personen ouder dan 45 jaar met een risicoprofiel dienen door de huisarts iedere drie jaar op diabetes te worden gecontroleerd.

(Achterberg, Bours, Strijbol 2006)

2.9.3 Tertiaire preventie:

Hieronder vallen de activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand op te heffen, te reduceren of te compenseren. Ook mensen begeleiden naar een grotere zelfredzaamheid en het voorkomen van complicaties vallen hieronder.

(effectief verplegen 3, van Achterberg T.H., Bours G.J.J.W., Strijbol N.C.M., Kavanah 2006, 1^e druk, blz 308-309)

3. ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE BIJ DIABETESPATIËNTEN

3.1 Signalerende rol

De verpleegkundige heeft een signalerende rol bij diabetespatiënten, immers kunnen deze van allerlei klachten ontwikkelen, daarbij is het ook van belang hoe het welbevinden van de diabetespatiënt is. Dit moet dan ook besproken worden in de vaak 3 maandelijks afspraak bij de diabetesverpleegkundige. In de bijlage kunt u een diabetesprotocol vinden waarin wordt weergegeven op welke aspecten zij vooral let.

(Lever .M, 2008)

3.2 Voorlichtende rol

De verpleegkundige heeft ook een voorlichtende rol, zij kan uitleg geven over het ziektebeeld, hoe je het beste om kan gaan met de ziekte. De cliënt wijzen op de leefstijlaspecten zoals voeding beweging er roken. De verpleegkundige kan daarnaast voorlichting geven over medicatie en andere klachten van de patiënt.

(Lever .M, 2008)

3.3 Psychosociale begeleiding

De verpleegkundige moet de cliënt bewust maken, voorlichting geven over het ziektebeeld, de behandeling, de complicaties en de eigen verantwoordelijkheid hierover. Verder kan de verpleegkundige ook aandacht hebben voor emoties en stress.

(Lever .M, 2008)

3.4 Ondersteunende rol

Hierbij luister je naar de patiënt, je verleent sociale steun en patiënt en eventueel familieleden. Door informatie vergroot je de kennis van de patiënt, wat de patiënt ook meer zelfvertrouwen zal geven.

(Lever .M, 2008)

3.5 Verwijzende rol

Wanneer de verpleegkundige bepaalde dingen in het consult signaleert waarbij zij de cliënt niet kan helpen, wordt de cliënt doorverwezen. Als verpleegkundige moet je weten waar en wanneer verwezen moet worden, vaak wordt dit ook weergegeven in het protocol waar je mee werkt.

(Lever .M, 2008)

3.6 De verpleegkundige werkt veel samen met de volgende disciplines:

- ✓ Verzorgenden
- ✓ Diëtiste
- ✓ Fysiotherapeut/oefentherapeut
- ✓ Podotherapeut
- ✓ Internist
- ✓ Oudernzorgverpleegkundige
- ✓ Pedicure
- ✓ Mondhygieniste
- ✓ Oogspecialist
- ✓ Huisarts

- ✓ Diabetesverpleegkundige
(Klinische les Diabetes, Lever M., Carint Markelo, Maart 2008)

3.7 De diabetesverpleegkundige

Sinds de jaren tachtig heeft de behandeling van diabetes een flink vlucht genomen. Er kwamen goede bloedsuiker meetinstrumenten op de markt en pijnloze prikpenen. De insulinepenen hebben hun intrede gedaan en de hoeveelheid onderzoek dat glashard het belang van goede zorgverlening en voorlichting onderschreef groeide ook flink.

De opkomst van het beroep van diabetesverpleegkundige dient in dit geval ook zeker niet onbesproken te blijven. De afgelopen vijftien jaar is dit beroep in toenemende mate in de belangstelling komen te staan. Met de oprichting van de beroepsorganisatie voor Diabetesverpleegkundigen, de Eerste Associatie van DiabetesVerpleegkundigen (EADV)⁵ en het uitbrengen van een beroepsdeelprofiel⁶ heeft het beroep een duidelijke professionalisering door gemaakt.

3.7.1 Inhoud van het beroep van diabetesverpleegkundige

Het beroep van diabetesverpleegkundige wordt in het beroepsdeelprofiel als het ware ontleed in een drietal taakgebieden:

- ✓ Zorgvragergebonden taken
- ✓ Professiegebonden taken
- ✓ Organisatiegebonden taken

Binnen deze taakgebieden wordt aan de hand van kerntaken, kernopgaven en competenties een verdere specificatie gegeven van het beroep van diabetesverpleegkundige.

In het beroepsdeelprofiel komt, wat betreft het zorgvragergebonden deel van de taken duidelijk naar voren dat voorlichting over de ziekte een belangrijk deel van het beroep vormt. Maar voor de diabetesverpleegkundige hiertoe kan komen zal zij eerst de zorgvraag moeten verkennen. De diabetesverpleegkundige doet dit vanuit een grote kennis van diabetes mellitus en specifieke aandachtspunten, zoals een voetscreening, of aandacht voor vasculaire schade zoals een tia, beroerte of perifere neuropathie.

Op basis van deze gegevens stelt de diabetesverpleegkundige een specifieke diagnose, waarbij ook weer aandacht is voor de aanwezigheid van specifieke diabetesbeelden zoals polyurie, of neurogene pijnen. Deze tweede stap geeft de basis voor de derde stap; het formuleren van beoogde resultaten van verpleegkundige diabeteszorg. Wat is haalbaar? Wat is wenselijk? Wetenschappelijk onderzoek is op dit punt een belangrijke basis voor het vaststellen van reële doelstellingen.

Na deze stappen komt de fase van voorlichting en preventie, de stap die hierboven en in het beroepsdeelprofiel als een substantieel onderdeel van de beroepsuitoefening is aangeduid. Het is duidelijk dat goede voorlichting en navolging van bepaalde leefregels een groot verschil kunnen maken in de kwaliteit van leven van de diabetespatiënt. De verpleegkundige heeft de taak om deze voorlichting in te passen in de persoonlijke situatie van de cliënt. Zelfzorg en diabetes zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden! In dit licht is het wellicht interessant om de zorg voor de allochtone diabetespatiënt te noemen.

⁵ <http://www.eadv.nl/>

⁶ Diabetesverpleegkundige, beroepsdeelprofiel, AVVV Utrecht 2004.

Onder andere te downloaden via:

http://www.avvv.nl/uploaded/FILES/Inhoudelijk_publicaties/BDP_Diabetesverpleegkundige.pdf

Uit onderzoek blijkt dat allochtonen een groter risico lopen op het krijgen van diabetes.⁷ Om dit te ondervangen zijn er behoorlijk uitgebreide documentatie van verpleegkundige zorg door (diabetes)verpleegkundigen aan allochtonen te vinden, met veel aandacht voor de culturele aspecten van de verschillende (etnische) groeperingen en de invloed ervan op bijvoorbeeld de aanvaarding van de ziekte.

Ook heeft de diabetesverpleegkundige op haar vakgebied uitgebreide kennis in het coördineren van zorg voor de diabetespatiënt, waarbij multidisciplinaire samenwerking veel voorkomt. Tenslotte is de diabetesverpleegkundige binnen haar vakgebied verantwoordelijk voor de evaluatie van de diabeteszorg. Daarmee wordt de cirkel van het verpleegkundig proces, met specifieke aandacht voor gebieden die bij diabetespatienten belangrijk zijn, gesloten en kan er weer bij stap 1 worden aangevangen.

7 http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1261n17502.html

4. EPIDEMIOLOGISCHE DIAGNOSE

4.1 Omvang:

De omvang van een gezondheidsprobleem geeft de frequentie aan waarmee een probleem zich voordoet; hierbij is een beschrijving van de prevalentie en incidentie van belang. De prevalentie geeft het totale aantal bestaande ziektegevallen in een bepaalde tijdsperiode aan. Incidentie betreft het aantal nieuw optredende ziektegevallen in een bepaalde tijdsperiode. (Sassen, 2000)⁸

Zowel diabetes type 1 als type 2 komen over de gehele wereld voor. De prevalentie van type 1 en 2 neemt wereldwijd toe, waarbij type 2 diabetes zelfs epidemische (zeer snel op grote schaal verspreidend) vormen aanneemt.

Nederland telt naar schatting zo'n 600.000 bij de huisarts bekende diabetes patiënten, waarvan iets meer dan de helft vrouwen betreft. Bij circa 250.000 mensen met diabetes is de diagnose nog niet gesteld. In totaal zijn er in Nederland naar schatting dus zo'n 850.000 mensen met diabetes. Jaarlijks wordt er in Nederland bij ongeveer 75.000 mensen diabetes geconstateerd. (Achterberg, 2006)⁹

Bij sommige bevolkingsgroepen komt diabetes relatief vaker voor dan bij autochtone Nederlanders. Voor mensen van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse afkomst geldt een drie- tot zesmaal hogere prevalentie.¹⁰ Voor mensen van Hindoestaanse afkomst ligt de prevalentie nog hoger en komen ook vaker micro- en macrovasculaire complicaties voor (aantasting van de kleine, respectievelijk grotere bloedvaten).

4.2 Ernst:

De ernst geeft de gevolgen van een gezondheidsprobleem weer voor de kwaliteit van het leven. (Sassen, 2004)¹¹

Diabetes kan op de korte en lange termijn leiden tot ernstige gevolgen.

Deze langetermijngevolgen worden ook wel diabetescomplicaties genoemd. Ze ontstaan vooral door hoge bloedglucosewaarden. Dat is slecht voor alle organen, lichaamsweefsels en zenuwen.

Andere oorzaken zijn hoge bloeddruk en te veel ongezonde vetten in het bloed. Door een gezonde levensstijl (voeding, beweging, vooral niet roken) en regelmatige controles verklein je de kans op complicaties.

Veelvoorkomende complicaties zijn:¹²

- ✓ oogaandoeningen
- ✓ hart- en vaatziekten
- ✓ nieraandoeningen
- ✓ voetproblemen
- ✓ dementie
- ✓ zenuwschade

⁸ Sassen, B: Gezondheidsvoorlichting en preventie; *Leidraad voor verpleegkundigen*, Elsevier gezondheidszorg, Achterberg 2000, pag. 28

⁹ Achterberg, Th. Van et al: Effectief verplegen; *Handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen*, Kavanah, Dwingeloo 2006 pag. 303

¹⁰ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1261n17502.html (14-03-2008)

¹¹ Sassen, B: Gezondheidsvoorlichting en preventie; *Leidraad voor verpleegkundigen*, Elsevier gezondheidszorg, Achterberg 2004, pag. 241

¹² <http://www.diabetesfonds.nl/Gevolgenlangetermijn> (14-03-2008)

- ✓ huidproblemen
- ✓ en andere gevolgen, zoals infectiegevoeligheid

Uitgebreide informatie over de ernst en de gevolgen van deze chronische ziekte kunt u teruglezen in de theoretische achtergrond informatie, opgenomen in dit verslag.

4.3 Sterfte als gevolg van diabetes:

Boven de leeftijd van 75 jaar lijkt sterfte als gevolg van diabetes ineens sterk toe te nemen, zo blijkt uit gegevens van het RIVM¹³:

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
60-64	27,53	17,35
65-69	55,30	36,76
70-74	84,30	70,03
75-79	134,14	128,65
80-84	252,27	232,12
85+	442,30	529,80

Sterfte per 100.000 inwoners

In deze tabel is alleen de oudere categorie opgenomen, de hele tabel is te vinden in de bronvermelding.

4.4 Spreiding:

Onder de spreiding van een gezondheidsprobleem wordt verstaan: de verdeling van het gezondheidsprobleem over tijdstippen, plaatsen en personen. (Sassen 2004)¹⁴

In Nederland hebben 74.000 mensen type 1 diabetes, waarvan 31.300 mannen en 42.700 vrouwen. Ongeveer 4.300 kinderen van 0-19 jaar hebben type 1 diabetes.

Van de Nederlanders met diabetes heeft 85-90% type 2 diabetes.¹⁵ De meeste diabetici zijn van middelbare of oudere leeftijd, maar de laatste jaren komt type 2 diabetes ook steeds meer bij jongere mensen en zelfs bij kinderen voor. Van de 600.000 geregistreerde mensen met diabetes zijn er 287.200 mannen en 297.700 vrouwen.¹⁶

Door groei en vergrijzing van de bevolking, maar ook door de stijging van het aantal mensen met overgewicht, zal het aantal personen met diabetes in de komende twintig jaar met 35% toenemen. Als de stijgende trend in overgewicht zich in de toekomst voortzet, is er nog een extra toename te verwachten.

Naast diabetes type 1 en type 2 komt bij 1 op de 20 zwangerschappen zwangerschapsdiabetes voor. Bij zwangerschapsdiabetes hebben de vrouwen 50% kans om binnen tien jaar type 2 diabetes te krijgen.¹⁷ Van de Turken en Marokkanen boven de 45 jaar heeft 44% van de mannen en 26% van de vrouwen type 2 diabetes. Van de Surinamers/ Antillianen (met name de Hindoestaanse Surinamers) boven de 50 jaar heeft 30% diabetes en boven de 60 jaar 40%, zowel mannen als vrouwen.

¹³ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1270n17502.html (14-03-2008)

¹⁴ Sassen, B: Gezondheidsvoorlichting en preventie; *Leidraad voor verpleegkundigen*, Elsevier gezondheidszorg, Achterberg 2004, pag. 241

¹⁵ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1259n17502.html

¹⁶ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1259n17502.html

¹⁷ http://www.diabetesplein.nl/over_diabetes/wat-is-diabetes/zwangerschapsdiabetes

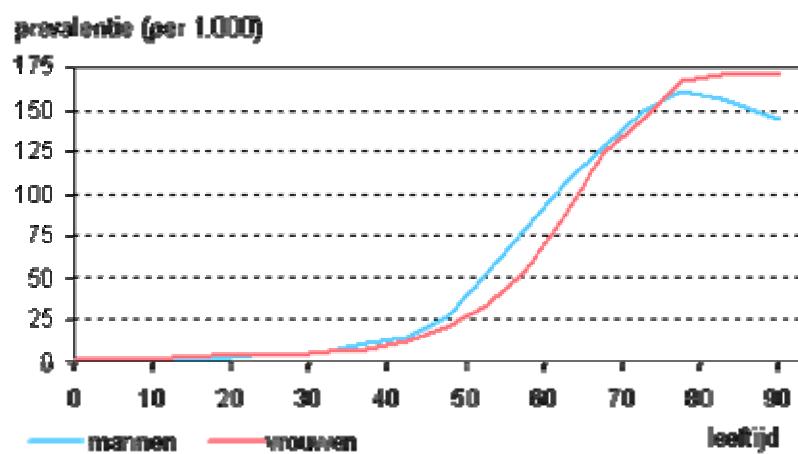


Fig 1.1 Prevalentie per leeftijdscategorie¹⁸

18 http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1259n17502.html (14-03-2008)

5. SOCIALE DIAGNOSE

5.1 Subjectieve aspecten:

In 'Diabetes zorgboek' wordt geschreven dat uiteindelijk vrijwel iedereen diabetes een plaats in het leven kan geven, zonder dat de kwaliteit van leven door het hebben van de ziekte al te erg wordt beïnvloed. (Coene, 1998)¹⁹

Het moment dat de diagnose 'diabetes' klinkt, is voor veel mensen een schok, maar ook een moment waarop duidelijk wordt waar bepaalde klachten vandaan komen. Sommige patiënten willen er echter niet aan toegeven: ze ontkennen de ziekte, die immers door simpele leefregels nog is in te dammen; Let op met sporten en weet wat je eet. Vroeg of laat echter steekt diabetes in heviger vorm de kop weer op en kan niet meer genegeerd worden. Boosheid kan een gevolg zijn van het moeten accepteren van de aandoening.²⁰

Als ook deze fase voorbij is kan de patiënt beginnen zijn 'leven weer op poten' te zetten; hij zal er mee moeten leren leven. (wat niet wil zeggen dat men klakkeloos gevolgen van diabetes moet aanvaarden als onvoorkoombaar!)

In enkele gevallen is het omgaan met de diabetes erg problematisch en blijft de patiënt volharden in de fase van ontkenning, met alle gevaren van dien. Psychische hulp kan daarbij verlichting bieden. (Coene, 1998)²¹

5.2 'Een leven lang leren'

Vanaf het moment dat de diagnose is gesteld kan de patient beginnen met het geven van een plek in het leven aan de diabetes. Tot aan het moment van de dood zal de ziekte zich in meer of mindere mate manifesteren. Mensen met type 1 diabetes kunnen gruwelen bij de gedachte aan een leven lang injecteren, of de complicaties op latere leeftijd, zoals aandoeningen aan het gezichtsvermogen.

De ziekte heeft weerslag op veel aspecten van het leven, of het kan lijken dat deze weerslag aanwezig is, zonder dat hier feitelijk sprake van is. Mensen kunnen problemen hebben met hun zelfvertrouwen, de toekomst somber inzien of het eigen lichaam in een kwaad daglicht stellen. Gaandeweg zullen veel van deze (nogal eens irrationele) gedachten wegebben, maar in het geval van complicaties, zoals een hypo, kan de tegenslag groot zijn. De bloedsuikerspiegel kan effecten hebben op de stemming van de patient. Een te laag bloedsuiker kan resulteren in irritatie, waarbij de patient niet door hoeft te hebben dat er sprake is van een geïrriteerde stemming. De omgeving heeft dit echter wel door. Gelukkig is er na verloop van tijd vaak sprake van herkenning van symptomen door de omgeving, zodat er bepaald kan worden of er nu sprake is van boosheid of van de gevolgen van diabetes.

¹⁹ Coene EH (1998): Diabetes Zorgboek; Giethoorn Ten Brink, Meppel pag 14

²⁰ De beschreven fasen lijken veel overeenkomsten te vertonen met de rouwverwerking zoals deze door Kubler-Ross is opgetekend.

²¹ Coene EH (1998): Diabetes Zorgboek; Giethoorn Ten Brink, Meppel pag 16

5.3 Objectief

Onderzoek naar de effecten van diabetes op de gesteldheid van de patiënt laten een weinig florissant beeld zien: (Wolleswinkel, 2002)²²

De symptomen en complicaties van diabetes kunnen de kwaliteit van leven sterk verminderen. Diabetespatiënten ervaren hun gezondheid als relatief slecht en geven tevens aan dat ze problemen ondervinden bij lichamelijke activiteiten. Vrouwelijke patiënten en patiënten met overgewicht rapporteren een slechtere kwaliteit van leven dan mannelijke patiënten en patiënten zonder overgewicht²³. Jongere patiënten geven vaker aan dat zij depressief zijn en angstgevoelens hebben. De kwaliteit van leven neemt af, naarmate de duur en de ernst van de ziekte toenemen.(Van der Bruggen, 2004)²³

Dat de invloed van diabetes en de daarbij nodige voorzorgsmaatregelen op veel manieren tot uiting kan komen in het waarderen van de ziekte door patiënten blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek naar diabetes type 2 en zelfcontrole van de bloedsuikerwaarden (Bloemendal, 2004)²⁴. Het lijkt moeilijk om objectief bepaalde zaken vast te stellen als het gaat om de kwaliteit van leven en het meten van de eigen bloedsuikerwaarden voor patiënten met type 2 diabetes. Bovenstaande lijkt in tegenspraak te zijn met hetgeen in andere literatuur voor algemeen feit wordt aangenomen, zoals te lezen is onder 'subjectieve aspecten' hierboven.

De eisen die een juiste behandeling van diabetes aan de persoon met de ziekte lijkt te stellen kunnen te groot zijn voor de persoon in kwestie:

Diabetes is een aandoening die middels het beïnvloede systeem van bloedglucose regulatie tot een reeks aan andere aandoeningen kan leiden (de zgn. secundaire complicaties), die het leven van de persoon met diabetes sterk kunnen beïnvloeden: zenuwen, het netvlies en de nieren krijgen het een stuk zwaarder onder invloed van diabetes.²⁵ Dit kan leiden tot een verslechterde visus en verlies van controle over armen, benen, darmen en blaas. Het hoeft bijna geen vermelding welke inbreuk dergelijke secundaire complicaties op het leven van de cliënt kunnen hebben, alhoewel dat weer onder de subjectieve beleving valt.

Onderzoek naar ervaren kwaliteit van leven van ouderen is gedaan door Wolleswinkel-van den Bosch et al.²⁶ Zij concluderen dat de ervaren kwaliteit van leven voor de gebieden fysiek functioneren, rolfunctioneren, pijn, ervaren gezondheid en sociaal functioneren verminderd is. Het verschil is middelgroot voor ervaren gezondheid en klein bij de andere dimensies.

²² Wolleswinkel-van den Bosch, JH, Hoeymans, N. Wat is de kwaliteit van leven bij diabetes mellitus? In: VTV, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidstoestand/Ziekten en aandoeningen/Endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen/Diabetes mellitus, 15 november 2002.

²³ Jacobs-van der Bruggen, MAM et al; Diabetes: *omvang en gevolgen*; RIVM Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek PZO, 2004 pag 6

²⁴ E. Bloemendal, L.M.C. Welschen, J.M.Dekker, G. Nijpels: Zelfcontrole van bloedglucose voor patiënten met type 2 diabetes mellitus die geen insuline gebruiken; *Focusgroep interviews met diabetesverpleegkundigen, huisartsen en patiënten*: Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie, Jrg. 2, nr 3 September 2004 pag 81-85

²⁵ Prof. Dr. H.M.J. Krans: Hormonen, Diabetes en St. Vincent *Rede uitgesproken op vrijdag 30 oktober 1998 ter gelegenheid van het afscheid als hoogleraar in de Interne Geneeskunde*; Universiteit Leiden pag 13

²⁶ Wolleswinkel-van den Bosch et al: Kwaliteit van leven in de VTV; *een haalbaarheidsstudie voor achter ziekten*; RIVM maart 2001. pag 26

5.4 Sociale diagnose toegespitst op casus Mw. Kaamsma:

5.4.1 Subjectieve aspecten:

Mevrouw Kaamsma is sinds een jaar weduwe. Het stervensproces en het overlijden van haar man heeft ze als zeer belastend ervaren. Sinds een tijdje heeft ze hulp bij het douchen en heeft geen problemen om dit te aanvaarden. Het contact met de verzorging is goed en plezierig.

Mevrouw heeft echter een groot probleem met het dragen van verbandschoenen, die nodig zijn om haar behandelde teen te laten genezen. Ze weet dat de teen een probleem voor haar vormt, maar ze kan hierin nogal eigenwijs zijn; de verbandschoenen zijn voor haar erger dan het leed van haar teen. En het 'gaat verder toch allemaal goed met me? Ik word een dagje ouder en daarom gaat het lopen minder, maar verder...'

5.4.2 Objectieve aspecten:

Het gevolg van haar pijnlijk teen is dat mevrouw tijdens de ochtendzorg (waarbij ze een aantal keer per week hulp krijgt bij de douchebeurt) steeds lastiger te verzorgen is. Haar mobiliteit is verminderd en steeds meer helpenden geven aan dat er wat aan gedaan moet worden. Het gaat immers 'slechts' om het dragen van een schoen.

Ondanks de goede omgang tussen mevr. Kaamsma en de verzorging zien meerdere personen problemen in het verschiet liggen, die makkelijk voorkomen kunnen worden: geen prettig vooruitzicht in de toch al krappe bezetting. Mevrouw is echter niet te vermurwen door de verzorging: die verbandschoenen blijven lekker in de hoek staan, aldus mevrouw.

Doordat mevrouw ondertussen minder mobiel aan het worden is, gaat de zelfzorg ook moeizamer op de dag dat er geen hulp voorhanden is. Tenminste, dat verwacht de verzorging, die het op is gevallen dat mevrouw er onverzorgder is gaan uitzien. Mevrouw erkent dit probleem zelf niet. Ook lijkt het niet helemaal door te dringen dat de diabetes waaraan ze lijdt haar flink parten kan spelen bij een dergelijke wond.

Mevrouw heeft eigenlijk geen personen in haar directe omgeving met wie ze veel omgang heeft.

6. GEDRAGSDIAGNOSE

Hierin wordt gekeken naar de relatie tussen gezondheidsgedragingen en het gezondheidsprobleem of de doelgroep.

6.1 Oorzaken

Momenteel is nog niet alles bekend over de oorzaken van diabetes. Waarom krijgt de één het wel en de ander niet? Duidelijk is dat er niet één oorzaak is aan te wijzen, het is een samenloop van omstandigheden. De ziekte zelf is niet erfelijk, maar de aanleg wel. Er gebeurt veel onderzoek naar de oorzaken, omdat dat aanknopingspunten geeft voor manieren om diabetes te voorkomen; zo is er onderzoek gaande naar de invloed van virale infecties op het ontstaan van type 1 diabetes.²⁷

6.1.1 Type 1 diabetes

Waarom iemand type 1 diabetes krijgt, is nog niet helemaal duidelijk. Erfelijkheid speelt een rol speelt, maar verklaart zeker niet alles. Naast aanleg zijn er nog meer dingen nodig waardoor diabetes de kop op steekt. Er zijn aanwijzingen dat voeding van de baby in de eerste paar maanden een rol kan spelen. Of een onschuldige virusinfectie op jonge leeftijd, die het immuunsysteem uit balans haalt.

6.1.2 Type 2 Diabetes

Waarom mensen type 2 diabetes krijgen is niet in alle gevallen duidelijk. Wel staat vast dat de kans enorm toeneemt met overgewicht, weinig lichaamsbeweging, stress en ongezond eten. Maar er zijn ook mensen die gezond leven en toch diabetes krijgen. Erfelijkheid speelt bij deze vorm van diabetes een veel grotere rol dan bij type 1 diabetes. Maar hiervoor geldt eveneens: de aanleg kun je erven, maar of het tot diabetes komt hangt voor een groot deel af van bijkomende oorzaken, zoals voeding en beweging. Wat die factoren verder nog zijn, wordt volop onderzocht.

6.2 Probleemgedragingen

Er zijn twee belangrijkste probleemgedragingen bij de chronische ziekte diabetes mellitus. Dit zijn ongezond eten, wat o.a. een hoog cholesterolgehalte veroorzaakt en te weinig lichaamsbeweging, waardoor een verhoogde kans op overgewicht bestaat. Ook verhoogt lichamelijke activiteit de gevoeligheid van lichaamscellen voor insuline.²⁸ Tevens kan stress ook een rol spelen bij het ontstaan van diabetes.

6.3 Oorzaken die zijn te veranderen

Beide probleemgedragingen zijn mogelijk te veranderen. Een te hoog cholesterolgehalte kan verholpen worden door gezond te eten, of eventueel te diëten. Tevens heeft dit

27 Dr. J. Rozing: De rol van virale infecties bij het ontstaan van type 1 diabetes diabetesfonds.
<http://www.diabetesfonds.nl/files/1999.00.028%20Rozing.doc?PHPSESSID=0db2df82beb27a4296843ed28dd65a1a>
(14-03-2008)

28 Doering TJ, Schmidt H, Steuernagel B, Fischer GC: Diabetes mellitus and physical medicine; Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. September 1998; 92(7): 485-90.

Abstract gevonden via Pubmed, zoekopdracht: "effect of exercise insuline"
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9842694?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum

invloed op het overgewicht. Wanneer de diabeet hiernaast ook nog meer zal gaan bewegen, leeft deze veel gezonder.

Aangezien deze oplossingen geen garantie blijken voor het genezen van diabetes weet je dat het probleemgedragingen zijn, die de kans op de ziekte veroorzaken en het ziektebeeld verergeren.

Stress is een moeilijk concreet te behandelen begrip en is geheel afhankelijk van de persoon. Uiteraard is er wat te doen tegen stress, hierbij kun je denken aan meer ontspanning, eigen grenzen aangeven enz..

7. ASE-MODEL TOEGEPAST OP DE CASUS VAN MW. KAAMSMA

7.2 Externe variabelen

Externe variabelen zijn indirecte invloeden op het gedrag van mensen. Naast de attitudes, sociale invloed, eigen effectiviteit en de barrières, die hieronder verder uitgewerkt worden, vallen onder externe variabelen de volgende factoren:

Mw. Kaamsma is een vrouw van 74 jaar oud en sinds een jaar alleenstaand. Ze is in geringe mate zwakbegaafd, waardoor haar leervermogen **zeer** beperkt is. Tevens is Mw. een ijdel tuit, wat een zeer belangrijke factor is in deze casus. Het wegvallen van haar man is voor mevrouw een zeer grote lichamelijke en emotionele belasting geweest, ondanks hulp van de thuiszorg bij de verzorging van haar man.

7.3 Attitude

De houding die iemand aanneemt gevormd op basis van overwegingen en waarderings wordt attitude genoemd.

Mw. is erg ijdel en wil hierdoor geen verbandschoenen dragen. De hulpverlener heeft voorlichting geven over het belang van deze speciale schoenen die de wondgenezing bevorderen. Echter draagt Mw. de schoenen nog altijd niet. Haar 'te krappe' schoenen vind ze mooier, maar beperken juist de wondgenezing. Het kan zelfs lijden tot ernstige complicaties, zoals verergering van de wond en amputatie.

Het feit dat Mw. zwakbegaafd is vormt een beperking in het leervermogen van Mw. De voorlichtingen over de ziekte, de oorzaken en complicaties lijken niet geheel door te dringen. Dit blijkt ook uit het feit dat Mw. kampt met overgewicht ondanks de COPD en diabetes.

Deze beide ziektebeelden en de complicaties hiervan vormen een last voor Mw. als voor de hulpverleners bij de ADL. Echter ziet Mw. het belang niet in hier actie op te ondernemen.

7.4 Sociale invloed

De sociale invloed betreft de mate waarin een persoon al of niet instemt met de opvattingen van personen uit zijn sociale omgeving. De sociale invloed wordt onder andere bepaald door de motivatie om te conformeren en door referentopvattingen: opvattingen van de persoon over wat andere denken.

Mw. Kaamsma is sinds een jaar weduwe. Haar man was van grote betekenis in haar leven. Dhr. was niet zwakbegaafd en had veel invloed op Mw. Hij begeleidde haar bij de acceptatie, omgang met en gevolgen van haar ziekte. Mw. was op de hoogte van haar zwakbegaafdheid en het juiste verstand van haar man. Meneer Kaamsma was een steun en toeverlaat voor mevrouw, omdat hij de gene was die ze kon vertrouwen en die haar begreep. Meneer Kaamsma was de persoon in het leven van mevrouw die haar kon overhalen tot gewenst gedrag omtrent haar ziekte. De regie van het leven van mevrouw lag altijd in de handen van haar man, in verband met haar zwakbegaafdheid. Mw. heeft moeite met het verlies van haar man en hierbij de overname van de regie door verzorgenden. Ze vindt het moeilijk te accepteren dat de hulpverleners het bij het rechte eind hebben en haar wijzen op haar ongezonde gedrag. Uit de casus kun je opmaken dat Mw. in staat is om dingen te leren, en uit te voeren, zoals het zelfstandig spuiten van insuline.

Echter lukt haar dit alleen bij voldoende begeleiding van een vertrouwd persoon. Haar hele gehuwde leven lang is dit haar man geweest, die ook onvervangbaar zal zijn voor haar. Het ziet er naar uit dat ze zeker bewust is van haar situatie en de gevolgen van haar ziekte, maar dit niet kan accepteren wanneer ze hier op gewezen wordt door hulpverleners. Ze heeft hier veel begeleiding bij nodig en een vertrouwensrelatie.

7.5 Eigen effectiviteit

Dit is de inschatting over de haalbaarheid van het gedrag die een persoon maakt en draait om de vraag: ‘denk je dat je het kunt?’

De eigen effectiviteit van Mw. Kaamsma is een belangrijke factor in dit model, aangezien mevrouw zwakbegaafd is. Het is moeilijk om Mw. gewenst gedrag te laten vertonen. In de eerste plaats in verband met het beperkte leervermogen van Mw., maar ook omdat de situatie voor hulpverleners moeilijk in te schatten is. Dringt de informatie tot Mw. door, ziet ze het belang in om hierop actie te ondernemen?

Mw. is pas sinds een jaar weduwe. Dit heeft een zeer grote impact op haar gehad. Hiernaast moet ze nu leren omgaan met de situatie en zichzelf hierin te handhaven. Uiteraard zal het niet de eerste keer zijn dat ze complicaties ondervindt als gevolg van haar ziekte, maar wel een van de eerste keren zonder ondersteuning van haar man. Ze mist momenteel de begeleiding van haar man.

7.6 Intentie

Het uiteindelijke gedrag van mensen is het beste te voorspellen uit de intentie. De intentie is de bedoeling, het ‘van-plan-zijn’ van mensen, om bepaald gedrag te vertonen.

De intentie van Mw. Kaamsma zou moeten zijn dat ze het belang inziet van het dragen van speciale schoenen, ter bevordering van de wondgenezing als gevolg van de ingegroeide teennagel. Helaas is het bij mevrouw erg moeilijk deze informatie over te dragen en de begeleiding te bieden die ze hierbij nodig heeft.

Hierbij is het ook belangrijk te vermelden dat de houding van Mw. Kaamsma grote gevolgen heeft voor de hulp bij ADL. Haar zwaarlijvigheid in combinatie met de COPD zorgt voor de nodige problemen.

7.7 Barrières

Barrières kunnen de relatie tussen de intentie en het gedrag beïnvloeden.

De twee grootste barrières die spelen bij deze casus zijn de ijdelheid van Mw. Kaamsma en het beperkte leervermogen als gevolg van haar zwakbegaafdheid. Haar ijdelheid weerhoudt haar ervan het speciale schoeisel te dragen. Haar zwakbegaafdheid vormt een barrière betreffende het leervermogen van Mw. Ze begrijpt het belang van dit schoeisel niet voldoende om hier ook actie op te ondernemen.

7.8 Gedrag

Het beoordelen van de determinanten van gedrag van het ASE-model resulteert zich in het ‘gedrag’. Bij Mw. Kaamsma betekent dit dus haar gedrag; het niet dragen van het speciale schoeisel, als gevolg van de ijdelheid en de geringe zwakbegaafdheid van mevrouw. Hier komt bij dat de begeleiding van haar man, zoals ze gewend is, weg is komen te vallen door het overlijden van dhr. . Dit is een moeilijk proces voor haar gebleken. Tevens kan ze het moeilijk accepteren om nu de regie over te dragen aan de

thuiszorg. Dit houdt verband met haar beperkte leervermogen en begeleiding hierin. Enkele factoren hierin zijn beïnvloedbaar, anderen zijn geheel afhankelijk van de situatie op dat moment. Een belangrijk aspect bij de begeleiding van mevrouw is dat mevrouw leert in te zien dat het dragen van het speciale schoeisel genezingbevorderlijk voor de wond aan haar voet ten gevolge van de ingegroeide teennagel. Pas wanneer mevrouw zich volledig in vertrouwen genomen voelt en voldoende begeleiding krijgt tijdens dit proces is haar leervermogen optimaal en zal ze inzien dat het dragen van speciaal schoeisel belangrijk is. Vervolgens zou je met mevrouw in kunnen gaan op de overige problemen die zich voordoen, zoals het overgewicht in combinatie met de COPD.

8. GEZONDHEIDSKUNDIGE INTERVENTIES

8.1 Intervention Mapping

8.1.1 Specifieke interventiedoelen:

Specifieke gedragsdoelen betreffende de casus van Mw. Kaamsma zijn:

- ✓ Het accepteren van de zorg en bemoeienis van hulpverleners als vervanging van haar man.
- ✓ Het dragen van speciaal schoeisel, ter bevordering van de wondgenezing aan haar teen.
- ✓ Het hanteren van een gezonde leefwijze in het belang van haar ziekten. Hierbij denken we aan het streven naar een gezond gewicht, in het belang van diabetes en COPD.

8.1.1.1 Belangrijke, veranderbare (gedrags)determinanten:

- ✓ Het feit dat Mw. ijdell is vormt een beperking in het streven naar het gewenste gedrag. Hierbij is het van belang dat mevrouw in gaat zien wat het belang is van het dragen van speciaal schoeisel ter bevordering van de wondgenezing. Hierbij is ten eerste belangrijk dat mevrouw de hulp van thuiszorg gaat accepteren en zich vertrouwd voelt hiermee. De EVV'er van mevrouw heeft hierbij een belangrijke rol. Deze zou een bijzondere band met mevrouw op kunnen bouwen om zo het vertrouwen van mevrouw te winnen. Tevens kan zij mevrouw de begeleiding bieden die ze momenteel zo mist, ter gevolgen van het overlijden van haar man. Pas wanneer mevrouw open staat voor de informatie en het belang in gaat zien zal ze hier naar handelen en gewenst gedrag vertonen.
- ✓ De ongezonde leefwijze van mevrouw zorgt voor de nodige problemen tijdens de ADL. Deze leefwijze is veranderbaar, mits mevrouw hier voor open staat, wil veranderen en hierop actie onder neemt. Hierin speelt de EVV'er wederom een belangrijke rol. Pas na vertrouwen en acceptatie van de zorg zal mevrouw hier naar handelen en gewenst gedrag vertonen.

8.1.1.2 Interventiedoelen:

- ✓ Mw. Kaamsma en haar EVV'er hebben binnen twee maanden een vertrouwensband opgebouwd.
- ✓ Mw. Kaamsma draagt dagelijks haar speciale schoeisel ter bevordering van de wondgenezing, zolang de podotherapeute dit nodig acht.
- ✓ Mw. Kaamsma hanteert dagelijks een gezonde leefwijze.

8.1.1.3 Methodiek:

Op basis van de casus kiezen wij voor het model van gedragsverandering door voorlichting. Mw. Kaamsma heeft moeite met het accepteren van de adviezen van zorgverleners. Ze zal hier stapsgewijs in begeleid moeten worden. Mw. zou een vertrouwensband op moeten bouwen met een van de hulpverleners, om tot acceptatie te komen. Vervolgens zou mevrouw moeten begrijpen en inzien wat het belang is van de interventiedoelstellingen. Vooral het tweede punt zal bij deze casus **zeer** moeizaam verlopen aangezien mevrouw in geringe mate zwakbegaafd is. Vervolgens zou mevrouw de acties willen ondernemen. Waarschijnlijk zal dit bij Mw. Kaamsma wederom een knelpunt zijn, aangezien ze al haar hele leven bekend is met diabetes, maar nog altijd kampt met overgewicht. Hieruit blijkt dat ook haar man hier niet voldoende invloed op uit heeft kunnen oefenen.

Vervolgens moet ze om kunnen gaan met de nieuwe leefwijze en schoenen en deze interventies blijven uitvoeren. Waarna ze het vervolgens zal blijven doen, zolang dit in het belang is van haar ziekte en gezondheidsbevordering.

8.2 Interventieontwerp

Wij hebben gekozen voor het bestaande model van gedragsverandering door voorlichting. Het meest bruikbare, bestaande hulpmiddel hierbij is, naar ons inziens, voorlichting op individueel niveau.

8.3 Implementatieplan

De implementatie van het ontwerp gebeurt in eerste instantie door de EVV'er van Mw. Kaamsma, door de individuele begeleiding en voorlichting waardoor er een vertrouwensband ontstaat. Dit alles resulteert in het vertonen van gewenst gedrag bij mevrouw Kaamsma.

8.4 Evaluatieplan

In het evaluatieplan zal gekeken worden naar het verloop van het proces, de gestelde interventiedoelen en het interventieontwerp. Vervolgens kijken we naar het resultaat en het behalen van de gestelde doelen bij Mw. Kaamsma. We splitsen de evaluatie op in effectevaluatie en procesevaluatie, om aan de ene kant een duidelijk beeld te krijgen van de rol als hulpverlener, de doelen en resultaten hierbij. Aan de andere kant kijken we naar de individuele doelen van Mw. Kaamsma, de interventies, resultaten en gedragsbehoud. Door deze twee evaluatie naast elkaar te leggen krijgen we inzicht in het resultaat van ons handelen bij deze casus.

9. MODEL VAN GEDRAGSVERANDERING:

1^e proces: Succesvolle communicatie		
Beïnvloedende variabelen en doelen:		
1. Aandacht hebben	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Blootstelling aan communicatie ✓ Selectieve waarneming ✓ Risicoperceptie 	→ openstaan
2. Begripsverbetering	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Begrijpelijkheid ✓ Accepteren en onthouden 	→ begrijpen
2^e proces: Veranderingen in gedragsdeterminanten en het gedrag		
Beïnvloedende variabelen en doelen:		
3 Attitudeverandering	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Voor- en nadelen beïnvloeden ✓ Afspiegelen van werkelijkheid ✓ Beloningen 	→ willen
4. Hanteren van de sociale invloed	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Omgaan met sociale druk en steun ✓ Weerbaarheid vergroten 	→ kunnen omgaan
5. Toename eigen effectiviteit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aanleren van (praktische) vaardigheden 	→ kunnen uitvoeren
6. Gedragsverandering	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Omgaan met barrières ✓ Feedback ✓ Uitdagende haalbare doelen 	→ doen
3^e proces: Stabilisering van de gedragsverandering		
Beïnvloedende variabelen en doelen:		
7. Gedragsbehoud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Omgaan met de negatieve ervaringen ✓ Terugval ✓ Herhalingsmomenten 	→ blijven doen

(Sassen 2004, blz. 264, figuur 6.15)

10. HET MODEL VAN GEDRAGSVERANDERING TOEGEPAST OP DE CASUS MW. KAAMSMA.

10.1 Hoe gaan we het aan mw. Kaamsma vertellen?

De gedragsverandering richten we alleen op de ingegroeide teennagel en het ontstane wondje. Wij zijn van mening dat het wondje aan de teen op dit moment een hogere prioriteit heeft dan het overgewicht. Ten eerste omdat haar zwakbegaafdheid meetelt en ze niet te veel informatie in een keer zal kunnen onthouden. Ten tweede is het een feit dat wanneer je een wondje aan je voet hebt, het moeilijker is om af te vallen door te bewegen.

10.1.1 1^e proces: succesvolle communicatie

10.1.1.1 Doel: Aandacht hebben

Blootstellen aan het voorlichtingsbericht.

Doordat we hebben gesignaleerd dat er bij mw. Kaamsma enkele problemen voordoen met betrekking tot communicatie, willen we door middel van het model gedragsverandering haar op de juiste manier blootstellen aan voorlichting. De situatie verslechtert duidelijk bij mw. Kaamsma, de wond aan haar teen blijkt steeds groter te worden. Allereerst willen we bereiken dat mw. Kaamsma de zorgverlener vertrouwd. Op basis van een goede vertrouwensrelatie, staat mw. beter open voor gedragsverandering.

10.1.1.2 Doel: Begripsverbetering

Hier gaat het om het verkrijgen van *begrip* van de zorgvrager.

Bij mw. Kaamsma zal dit extra moeilijk zijn in verband met haar zwakbegaafdheid.

Voorheen hielp dhr. Kaamsma haar bij alles, echter is deze vorig jaar overleden.

Om haar toch zo goed mogelijk voor te lichten, is begripsverbetering noodzakelijk.

Tijdens de voorlichting zullen wij haar vragen kunnen stellen, zodat wij bij haar kunnen controleren of ze het allemaal heeft begrepen. Op deze manier wordt inzichtelijk gemaakt of de informatie goed bij mw. is overgekomen. Door zorgverleners attent te maken op de voorlichting die zij gehad heeft, kunnen zij tijdens de ADL vragen of ze de informatie begrepen heeft. De zorgverleners kunnen haar specifieke vragen stellen over de gevolgen van de ingegroeide teennagel.

Om inzichtelijk maken dat je van diabetes veel complicaties kunt krijgen, geven we haar bij deze stap voorlichting over de diabetes en richten wij ons speciaal op de complicaties die kunnen ontstaan op de langere termijn.

Als deze informatie goed bij mw. is overgekomen zal ze zelf inzien dat het speciale schoeisel van groot belang is en dagelijks gedragen moet worden.

Pas wanneer deze informatie wordt begrepen, kan er worden begonnen aan de attitudeverandering. Mocht de informatie niet begrepen zijn dan moeten wij ons uiterste best doen om de informatie op een andere manier over te brengen.

10.1.2 2^e proces: Verandering in de gedragsdeterminanten en gedrag- attitudeverandering

10.1.2.1 Doel: Attitudeverandering

In deze fase zal er bij mw. Kaamsma een verandering in het gedrag moeten plaatsvinden. De gegeven informatie zal mw. in haar dagelijkse leven uit moeten voeren.

Bij deze stap van gedragsveranderingen zullen wij de voor- en nadelen gaan bespreken die hieronder in een rijtje worden weergegeven. Op deze manier hopen wij mw. zover te krijgen dat ze dagelijks het speciale schoeisel zal dragen.

Voordelen:

- ✓ Het bevordert het genezingsproces van het wondje dat veroorzaakt is door de ingegroeide teennagel.
- ✓ Het voorkomt verdere complicaties
- ✓ Het wondje zal genezen
- ✓ Mw. zal na het genezen weer beter kunnen functioneren en weer mooie, nieuwe schoenen kunnen dragen die op maat gemaakt zijn.
- ✓ De schoen is makkelijk aan te trekken en lekker warm.

Nadelen:

- ✓ Mw. heeft geen modebewuste schoenen.

10.1.2.2 Doel: Hanteren van de sociale invloed

Om het gedrag van mw. Kaamsma te veranderen heeft de verzorgende en haar EVV'er sociale druk op haar uitgeoefend.

Wij als zorgverlener hebben er specifiek niet voor gekozen om mw. in contact te brengen met lotgenoten. Bij mw. is geconstateerd dat ze zwakbegaafd is, hierdoor kunnen enkele mensen zich in de groep storen aan mw., als ze dit door zal hebben zal ze helemaal geen advies meer willen ontvangen, ook niet van ons als zorgverleners. Om dit risico niet te lopen, hebben wij ervoor gekozen om individuele voorlichting te geven.

10.1.2.3 Doel: Toename eigen effectiviteit

In deze fase leren wij mw. goed om te gaan met de schoen.

Tevens leren wij mw. hoe ze het speciaal schoeisel op een goede verantwoordelijke manier uit- en aan te trekken.

Tevens wijzen wij haar op het feit dat er achterin een rits waarmee je het beste de schoenen uit en aan kunt trekken.

Met het klittenband boven op de schoen kun je de verbandschoen strakker maken.



10.1.2.4 Doel: Gedragsverandering

In deze fase heeft mw. Kaamsma dagelijks haar verbandschoenen aan.

Zij laat steeds meer blijken dat de pijn minder wordt en dat het wondje geneest.

Ze ziet er al naar uit om straks weer mooie schoenen te dragen, die speciaal opgemeten zijn. Mw. Kaamsma vertoont nu gewenst gedrag, het lag voorheen vooral bij het feit dat mw. geen modebewuste schoenen kon dragen. Door inzichtelijk te maken wat de gevolgen hiervan kunnen zijn, werd voor mw. duidelijk dat ze verbandschoenen moest dragen. Om haar te wijzen op het feit dat ze naderhand weer modieuze schoenen kan dragen, hebben wij haar kunnen overhalen.

Ze zal de volgende keer inzien dat de lelijke schoen haar weer kan helpen aan een modieuze schoen. In deze fase geef je mw. Kaamsma ook positieve feedback: dat wij het heel knap van haar vinden dat ze dit toch heeft ondernomen, ondanks dat het erg lelijke schoenen zijn.

10.1.3 3^e proces : Stabilisering van de gedragsverandering

10.1.3.1 Doel: Gedragsbehoud

We moeten haar vooral positieve feedback blijven geven op het dragen van het speciale schoeisel. Wanneer het wondje genezen is, moeten we ervoor zorgen dat mw. niet haar oude schoenen weer gaat dragen, omdat deze veel te krap zitten en deze wondjes veroorzaken. Wij zullen de familie er op attenderen, dat wanneer mw. geen nieuwe aangepaste schoenen zal kopen/dragen ze weer wondjes zal ontwikkelen. De hele gebeurtenis zal zich dan weer van voor af aan herhaald moeten worden.

Als mw. Nieuwe aangepaste schoenen heeft, blijven wij als zorgverleners in de gaten houden of mw. Kaamsma weer nieuwe wondjes zal ontwikkelen.
Echter zal deze kans gering zijn, omdat de schoenen speciaal zijn aangemeten.

LITERATUURLIJST:

Diabetesverpleegkundige, beroepsdeelfprofiel, AVVV Utrecht 2004. Onder andere te downloaden via:

http://www.avvv.nl/uploaded/FILES/Inhoudelijk_publicaties/BDP_Diabetesverpleegkundige.pdf

Coene EH (1998): *Diabetes Zorgboek*; Giethoorn Ten Brink, Meppel

Wolleswinkel-van den Bosch JH, Hoeymans N (2002): *Wat is de kwaliteit van leven bij diabetes mellitus?*

Jacobs-van der Bruggen, MAM et al (2004); *Diabetes: omvang en gevolgen*; RIVM Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek PZO,

E. Bloemendal, L.M.C. Welschen, J.M.Dekker, G. Nijpels (2004): Zelfcontrole van bloedglucose voor patiënten met type 2 diabetes mellitus die geen insuline gebruiken; Focusgroep interviews met diabetesverpleegkundigen, huisartsen en patiënten: *Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie*, Jrg. 2, nr 3 September 2004

Prof. Dr. H.M.J. Krans (2008): *Hormonen, Diabetes en St. Vincent Rede* uitgesproken op vrijdag 30 oktober 1998 ter gelegenheid van het afscheid als hoogleraar in de Interne Geneeskunde; Universiteit Leiden

Wolleswinkel-van den Bosch et al (2001): *Kwaliteit van leven in de VTV; een haalbaarheidsstudie voor achter ziekten*; RIVM maart 2001.

Achterberg, Th. Van et al (2006): *Effectief verplegen; Handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen*, Kavanah, Dwingeloo

Sassen, B (2004): *Gezondheidsvoorlichting en preventie; Leidraad voor verpleegkundigen*, Elsevier gezondheidszorg, Achterberg

Dr. J. Rozing (1999): *De rol van virale infecties bij het ontstaan van type 1 diabetes diabetesfonds.*

<http://www.diabetesfonds.nl/files/1999.00.028%20Rozing.doc?PHPSESSID=0db2df82beb27a4296843ed28dd65a1a> (14-03-2008)

Doering TJ, Schmidt H, Steuernagel B, Fischer GC (1998): *Diabetes mellitus and physical medicine*; *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*. September 1998; 92(7): 485-90. Abstract gevonden via Pubmed, zoekopdracht: "effect of exercise insuline"

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9842694?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

Websites:

<http://www.dvn.nl>

<http://www.novodisk.nl>

<http://www.eadv.nl/>

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1261n17502.html

<http://www.diabetesfonds.nl/Gevolgenlangetermijn> (14-03-2008)

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1270n17502.html (14-03-2008)

http://www.diabetesplein.nl/over_diabetes/wat-is-diabetes/zwangerschapsdiabetes (14-03-2008)

BIJLAGE 1:**Diabetesprotocol, ROC van Twente, doktersassistente opleiding 2004****VRAGEN:**

Hoe gaat het met uw ogen? Ziet u ook slechter dan normaal? Of prikken u ogen?

Heeft u wel eens pijn op de borst?

Heeft u wel eens pijn in de kuiten bij het lopen?

Voelt u wel eens tintelingen of prikkelingen in uw voeten?

Heeft u wondjes die slecht genezen?

Hoe gaat het met de medicijnen? Heeft u daar problemen mee? Of heeft u misschien last van bijwerkingen?

Heeft u nog andere klachten?

GLUCOSE PRIKKEN

< 4: opnieuw prikken

2-4: bespreken arts (tijdstip afhankelijk van hoe de patient zich voelt)

< 2: acuut melden arts

nuchter 8.1 – 10 →

2hm 10,1 – 12 → week later nuchter en 2hnm prikken

nuchter > 10

2hnm > 12 → meteen doorgeven aan arts, zeker zelfde dag nog

BLOEDDRUK

RR > 160 syst (60+) / RR > 140 syst of RR > 90 diast: 1 week later opnieuw meten

GEWICHT

> 4kg aangekomen in 3 maand → spreekuur

VOETINSPECTIE

Wondjes → overleg HA

URINE

Eiwit + → overleg dezelfde dag nog met de arts

EVT. NAAR OOGARTS

Langer dan 1 jr geleden: VERWIJSCAART OOGARTS UITSCHRIJVEN