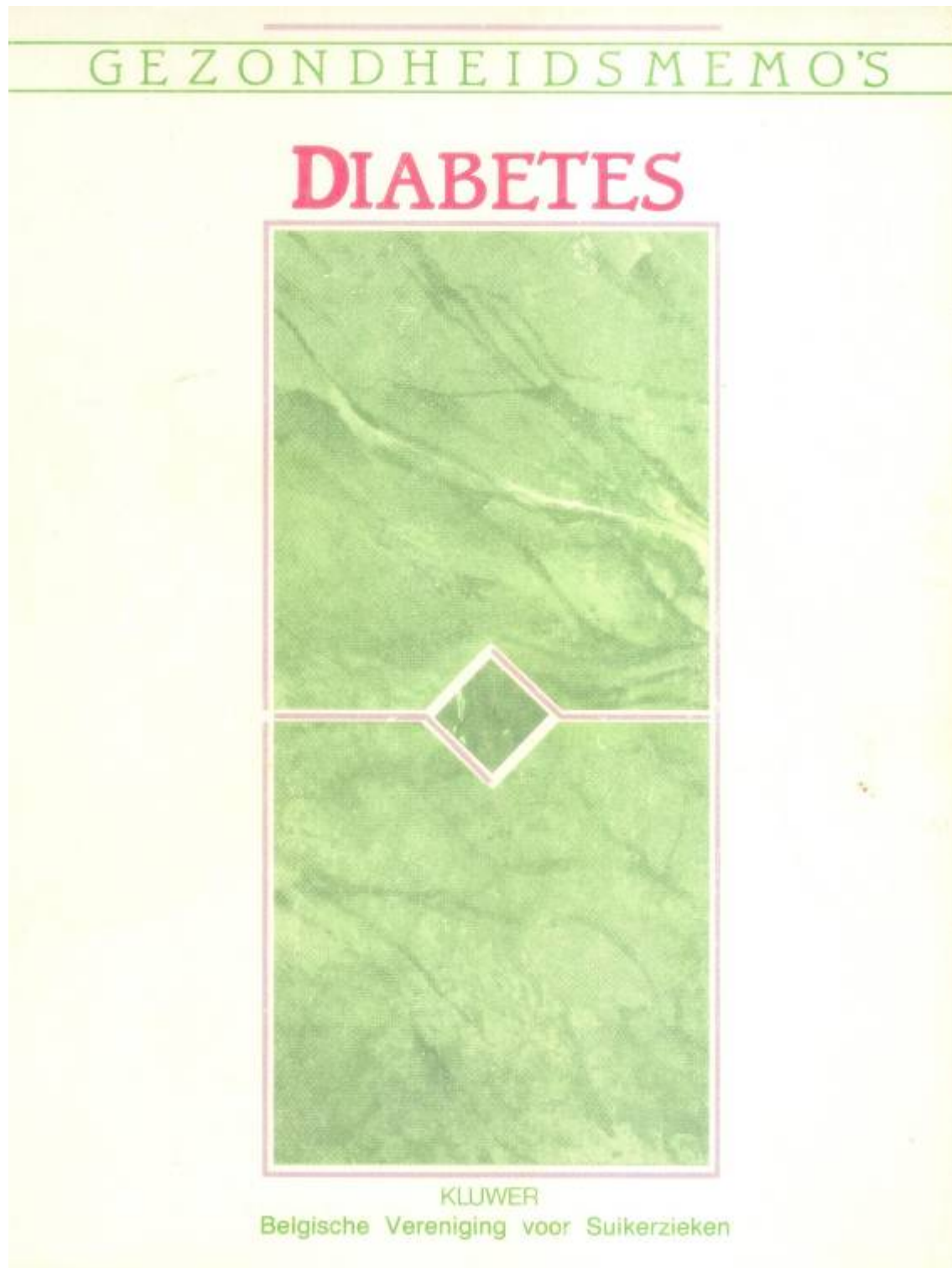


Gezondheidsmemo

Diabetes

*Sabine Fiers: maatschappelijk assistente;
Anita Rosez: gegradueerde sociale verpleegkundige;
Medische Advies Commissie van de B.V.S. ;
Coördinator: Dr. R. Rottiers, voorzitter B.V.S.*



Inhoud:

1 Medische informatie	4
1. Wat is diabetes?	4
2. Behandeling van diabetes	7
3. In de loop der jaren.....	14
4. Besluit.....	18
2 Hoe leef ik met diabetes?.....	19
1. Wat als ik zelf diabeet word?	19
2. Wat als je partner diabeet wordt?	26
3. Wat als je kind diabeet wordt?.....	29
4. Mijn relatie met de behandelende arts.....	31
5. Hoe reageert de omgeving, de werkkring?	33
6. Praktische dingen waarmee we rekening dienen te houden	35
7. Als diabeet gaan studeren.....	39
8. Beroepskeuze	40
3 De diabeet en bijzondere regelingen	42
1. Rijbewijs en autoverzekering	42
2. Legerdienst.....	44
3. Levensverzekeringen en schuidsaldoverzekeringen	45
4. Reisverzekering	45
5. Diabetes en sociale voorzieningen : behandeling en eventuele tussenkomsten.....	46
Besluit	50

1987, Belgische Vereniging voor Suikerzieken - Kluwer

De Gezondheidsmemo's zijn een gemeenschappelijk initiatief van

- ◆ Het Trefpunt Zelfhulp
 - ◆ Het Vormingsinstituut voor Begeleiding van Gehandicapten
 - ◆ De Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen
- in samenwerking met uitgeverij Kluwer

Ontwerp omslag: het geel punt bvba, kontich

ISBN 90-6716 483 6

D/1987/2524/13

© 1987, M & Inv Antwerpen

Woord vooraf

Als je dit boek in de hand neemt, is het om meer te weten over diabetes. Je kreeg van je geneesheer te horen dat je diabeet bent of je verneemt dat je partner, je kind of iemand die je kent diabeet is. In deze gevallen is het van groot belang om een grondig inzicht te krijgen in deze aandoening. Daar is een zeer goede reden voor : als er een 'zieke' is die niet als ziek wordt ervaren door zijn omgeving dan is dat de diabeet. Toch eist diabetes een continue behandeling, een uitgebreide zelfcontrole en een verstrekkende aanpassing van de levensgewoonten, het levensritme en de verwachtingen.

Dit alles wordt hier beschreven door mensen die aan den lijve ondervinden wat diabetes is en zich bovendien op professioneel vlak inlaten met de opvang en de begeleiding van diabeten.

Zij brengen in het eerste deel uitgebreide medische informatie over diabetes. Laat je echter niet afschrikken door de technische kant van de aandoening. Een goed medisch inzicht is een noodzaak voor de diabeet en voor iedereen die wil begrijpen hoe drastisch diabetes iemands leven verandert. Je zal merken dat de diabeet allerlei technieken dient te ontwikkelen om een nieuw en vaak precies evenwicht te vinden.

Het tweede deel handelt over de beleving en ervaring van de diabeet. Het leren leven met diabetes en de voortdurende zelfcontrole dwingt tot een aanpassing in je relaties met jezelf, je partner, je gezin, je werkomgeving, enz. Diabetes komt voor in alle leeftijdsgroepen. Het wordt door ieder individu verschillend beleefd en verwerkt. Het is belangrijk dat in gedachten te houden bij het doorlezen van dit werk. Mogelijk herken je sommige gevoelens en andere niet. Als het tweede gedeelte als 1 massaal probleemblok overkomt, bedenk dan dat het hier gaat om een opsomming van moeilijkheden die zich kunnen maar niet moeten voordoen.

Tenslotte volgen in het derde deel een aantal nuttige tips. Diabetes heeft namelijk een aantal juridische en financiële gevolgen. Ook de daaraan verbonden administratieve regelingen worden toegelicht.

1 Medische informatie

1. Wat is diabetes?

Energie

Leven vergt energie, dat weet iedereen. Dat we ook energie nodig hebben als we niet “bewegen”, is waarschijnlijk niet zo bekend. Inderdaad, meer dan de helft van onze energie gebruiken we om te ademen, te zien, te horen, om ons lichaam op temperatuur te houden... Kortom, om te leven.

Verder leveren we op de één of de andere manier arbeid: wassen, aankleden, eten, werken, sporten, boodschappen doen... Voor al deze dingen is een hoeveelheid energie nodig.

Voeding

De energie die we nodig hebben voor het in stand houden van onze lichaamsfuncties (in rust) en voor het bewegen (in arbeid), putten we uit onze voeding. Hoe dat precies gaat, hoe het mogelijk is dat wij uit brood, kaas, vlees, aardappelen, groenten enz. energie halen en (kunnen) gebruiken, is een lang en gecompliceerd verhaal. Onze voeding bestaat uit verschillende voedingsstoffen. De drie belangrijkste zijn :

1. eiwitten zijn de bouwstoffen nodig om bijvoorbeeld cellen te doen groeien en waar nodig te vervangen (vlees, vis, eieren, melk, kaas ...);
2. vetten worden opgeslagen in het lichaam en dienen o.a. als reserve-energie-bron (boter, margarine, dierlijke en plantaardige vetten);
3. koolhydraten of suikers zijn de lichaamsbenzine (brood, aardappelen, zoetigheid, rijst, fruit, groenten ...).

De bouwstenen van onze voeding: eiwitten - vetten - koolhydraten

Deze drie voedingsstoffen leveren energie : 1 gram eiwitten levert 4 kcal (= 17 Kjoule), 1 gram vet bevat 9 Kcal en 1 gram koolhydraten levert eveneens 4 Kcal (1 kiloCalorie is de energie die nodig is om 1 kg water 1°C warmer te maken, van 14,5° naar 15,5° Celsius). Andere belangrijke voedingsstoffen zijn voedingsvezels (cellulose), mineralen, vitamines en water (60 % van ons totaal lichaamsgewicht). Hoewel zij geen energie leveren zijn zij onontbeerlijk voor ons lichaam.

Stofwisseling

De voeding die wij tot ons nemen wordt in het maag-darmstelsel (mond, speeksel, slokdarm, enzymen, maag, gal, pancreassappen, dunne darm) afgebroken. De voeding wordt opgesplitst in voedingsstoffen (eiwitten, vetten, koolhydraten ...). Deze voedingsstoffen kunnen wij voorstellen als kettingen. Om goed verwerkt te kunnen worden moeten deze kettingen verder gesplitst worden tot schakels: de eiwitten worden aminozuren, de vetten worden vetzuren, de koolhydraten worden glucose. Al deze kleine eenheden worden door het bloed vervoerd, eerst naar de lever en vervolgens naar alle organen, weefsels en lichaamscellen. Ons lichaam is in staat om uit die schakels bouwstenen voor eigen bouwwerkjes en vervolgens ook energie te putten. Het proces van voeding, afbraak tot kleine eenheden, vervoer, opbouw en verbranding wordt aangeduid met de term “stofwisseling”.

Glucose en insuline

Glucose wordt, net als de andere (verwerkte) voedingsstoffen, door het bloed naar de lever gebracht. De lever en ook het pancreas “meten” voortdurend het glucosegehalte van het voorbijstromende bloed.

Al naargelang van de behoefte wordt aan dit langstromende bloed insuline afgescheiden gevormd door de β -cellen van het pancreas. De lever is het belangrijkste orgaan om de glucosespiegel in het bloed onder alle omstandigheden binnen nauwe grenzen te houden.

Een groot deel van de uit het darmstelsel aangevoerde glucose wordt in de lever, mede onder invloed van insuline, opgeslagen in de vorm van reservesuiker (leversuiker of glycogeen). Ongeveer de helft van de beschikbare insuline zorgt ervoor dat de resterende glucose in de spiercellen wordt opgenomen.

In tegenstelling tot de andere voedingsstoffen kan glucose niet zo maar op eigen kracht de spiercellen binnenkomen. Glucose moet daarbij geholpen worden door insuline. Als geen glucose uit het darmstelsel wordt aangevoerd (b.v. 's nachts), maakt de lever glucose vrij uit de opgeslagen reserve (glycogenolyse), zodat de glucosespiegel in het bloed op peil blijft. Als geen glycogeen beschikbaar is, maakt de lever glucose uit vetten en eiwitten. Men noemt dit de nieuwvorming van glucose (glyconeogenese).

Is het glucose-aanbod (niet alleen afkomstig van de suiker- en meelstijven die we eten !) te hoog, met andere woorden als lever en spiercellen "vol" zijn, zet de lever deze overtollige glucose om in vetten. Deze vetten worden in het vetweefsel opgeslagen. Als men dus méér eet dan men verbruikt, wordt men onvermijdelijk dik.

Fijnregeling

Veel mensen realiseren zich niet hoe verfijnd dit glucose-insuline en lever-pancreas mechanisme werkt. Ter illustratie geven we enkele getallen.

In ons bloed schommelt het bloedsuikergehalte in normale omstandigheden vrij nauwkeurig om en bij de 100 mg %, met als grenswaarden 50 en 150 mg %.

100 mg % betekent dus, dat in 5 liter bloed ongeveer 5 gram glucose circuleert (= 1 gram/liter bloed), een hoeveelheid die in een theelepeltje kan. Daalt het glucosegehalte tot minder dan 50 mg % - een minieme hoeveelheid in een volwassen mens - dan kan men al in een hypo (glycemie) geraken. Als er twee theelepeltjes glucose in het bloed voorkomen (\pm 180 mg % is de nierdrempel), verschijnt er glucose in de urine (glucosurie), wat normaal niet mag. Zelfs al eten we 300 gram koolhydraten per dag, het glucosegehalte blijft schommelen rond de 1 gram per liter of 100 mg %.

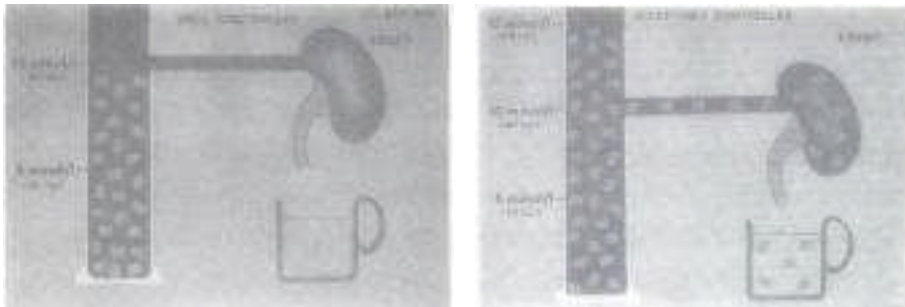
Elke pancreas heeft immers zo'n 100.000 eilandjes van Langerhans, die elk 80 tot 100 β -cellen bevatten. Deze B-cellen meten het glucosegehalte elke 10 seconden binnen een meetbereik van 2 mg %. Binnen de 60 tot 90 seconden kunnen de B-cellen gelijk welke hoeveelheid insuline afscheiden !

Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus is een toestand waarbij het hogerbeschreven (normale) mechanisme gestoord of zelfs helemaal verdwenen is, waarbij de fijnregeling gebreken vertoont of geheel afwezig is. Daardoor kan het voedsel dat wij iedere dag tot ons nemen niet worden "verwerkt". Het lichaam is ziek, suikerziek. Suikerziekte was al bekend vóór het begin van onze jaartelling. We weten dat "geneesheren" uit die tijd mensen te behandelen kregen met last van duizeligheid, dorst, pijn en andere verschijnselen waarvoor men geen verklaring kon geven. Men had ontdekt dat de urine van deze mensen bijna altijd zo zoet was als honing. Men heeft toen aan dat ziektebeeld de naam "diabetes mellitus" gegeven, wat letterlijk "honingzoete doorstroming" betekent. "Diabetes mellitus" is nog steeds de officiële medische term voor suikerziekte.

Nierdrempel

Het bloed komt door elk orgaan in ons lichaam, dus ook door de nieren. Tijdens deze nierpassage kan het bloed (het lichaam) zich via de urine van afvalstoffen ontdoen. Ook stoffen die in te grote hoeveelheden aanwezig zijn worden op die manier uit het lichaam verwijderd. Dat is o.a. wat gebeurt bij een hyperglycemie (een te hoog bloedsuikergehalte). Zolang de glycemie niet hoger is dan 180 mg % wordt de bloedsuiker door een soort dam of drempel (zie tekening) in het lichaam gehouden. Wanneer de glycemie de 180 mg % overschrijdt kunnen de nieren de bloedsuiker niet in het lichaam houden en loopt het teveel aan suiker over in de urine. Dit gaat gepaard met een verhoogde urineproductie en dus vochtverlies.



De “hoogte” van deze nierdrempel is echter geen vast gegeven en is niet bij iedereen dezelfde. Als de nierdrempel verlaagd is (b.v. tijdens de zwangerschap) komt er al glucose in de urine zonder dat de bloedsuikerspiegel verhoogd is. In andere gevallen is de nierdrempel verhoogd (b.v. op oudere leeftijd): ook al is het bloedsuikergehalte verhoogd, er verschijnt geen suiker in de urine. In nog andere gevallen schommelt de nierdrempel : nu eens is er suiker in de urine bij 150 mg %, dan pas bij 200 mg % of meer. Dit alles toont tegelijkertijd het relatieve belang van urinetesten op suiker aan.

Soorten diabetes mellitus

Tussen 6 % en 10 % van de bevolking - ongeveer één Belg op 20 tot 10 - heeft suikerziekte. Dat wil zeggen dat je elke dag tientallen diabeten op straat tegenkomt.

Allemaal gewone mensen, die een vrijwel normaal leven leiden. Want zeg nu zelf: wie kan op straat een diabeet herkennen?

Het begrip diabetes mellitus omvat - naast enkele kleinere - twee grote ondertypes.

Bij diabetes mellitus type 1 produceert de alvleesklier of pancreas (nagenoeg) geen insuline meer. Om de één of andere reden (door het eigen lichaam of door bepaalde infecties) worden de insuline-producerende B-cellen vernietigd. Men vindt in het bloed van deze diabetes vooral in de beginperiode vaak antistoffen tegen de eigen eilandjes van Langerhans.

Nu kan de in het bloed rondstromende glucose niet meer in de cel geraken ; er is immers geen insuline, dus geen sleutel om de celdeur open te doen. Gevolg : de hoeveelheid glucose in het bloed stapelt zich op (hyperglycemie). Wanneer de glycemie boven de nierdrempel stijgt (\pm 180 mg %) wordt het glucosegehalte zo hoog dat de nier de levensnoodzakelijke glucose niet meer in het lichaam kan houden. De glucose uit het bloed “loopt” dan over in de urine (glucosurie). Daar is water voor nodig : bij het verlaten van het lichaam neemt de glucose lichaamswater mee. Het eerste wat men daarvan kan merken is dat er meer urine wordt gevormd en dat er dus meer moet worden geplast. Het verlies aan lichaamswater moet echter aangevuld worden om uitdroging te voorkomen. Vandaar het tweede symptoom : dorst. Als er glucose wordt uitgeplast betekent dat ook dat er lichaamsenergie verloren gaat: ondanks normaal of zelfs flink eten kan vermagering en

futloosheid optreden. Cellen die door dit alles een tekort aan energie krijgen, schakelen door het niet kunnen benutten van de aanwezige glucose, over op de aanwezige reserve-energiebron : de vetten. Bij de snelle en slordige afbraak van deze vetten ontstaan grote hoeveelheden afbraakproducten : zuren zoals acetylazijnzuur en B-hydroxyboterzuur. Zij bewerkstelligen een snelle verzuring van het bloed (acidose) waardoor men zich ziek en misselijk gaat voelen, de adem krijgt een aceton-geur (reinette-geur). Na verloop van tijd kan een diepe bewusteloosheid intreden (diabetes coma). Als dan niet snel wordt ingegrepen dreigt levensgevaar. De behandeling van dit type diabetes bestaat uit het exogeen of uitwendig toedienen van insuline. Daarom spreekt men ook wel van insuline-afhankelijke-diabetes, een vorm van diabetes die vooral bij "jongeren" tot de leeftijd van circa 40 jaar ontstaat.

Diabetes die op latere leeftijd ontstaat noemen we type 2 diabetes of niet-insuline-afhankelijke diabetes (het is nochtans mogelijk dat iemand die eerst het type 2 vertoont, later insuline afhankelijk, dus type 1 diabetes wordt). Bij dit type diabetes is het insulinetekort meestal zo gering dat de diabetes soms jarenlang onopgemerkt blijft. Soms is het insulinegehalte zelfs verhoogd. Het blijkt dat de lichaamscellen ongevoelig, resistent, zijn geworden voor insuline. Dit kan het gevolg zijn van een celreceptordefect (de opnamemogelijkheden van glucose door de cel) of van een cel-post-receptordefect (de verwerking van de glucose in de cel): de oorzaak van de diabetes ligt dus niet alleen in de β -cellen van de pancreas (er is insuline !), maar ook in de lichaamscellen zelf.

Bij vetzucht bijvoorbeeld zitten de vetcellen zo vol dat de glucose er, ondanks de aanwezigheid van insuline, niet meer in kan.

Ook bij type 2 diabetes is het glucosegehalte in het bloed dus verhoogd. Het verloopt echter minder snel en is daardoor ook minder ernstig in zijn directe gevolgen. Veel en vaak urineren, ontstekingen en jeuk aan de genitaliën, loomheid en vermoeidheid zijn de belangrijkste type 2 symptomen. De behandeling bestaat uit het opnieuw toegankelijk maken van de cellen voor insuline.

AANDACHTSPUNTEN

Wat is diabetes?

- ◆ Het lichaam breekt de koolhydraten of suikers uit het voedsel af tot glucose, dat door de lichaamscellen als energiebron gebruikt wordt.
- ◆ De lichaamscellen kunnen de glucose alleen gebruiken als er insuline aanwezig is. Insuline wordt aangemaakt door het pancreas.
- ◆ Diabetes wordt ingedeeld in type 1 en type 2:
 - ✓ Bij type 1 produceert het pancreas zeer weinig, meestal helemaal geen insuline.
 - ✓ Bij type 2 produceert het pancreas wel insuline, maar meestal te weinig, of zijn de cellen niet in staat de insuline goed te gebruiken.
- ◆ Zowel bij type 1 als bij type 2 diabetes stijgt het suikergehalte in het bloed (glycemie) en loopt het over in de urine. Bedoeling is dan ook het suikergehalte zo normaal mogelijk te houden.
- ◆ De meest voorkomende diabetes-symptomen zijn vermoeidheid, honger, veel wateren en dorst.

2. Behandeling van diabetes

Doel

Diabetes mellitus is (voorlopig) niet te genezen. Diabetes kan wel worden behandeld, zodat de diabetes geen last meer heeft van de symptomen. Het staat vast dat lichaamscellen verreweg het beste functioneren bij een normaal bloedsuikergehalte en dat het voorkomen van complicaties verlaagd of zelfs uitgesteld kan worden wanneer we het suikergehalte binnen normale grenzen

houden. Men mag een diabetes “goed ingesteld” noemen, als het bloedsuikergehalte tussen de 50 en de 180 mg % blijft.

We proberen de uiterst verfijnde natuurlijke regelingen zo dicht mogelijk te benaderen en de glycemie-schommelingen af te vlakken.

Mogelijkheden

Als insuline en glucose niet meer vanzelf in evenwicht komen, gaan we dat evenwicht proberen te bereiken door gebruik te maken van:

1. een dieet ;
2. insuline-injectie ;
3. orale bloedsuikerverlagende middelen.

Bij type 1 diabetes zijn we aangewezen op een dieet en insuline, bij type 2 diabetes uitsluitend op een dieet of op een dieet en orale middelen of een dieet en insuline.

2.1. Dieet

Een dieet, of voedingsvoorschrift, is noodzakelijk bij veel aandoeningen. Het dient om bepaalde processen in het lichaam af te remmen of te bevorderen.

We hebben in hfst. 1 gezien dat glucose en insuline bij diabetes niet automatisch in het lichaam met elkaar in evenwicht worden gebracht. Daarom moet de glucose-aanvoer - via het voedsel dat we gebruiken - bewust worden afgestemd op de beperkte nog aanwezige hoeveelheid werkzame insuline (type 2) of op de uitwendig toegediende insuline (type 1). Dat betekent een verantwoorde hoeveelheid koolhydraten (die immers in glucose worden omgezet), en een verantwoorde hoeveelheid vetten (die soms gedeeltelijk weer in koolhydraten kunnen worden omgezet).

Maar een diabetesdieet kan ook om een heel andere reden worden voorgeschreven. Bijvoorbeeld bij oudere diabetes (type 2): bij hen hangt diabetes namelijk veelal samen met overgewicht, waarbij de lichaamscellen te groot zijn en er onvoldoende insuline aanwezig is om al die cellen van glucose te voorzien. In deze gevallen zit de fout niet alleen in het pancreas: deze diabetes moeten in de eerste plaats gewicht verliezen. Zij krijgen dan ook een vermageringsdieet (dat meestal ook koolhydraten-arm is).

Bij het voorschrijven van een dieet wordt opgegeven hoeveel calorieën men per dag mag gebruiken. Daarmee wordt de hoeveelheid brandstof aangeduid die het voedsel bevat.

Het aantal calorieën wordt berekend op grond van lichaamsgewicht, lengte, geslacht, leeftijd, gemiddelde lichamelijke activiteit, e.d. Daarnaast wordt bepaald welke onderlinge verhouding koolhydraten, vetten en eiwitten moeten hebben. Het totale aantal voorgeschreven calorieën kan variëren tussen 1000 tot 3000 cal/dag. Het hangt af van de persoonlijke omstandigheden van de betrokken persoon. Het samenstellen van zo'n dieet is daarom geen zaak waar je als leek mee kan experimenteren. Het wordt best overgelaten aan de arts, bij voorkeur met medewerking van een diëtist(e).

Bij het naleven van een diabetesdieet zijn 4 dingen belangrijk:

1. regelmatig eten op vaste tijden ;
2. het aantal calorieën mag niet worden overschreden ;
3. de verhouding tussen eiwitten, vetten en koolhydraten moet in acht worden genomen ;
4. in principe geen levensmiddelen die met suiker bereid zijn.

Een diabeet moet de nodige aandacht besteden aan zijn voeding, maar het hoeft geen obsessie te worden.

Om de vereiste regelmaat te krijgen kan men de voeding best verdelen over drie hoofdmaaltijden, aangevuld met drie tussenmaaltijden. Dit geldt zeker voor wie met insuline wordt behandeld.

Het voorgeschreven dieet is de basis voor de samenstelling van de maaltijden. Dat betekent zeker niet dat men elke dag hetzelfde moet eten. Een diabeet kan naar hartelust variëren, aan de hand van zogenaamde equivalentie- of variatielijsten. Een diabeet kan ook naar een restaurant, een barbecue, een huwelijksfeest, e.d. Mits enig inzicht in de voeding, de waarde van de verschillende voedingsmiddelen en de regels van het diabeet-zijn is alles mogelijk.

Het gebruik van alcohol hoeft in het algemeen niet strikt te worden ontraden, al is het niet gezond om er een gewoonte van te maken. Alcohol is immers rijk aan calorieën. Wanneer men op feestjes iets meer drinkt, is het verstandig om dit van het dieet in mindering te brengen. Anderzijds kan overmatig alcoholgebruik een hypoglycemie-episode langer en ernstiger maken.

Levensmiddelen die met suiker bereid zijn worden afgeraden. Zij brengen namelijk op korte tijd zeer veel glucose in het bloed. Alleen wanneer zij tijdens of onmiddellijk na een volledige maaltijd worden gebruikt, worden zij onder bepaalde voorwaarden toegelaten. Er zijn produkten die zo weinig calorieën bevatten, dat ze vrij gebruikt kunnen worden : thee en koffie, water, tomaten, komkommer, zout en kruiden ... Als vervangsuiker kan een diabeet vrij gebruik maken van zoettabletjes of zoetpoeder. Het gebruik van speciale jam, chocolade, e.a. wordt afgeraden. Men gebruikt best de gewone produkten, zij het met mate.

AANDACHTSPUNTEN

Dieet

- ◆ Alle voedingsmiddelen worden normaal ingedeeld in zes groepen : melk, groenten, fruit, brood, vlees en vet.
Een voedingsvoorschrift bepaalt hoeveel van elk van deze produkten men bij elke maaltijd kan gebruiken.
- ◆ Het dieet of voedingsvoorschrift is het belangrijkste onderdeel van de diabetesbehandeling. Het vormt eigenlijk de basis.
- ◆ Het is voor een diabeet zeer belangrijk de maaltijden over de dag te spreiden en op regelmatige tijdstippen te eten.
- ◆ Gebruik liefst geen commerciële dieetprodukten.

2.2. Insuline

De levensnoodzakelijke insuline-productie die bij type 1 diabetes is weggefallen, gaan we vervangen door uitwendig toe te dienen insuline. Deze insuline dient via een onderhuidse inspuiting toegediend. Insuline kan inderdaad niet via de mond worden toegediend, aangezien zij wordt afgebroken voor ze enige activiteit kan verrichten. De eerste inspuitbare insuline werd in 1921 door de Canadese artsen Banting en Best ontwikkeld. Voor die tijd konden type 1 diabetes niet afdoende behandeld worden en ... stierven zij. De insuline die wordt ingespoten, is afkomstig van de pancreassen van runderen en vooral van varkens. Ondanks minieme verschillen met menselijke insuline is deze in fabrieken gemaakte insuline even effectief als de menselijke. Sinds 1982 bestaat er naast de hogervermelde dierlijke insuline ook menselijke insuline, in een labo aangemaakt met darmbacteriën (bio-synthetische-insuline) of gemanipuleerde dierlijke insuline (semi-synthetische-insuline).

Vermits gewone insuline een vrij beperkte werkingsduur heeft (± 6 u), waardoor tot 4 injecties per dag nodig zijn, heeft men de werking van de ingespoten insuline vertraagd door ze te koppelen aan een stof die de insuline langzamer doet vrijkomen. De werking kon op die manier tot 20, 24 of 36 uur uitgebreid worden.

Daarmee werd het fijne regelingsmechanisme van de natuur echter (nog) niet nagebootst. Om de natuurlijke werking zo dicht mogelijk te benaderen wordt momenteel (terug) afstand genomen van 1 of 2 inspuitingen per dag. Men probeert het ideale effect te bereiken door het toedienen van één basale insuline (24 urenwerking) en drie bolus insulines (ter verwerking van elke hoofdmaaltijd), met een insulinepomp of met 3 of 4 subcutane injecties.

De behandelende arts zal voor elke diabeet nagaan welk soort insuline het meest geschikt is, hoe vaak per dag een injectie moet worden gegeven en hoeveel insuline per keer moet worden ingespoten. Een diabeet dient zichzelf de insuline-injecties toe. Dat kan op verschillende manieren.

Er zijn hierbij drie belangrijke factoren :

1. de juiste hoeveelheid insuline op het juiste tijdstip (in de meeste gevallen is dit ongeveer 20-30 minuten voor de maaltijd);
2. een goede spuithygiëne, om infecties tegen te gaan;
3. een goede, pijnloze injectietechniek, om te voorkomen dat de huid wordt beschadigd. Insuline moet subcutaan worden ingespoten, dat wil zeggen : in de ruimte tussen de spieren en het vetweefsel. Alleen dan kan een juiste werking worden bereikt. In sommige gevallen moeten ook type II diabeten met insuline worden behandeld.

Injectietechniek

1. Insuline opzuigen

Leg eerst al het nodige materiaal klaar: het insulineflesje, de alcoholdoekjes en de insulinespuit. Onderzoek het insulineflesje voor elk gebruik. De vervalddag mag niet verstreken zijn en de sluiting moet in uitstekende staat zijn.

1. Was uw handen grondig ; zuiverheid is belangrijk om infecties te voorkomen.
2. Meng de insuline door het flesje traag tussen uw handen te rollen. Nooit schudden.
3. Reinig de rubberen stop met een alcoholdoekje.
4. Zuig lucht op in de spuit door de zuiger omhoog te trekken, tot voorbij het merkstreepje van de in te spuiten insulinedosis.
5. Hou het flesje rechtopstaand, steek de naald door de rubberen stop en duw de zuiger naar beneden.
6. Keer het flesje met de spuit ondersteboven. Trek de zuiger traag naar beneden tot ongeveer 5 eenheden voorbij uw dosis. Indien er geen luchtbellens aanwezig zijn, kunt u de top van de zuiger terugduwen tot aan het merkstreepje dat uw exacte dosis aanduidt.
7. Stelt u luchtbellens vast, laat deze verdwijnen door lichtjes met uw vinger op de spuit te tikken. Zodra de luchtbellens naar boven gedreven zijn, duwt u de top van de zuiger tot aan het merkstreepje dat uw exacte dosis aanduidt.
8. Trek de spuit uit het flesje en leg deze neer op een vlak oppervlak klaar voor gebruik. Let op dat de naald niet wordt beschadigd of besmet.

2. Insputen

1. Reinig de plaats waar u zult spuiten met een alcoholdoekje. Wrijf met het doekje in een draaiende beweging, van het midden naar buiten toe. Laat de alcohol opdrogen.

2. Neem het spuitje voorzichtig op. Pak tussen uw vingers 2 cm huid. Prik nu, met een snel gebaar, de naald in de huid. De normale injectiehoek ligt tussen 45 en 90 graden, of rechtop.
3. Laat de huid nu los. Terwijl u de spuit met de ene hand vasthoudt, trekt u de zuiger 2 tot 4 eenheden op. Kijk of er bloed aanwezig is in de spuit. Indien er bloed aanwezig is, mag u de insuline niet inspuiten. De naald steekt in een bloedvatje. Trek de naald uit de injectieplek en begin opnieuw, met een nieuwe spuit en een nieuwe injectieplaats.
4. Indien geen bloed merkbaar is, mag u de zuiger induwen en de insuline inspuiten. Dit mag in het geheel maar 3 tot 5 seconden in beslag nemen.
5. Bent u hiermee klaar, trek dan de naald uit de huid, en houd zachtjes een alcoholdoekje op de geïnjecteerde plek. Niet masseren.
6. Met de naaldbeschermer plooit u de naald verscheidene malen naar voren en naar achteren tot ze breekt. Dit teneinde misbruik van de spuit te voorkomen.

3. Insuline mengen

Een combinatie van insulinetypes is dikwijls door dokters voorgeschreven teneinde in één injectie de voordelen te combineren van beide insulines, degene die onmiddellijk werkt en deze die een langdurige werking heeft.

Insulines die vlug werken zijn altijd helder of kleurloos.

Insulines die een langere werking hebben zijn troebel of melk-wit van kleur. Gebruik enkel insulines die door uw arts werden voorgeschreven.

Indien u insulines mengt, kan u leren dit gemakkelijk en precies te doen door op volgende manier tewerk te gaan.

Om de twee insulinetypes te mengen zal u eerst het nodige materiaal moeten klaarleggen. De twee types insuline, een insulinespuit en alcoholdoekjes.

1. Was uw handen grondig ; zuiverheid is belangrijk om infecties te voorkomen.
2. Rol daarna de flesjes voorzichtig tussen uw handen. Een insulineflesje mag nooit geschud worden ! Kijk na of de troebele insuline volledig vermengd is; er mogen geen insuline kristallen meer zichtbaar zijn op de bodem van de fles.
3. De derde stap bestaat uit het reinigen van de rubberen stop van de twee flesjes met een alcoholdoekje.
Voor dit voorbeeld nemen wij 30 eenheden insuline, bestaande uit 20 eenheden troebele insuline en 10 eenheden heldere insuline.
4. Steek de naald in de rubberen stop van de fles troebele insuline en duw de lucht in de fles. Zorg ervoor dat de fles goed recht staat bij het inbrengen van de lucht.
Trek de spuit uit dit flesje. Voor het ogenblik trekt u nog geen troebele insuline in de spuit.
5. Zuig lucht op in de spuit door de zuiger omhoog te trekken tot op de hoogte van de in te spuiten dosis heldere insuline. Voor ons voorbeeld : 10 eenheden.
6. Steek de naald door de rubberen stop van de fles met heldere insuline, en duw de lucht in de fles door op de zuiger te duwen.
7. Keer het flesje, met de naald erin, ondersteboven.
Trek de zuiger naar beneden tot aan uw heldere insuline-dosis (10 eenheden).
8. Met de naald in het flesje, houdt u het geheel tegen het licht en kijkt of er luchtballen aanwezig zijn.
9. Het is nodig de luchtballen uit het spuitje te verwijderen teneinde uw correcte dosis af te kunnen meten. Verwijder ze door met uw vinger tegen de spuit te tikken, dit drijft de luchtballen naar de punt van de spuit.

Druk op de zuiger om de insuline - en dus ook de luchtbellens - opnieuw in het flesje te brengen.

Trek nu de zuiger weer omhoog tot op uw exacte insulinedosis.

10. Nu zouden er geen luchtbellens meer aanwezig mogen zijn. Indien dit toch het geval is, herhaal de druk-en-trek methode tot u uw dosis heldere insuline zonder enige luchtbel opzuigt. Dan kunt u de naald uit het flesje trekken. De spuit zou nu 10 eenheden heldere insuline moeten bevatten.

11. Breng de naald nu in de fles troebele insuline en trek de zuiger langzaam op om de juiste dosis insuline te verkrijgen. Voor dit voorbeeld gebruiken wij 20 eenheden troebele insuline. We hebben reeds 10 eenheden heldere insuline in de spuit. Gezien we daar 20 eenheden troebele insuline aan toevoegen, trekt men de zuiger tot aan het merkstreepje 30 eenheden.

12. Trek de naald uit de insulinefles en leg de spuit voorzichtig op een vlak oppervlak. Zorg ervoor dat de naald met niets in aanraking komt, zodat ze niet beschadigd of besmet wordt. Nu bent u klaar voor uw inspuiting.

Wie twee insulines moet mengen, wordt aangeraden de voorgeschreven hoeveelheden niet te wijzigen, en het model of merk van de spuit niet te veranderen zonder eerst de arts te raadplegen.

4. Selectie van de injectieplaats en rotatie

Hoe beter u geïnformeerd bent over de keuze van de injectieplaats en de rotatie van de injectiezone, hoe gemakkelijker, veiliger en comfortabeler het inspuiten zal verlopen.

Plaatsbepaling

De insuline wordt subcutaan ingespoten, tussen het huidvet en de spieren. In deze onderhuidse zone kan de ingespoten insuline op een gelijkmatig tempo door de bloedstroom worden opgenomen. Onderhuids weefsel treft men aan op alle plaatsen van het lichaam, maar volgende zones worden beschouwd als het best geschikt voor insuline-inspuitingen omdat er geen gewrichten, zenuwen of grote bloedvaten in voorkomen :

- ◆ de buitenkant van de bovenarm ;
- ◆ de voor- en zijkanten van de dij;
- ◆ de billen;
- ◆ juist boven de taillelijn in de rug ;
- ◆ de buik, behalve de zone rond de navel en ter hoogte van de taillelijn.

Zonerotatie

Herhaalde insuline-injecties in een zelfde lichaamsdeel kunnen veranderingen in het vetmetabolisme teweegbrengen, genoemd : "Lypodystrophie". De huid wordt hard en vormt een bult en/of vormt een holte. Weinig aantrekkelijk en moeilijk aanvaard, is Lypodystrophie tevens oorzaak van verschillen in resorptie van insuline. Inderdaad, insuline ingespoten in deze aangepaste zones wordt zeer onregelmatig geresorbeerd.

Om het risico van lypodystrophie te vermijden moet men :

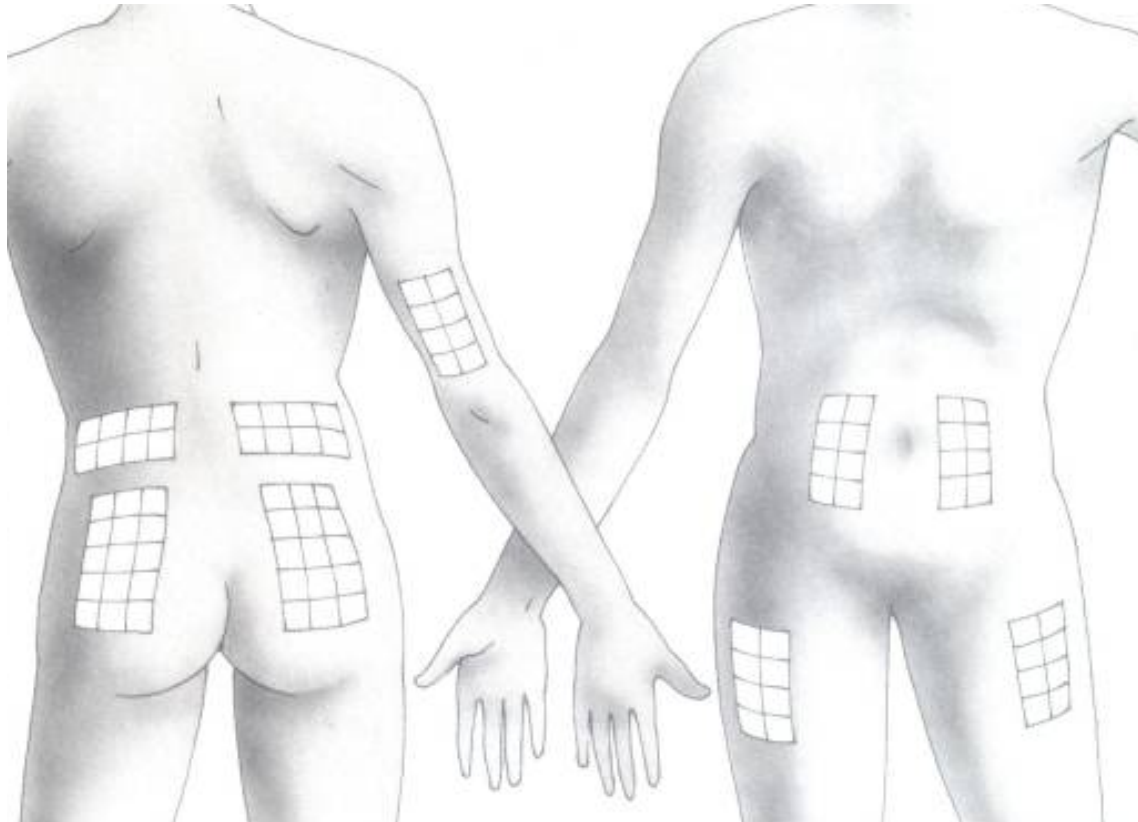
- ◆ steriel injectiemateriaal gebruiken ;
- ◆ een goede injectietechniek toepassen ;
- ◆ elke dag en bij elke injectie binnen een bepaald lichaamsdeel de injectieplaats wisselen.

De activiteit van de insuline verschilt van lichaamsdeel tot lichaamsdeel. Het is zo dat een inspuiting, gegeven in de dijen, vlugger geresorbeerd wordt bij fysieke inspanningen (fietsen, joggen), dan wanneer ze gegeven wordt in de buik. Het is dus aangeraden gedurende 1 à 2 weken alle insuline-injecties in een zelfde lichaamsdeel uit te voeren. Zo bekomt men gedurende deze periode een zelfde resorptie en een zelfde actie-curve van de insuline.

Bij het veranderen van lichaamsdeel (van dijen naar buik bijvoorbeeld) moet men gedurende de eerste dagen waakzaam zijn. Een aanpassing van de dosage kan soms nodig zijn. Vraag de mening van uw arts.

Verandering van de injectieplaats binnen een zone (lichaamsdeel)

Inspuitingen mogen niet zomaar lukraak binnen een zone gebeuren. Iedere injectie moet op 2 à 3 cm. afstand (of een halve vingerlengte gegeven worden).



Daarvoor bestaat een geperforeerde zone-selectie gids. Deze gids zal u toelaten op een rationele manier uw inspuitingen in een zone te noteren. De resorptie van de insuline is gelijk wanneer het gelijke zones (links en rechts) betreft.

Controleer elke dag de injectie-zone. Indien u knobbels, verhardingen, kleurveranderingen of overgevoeligheid vaststelt, moet u dit melden aan uw dokter of verpleegkundige. Het is aangeraden deze zones niet verder te gebruiken, tot wanneer deze verschijnselen verdwenen zijn.

AANDACHTSPUNTEN

Insuline

- ◆ Alle type 1 diabeten moeten zich dagelijks één of meerdere malen insuline toedienen.
- ◆ Insuline wordt uitgedrukt in eenheden (E). 1 cc of 1 ml bevat 100 E insuline.
- ◆ Er bestaan 3 soorten insuline: kort werkende, lang werkende en zeer lang werkende. Er zijn verschillen in werkingssnelheid, duur en intensiteit.
- ◆ Uw behandelende arts bepaalt hoeveel eenheden u moet inspuiten, welke soort insuline en hoe vaak.
- ◆ Spuit alleen op de toegelaten plaatsen.
- ◆ Verander regelmatig van inspuitzone (buik, arm, dij, bil) en binnen deze zones regelmatig van inspuitplaats.

2.3. Orale bloedsuikerverlagende middelen

Orale bloedsuikerverlagende middelen, soms ook diabetestabletten genoemd, zijn pillen die het pancreas stimuleren om meer insuline af te scheiden. Soms helpen ze tevens de lichaamscellen om insuline goed te gebruiken.

Deze orale bloedsuikerverlagende middelen zijn alleen effectief als het pancreas zelf nog insuline kan maken. Ze zijn dus alleen te gebruiken bij type 2 diabetes (bij type 1 diabetes is er geen insuline-productie meer). Hierbij even vermelden dat deze tabletten dus geen insuline zijn en evenmin insuline bevatten. Orale bloedsuikerverlagende middelen zijn bij type 2 diabetes alleen noodzakelijk als het (vermagerings)dieet - de eerste behandelingsindicatie - geen bevredigend resultaat geeft.

Het leven van een diabeet lijkt soms wel een aaneenschakeling van regeltjes en verboden.

We onderscheiden twee groepen tabletten, die in verschillende samenstelling en onder diverse merknamen in de handel zijn :

1. Sulfonylureumderivaten

Deze tabletten stimuleren de alvleesklier (pancreas) om meer insuline te produceren, zodat het evenwicht tussen insuline en glucose wordt bevorderd, en verminderen de resistentie van de lichaamscellen voor insuline.

2. Biguniden

Deze tabletten verhogen de natuurlijke insulineproductie niet, maar verbeteren de gevoeligheid van de lichaamscellen voor insuline. Een ander effect is de eetlustverminderende werking. Deze tabletten worden vooral gegeven aan mensen die te dik zijn.

AANDACHTSPUNTEN

Orale bloedsuikerverlagende middelen

- ◆ Orale bloedsuikerverlagende middelen, soms diabetestabletten genoemd, stimuleren het pancreas om bijkomende insuline af te scheiden, of maken insuline efficiënter.
- ◆ Orale bloedsuikerverlagende middelen zijn geen insuline.
- ◆ Orale bloedsuikerverlagende middelen zijn alleen effectief als er nog insulineproductie is (type II diabetes).

3. In de loop der jaren

Evenwicht

Een diabeet moet zijn stofwisseling bewust in evenwicht brengen en zorgen dat het zo blijft. Regelmaat is essentieel. Grote variaties moeten in ieder opzicht worden vermeden. Maar het is evenzeer van belang zijn leven niet te laten verzuren door geboden en verboden. Diabetes mag het leven niet beheersen, maar toch moet elke diabeet zich van zijn verantwoordelijkheid bewust zijn! Een verantwoordelijkheid die men niet op anderen kan of mag afschuiven. De diabeet heeft zijn eigen gezondheid, zijn eigen welbevinden (en tegelijkertijd dat van zijn gezin) in handen, met de nodige steun van de behandelende arts.

Kennis

Eerste en enige voorwaarde: het kennen van zijn aandoening. Hoe meer men van de diabetes weet en hoe beter men leert opmerken wat er gebeurt, des te beter leert men de diabetes - in alle omstandigheden - bijsturen. Daardoor neemt ook de "vrijheid" toe. Diabetes stelt beperkingen,

maar binnen deze grenzen is heel wat vrijheid mogelijk. Het belangrijkste is dat men bereid is wat moeite te doen om zoveel mogelijk van "zijn eigen" diabetes mellitus te begrijpen.

Controle

Zelf weten wat er met je diabetes gebeurt is daar een onderdeel van. Inderdaad, het evenwicht dat op een bepaald moment is bereikt zal na een tijd toch door allerlei invloeden ontregeld raken. Op dat moment is het belangrijk daar zelf zo snel mogelijk bij te zijn, zodat bijsturen mogelijk is. Naast de regelmatige controlebezoeken bij de arts heeft een diabeet momenteel heel wat tot zijn beschikking om zijn aandoening op de voet te volgen en tijdig in te grijpen.

De eerste manier bestaat erin om zelf de glucose in de urine te bepalen. Urinetesten hebben echter heel wat nadelen. Het belangrijkste is dat men de glucose pas kan opsporen als het bloedsuikergehalte reeds 180 mg % bedraagt (de hoogte van de nierdrempel), terwijl we er naar streven om niet boven de 180 te komen.

De urinetesten moeten dus steeds negatief zijn, maar men heeft met die testen geen idee hoe negatief het resultaat is. Urinetesten hebben ongetwijfeld ook grote voordelen, zoals de prijs, het eenvoudig gebruik, e.d.

Een tweede manier om de glucose te meten betreft deze rechtstreeks op het bloed. Met deze glycemietesten heeft men onmiddellijk een juist beeld van het suikergehalte. Hierdoor is een strikte controle van de diabetes mogelijk. Het is m.a.w. een controle die beantwoordt aan de eisen van de moderne diabetesbehandeling. De nadelen van bloedtesten zijn de hoge prijs en het feit dat men er een bloeddruppel voor nodig heeft.

Wil men met de gegevens die men door de controles krijgt, ook iets uitrichten, dan kan men best alles in een boekje (het zgn. urine- en bloedanalyseboekje) noteren. Die gegevens kunnen later door diabeet en arts gebruikt worden om een zekere indruk te krijgen van de diabetesregeling en de mogelijke oorzaken van eventuele ontregelingen.

Interpretatie

Zelfcontrole is dus duidelijk meer dan alleeneen controlemiddel op urine of bloed gebruiken en aflezen. Het vergt inderdaad ook interpretatie. En daarvoor is dan weer kennis nodig.

Het is duidelijk dat zelfcontrole een vaste plaats heeft in een hedendaagse diabetesbehandeling. Helemaal niet controleren is beslist uit den boze! De moderne en eenvoudige (bloed) suikerbepalingsmethoden, helpen de diabeet zijn/haar diabetes te beheersen.

Motivatie

Het kost wat tijd en moeite, maar men krijgt er veel voor terug, nu en later. De bereidheid om de feiten onder ogen te zien en de motivatie voor het zelfonderzoek zijn voorwaarden voor succes.

AANDACHTSPUNTEN

Zelfcontrole

- ◆ Om het bloedsuikergehalte zo dicht mogelijk bij het normale te houden zijn (één of meer) dagelijkse testen geen luxe, maar een noodzaak.
- ◆ Er bestaan twee manieren om het suikergehalte te bepalen : urinetesten of bloedtesten.
- ◆ De normale bloedsuikerwaarden bedragen :
 - ✓ nuchter en voor de maaltijd 60-120 mg %
 - ✓ één uur na het eten tot 160 mg %

Hyperglycemie met verzuring kan onder verschillende omstandigheden ontstaan. Zo is het o.a. de toestand die men vindt bij de diabetes-diagnose. Bij een bestaande diabetes is het meestal het gevolg van een stres-situatie, een infectie, een ziekte, koorts ... of het niet volgen van het dieet. Een diabeet die op zichzelf let en o.a. regelmatig controles uitvoert, ontdekt snel dat hij een insulinetekort heeft : hij voelt zich suf, heeft dorst en plast veel. Het suikergehalte in urine en bloed is (sterk) verhoogd.

Zijn urine bevat meestal ook aceton (op te sporen met specifieke urineteststrips). Alleen extra-snelwerkende insuline kan deze toestand normaliseren. De preventie bestaat in de eerste plaats uit het naleven van het dieet en verder uit regelmatig controleren en extra aandachtig zijn in geval van ziekte. In geen enkel geval ook mag men de insuline injecties achterwege laten!

Late complicaties

Vooral bij diabeten die zich slecht verzorgen kunnen op termijn problemen ontstaan. Het gaat hierbij om beschadiging van bepaalde organen, zoals hart en bloedvaten, nieren, ogen, voeten en zenuwen. We noemen dat de late complicaties van diabetes.

Het meest voorkomende is de oogcomplicatie. In het oog treden kleine bloedingen op. Steeds nieuwe, slechte bloedvaatjes hebben voor gevolg dat het zicht steeds minder wordt. In uiterste gevallen treedt blindheid op.

Ten tweede is er de neuropathie, een aantasting van de zenuwen. Dit kan variëren van overgevoeligheid van voeten en handen tot het wegvallen van het gevoel. Ook hevige pijn komt voor.

Een derde mogelijke complicatie is de nefropathie. In de loop der jaren treden er bij diabetici veranderingen op in de kleine bloedvaten van de nieren. Hierdoor kan de nierfunctie bij sommigen na verloop van tijd slechter worden.

Tenslotte kunnen ook afwijkingen in de bloedvaten voorkomen. Slagaderverkalking komt bij diabeten vroeger en vaker voor dan bij anderen. Wanneer ook neuropathie aanwezig is, is er kans op weefselsafsterving (gangreen), wat kan leiden tot amputaties.

Ondanks het feit dat daarover geen volledige zekerheid bestaat, is het zo dat iemand die vrijwel steeds een goed geregelde diabetes heeft minder kans heeft op complicaties dan iemand die vrijwel steeds niet goed ingesteld is.

Regelmatig controleren helpt dus een hoop narigheid voorkomen !

AANDACHTSPUNTEN

Hypoglycemie

- ◆ Hypo's treden op bij te lage bloedsuikerwaarden (te weinig glucose)
- ◆ Hypo's treden meestal vrij plots op. Mogelijke symptomen zijn : beven, zweten, duizeligheid, honger, dubbel zien, e.a.
- ◆ Hypo's moeten direct gecorrigeerd worden : best iets suiker-rijks eten of drinken.
- ◆ Onbehandelde hypo's kunnen tot hypoglycemisch coma leiden. Op dat moment moet glucagon ingespoten worden.
- ◆ Een diabeet moet steeds op hypo's voorbereid zijn door steeds suiker en zijn diabetesidentiteitskaart mee te nemen.

Hyperglycemie

- ◆ Hypers treden op bij te weinig insuline (hoge suikerwaarden)
- ◆ Keto-acidose is een ernstige toestand, die onbehandeld tot diabetes-coma en zelfs tot de dood kan leiden. Diabeten die zich regelmatig controleren hebben weinig kans in keto-acidose te geraken.
- ◆ Keto-acidose treedt geleidelijk op. Testen op glucose en aceton zijn verschillende dagen positief. Het is belangrijk deze symptomen vroegtijdig te herkennen.
- ◆ Ziekte is een belangrijke oorzaak van keto-acidose. Bij ziekte moet men nog frequenter op glucose en aceton controleren. Neem best contact op met uw behandelende arts.
- ◆ Een type 1 diabeet moet altijd spuiten. Ook en zeker als hij wegens ziekte niet kan eten. Meestal is de insulinebehoefte dan zelfs verhoogd.

4. Besluit

Diabetes mellitus stelt de diabeet voor verschillende uitdagingen. Eén van die uitdagingen betreft het fysieke. Zoals u bij het lezen van dit eerste deel heeft kunnen ervaren noodzaakt een goede diabetes-behandeling een diabeet tot het “leren” van verschillende zaken : hoe werkt mijn lichaam, wat zijn mijn voedingsbehoeften, hoe wordt het voedsel omgezet in energie, welke weerslag heeft diabetes op dit alles, wat moet er gedaan worden opdat de diabetes niet de overhand op mij krijgt, hoe kan ik ondanks alles normaal functioneren ... Wij hopen in dit eerste deel te hebben aangetoond dat kennis en controle voor een diabeet even noodzakelijk zijn als water en lucht. Andere diabetesuitdagingen (ermee leren leven, het emotionele, het sociale, het maatschappelijke) hopen wij in het vervolg van dit boek te beschrijven.

2 Hoe leef ik met diabetes?

In het eerste deel konden we lezen hoe diabetes in mekaar zit, waarom sommige mensen diabetes krijgen en andere niet, hoe het wordt behandeld en nog een aantal andere dingen. Eigenlijk handelde het over de technische kant van de zaak.

De diabeet is in de eerste plaats een mens en zijn situatie mag dus niet herleid worden tot een technische zaak.

We willen nu aandacht schenken aan de mens achter dit ziektebeeld, waarbij we vragen beantwoorden zoals : wat we daarbij voelen, wat onze partner, kinderen of ouders ervaren en ook wat we van ons leven als diabeet kunnen verwachten. Omdat diabetes beïnvloed wordt door onze totaalsituatie als mens, zijn dit erg belangrijke vragen.

Diabetes omvat ons leven meer dan we misschien durven toegeven. Het is daarom niet eenvoudig om te beschrijven wat er gevoelsmatig een rol speelt. Een uniform antwoord geven op de vragen die hiervoor werden gesteld is niet mogelijk, aangezien ieder van ons diabetes op een eigen manier verwerkt en ervaart. Wat wij trachten weer te geven is de gemene deler.

1. Wat als ik zelf diabeet word?

Op welk moment de diagnose “diabetes” ook wordt gesteld, het heeft steeds een grote impact op ons leven. Van het ene moment op het andere word je geconfronteerd met beperkingen, een andere levensstijl, levensritme enz. Het is algemeen weinig bekend wat “suikerziekte” nu eigenlijk is. Voor de man in de straat is de suikerzieke een persoon die met suiker in zijn zak rondloopt en die elke dag een spuitje moet hebben. Als bij de diagnosestelling dan een tip van de sluier wordt opgelicht en je hoort wat er werkelijk aan vast zit, kan dit een erg zware dobber worden.

De reactie van veel buitenstaanders is dan ook het veel gehoorde : “Je moet er mee leren leven !” of nog “Heb je dat nog niet aanvaard?”

Aanvaarding

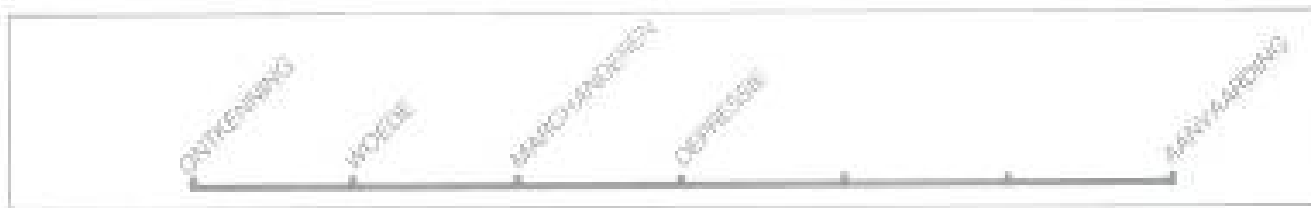
We zouden het in de eerste plaats over aanvaarding (gebaseerd op een tekst van Manu Keirse) willen hebben. Is het zo eenvoudig als mensen het voorstellen? Is er bijvoorbeeld hoop dat je na een tijdje kan zeggen “Nu heb ik het aanvaard !” of is de diabeet gedoemd om te blijven worstelen met zichzelf en met zijn niet-aanvaarden van iets waar buitenstaanders vaak nogal vlug aan voorbijgaan.

Om duidelijkheid te scheppen kunnen we misschien beter eerst bekijken wat het betekent om iets te aanvaarden.

Verschuierens woordenboek omschrijft “aanvaarden” als volgt : “gaarne ontvangen, zich met iets belasten, met iets aanvangen”

Is aanvaarding een soort eindpunt?

Door sommigen wordt aanvaarding gezien als een soort eindpunt op een rechtlijnige evolutie, waarin men achtereenvolgens verschillende stadia zou doorlopen om uiteindelijk te komen tot aanvaarding of acceptatie. In een tekening zou dat er als volgt uitzien:



Niet-aanvaarden # niet-volwassen zijn

Omdat je dat eindpunt nooit schijnt te bereiken loop je kans om meermaals ontmoedigd en ontgoocheld te worden. Mensen hebben immers vlug de neiging om “niet-aanvaarden” gelijk te stellen met “niet-volwassen zijn”, wat dan weer een deuk geeft in ons zelfbeeld. Wat als je de zaak eens anders ging bekijken? Als je er vanuit zou gaan dat aanvaarding geen “eindpunt” maar een “middenpunt” is krijgt alles ineens een andere dimensie.

Aanvaarding is een dynamisch proces van bewustwording

In die opvatting zouden we ervan uitgaan dat aanvaarding een dynamisch proces van bewustwording is. Of anders gezegd, een “meer mens worden”-proces, of misschien een “anders-mens worden”.

In een tekening wordt misschien ook dit duidelijker :



Uit de tekening blijkt ten eerste dat aanvaarding geen einddoel op zich is, en ten tweede dat het een weg is die nooit eindigt, maar steeds verder evolueert, langsheen de verschillende gemoedstoestanden. De gemoedstoestanden wisselen steeds af en je beleeft ze steeds opnieuw, in dezelfde of in een andere volgorde.

Een voorbeeld

Ze was 18 toen haar diabetes werd ontdekt. Eerst deed ze de zelfcontroles zoals de dokter gevraagd had. Ook het dieet werd erg strikt gevolgd. Dit duurde enkele maanden, tot de eerste angst en de schok van de diagnose waren weggeëbd. Dan kwam de opstand tegen het dieet en de zelfcontroles. Opstand werd marchanderen en depressie toen ook de slechte resultaten er niet om logen. Toen een nieuwe experimentele behandeling werd gestart was er hoop op verbetering, die met een smak in wanhoop en depressie overging, toen na de behandeling de toestand weer achteruitging. Kleine dingen waren al genoeg om depressief te worden of hoopvol. Om haar voeten te vegen aan alles of de behandeling strikt te volgen”

Marchanderen: Trachten langs allerlei omwegen toch te verkrijgen wat normaal gezien niet kan, b.v. als diabeet allerlei uitvluchten zoeken, hypo's aan- of voorwenden om te kunnen snoepen.

Het voorbeeld toont aan dat je steeds weer blijft verder lopen langs de verschillende gevoelens. Je bent immers niet echt ziek, en toch hoor je er niet helemaal bij en mag je op een feestje niet

drinken en eten zoals de anderen. Er kunnen dus echt wel momenten zijn waarop je je goed voelt, maar die kunnen ruw onderbroken worden uit vrees voor complicaties, enz.

Als je het voorgaande leest zou je daaruit de conclusie kunnen trekken dat het leven van de diabeet nooit normaal kan zijn, vermits achter elke hoek wel problemen schuilen. Daarop kunnen we wel zeggen dat echt en normaal leven niet gelijk is aan leven zonder problemen. Het is cirkelen over een weg waar angst, wanhoop, depressie, woede elkaar afwisselen, maar ook geluk, hoop en vreugde op terug te vinden is.

Aanvaarding is een middenpunt dat men nooit bereikt, maar de golfbewegingen in de tekening tonen aan dat men er op bepaalde momenten dichterbij is dan op andere.

Een normaal leven is niet gelijk aan leven zonder problemen

Aangepast en normaal gedrag is niet het gedrag waarin woede, agressie of angst ontbreekt. Al deze belevingsvormen zijn immers zaken die tot het leven behoren. En is het niet logisch dat iemand zich agressief voelt als zijn belevingswereld in mekaar stort?

Aanvaarding is een creatief zoeken hoe men op elk moment zal afrekenen met de problemen en complicaties die zich voordoen.

Met andere woorden, het is normaal dat je steeds weer in opstand komt of het moeilijk krijgt met de beperkingen van je diabeet zijn. In deze fase van opstand en agressie volharden en er niet meer uitgeraken is niet normaal, omdat het een teken van "vastgroei" is. Nogmaals teruggrijpend naar de tekening kan je zien dat het leven een steeds verder evolueren is, met hoogten en laagten.

Menselijk leven betekent voortdurende groei, daarom is ook acceptatie of aanvaarding geen punt dat men bereikt, want dit zou stilstaan betekenen.

Ongeacht de leeftijd blijf je verder wandelen in de kringloop van gevoelens.

Routine

Problemen die elke dag terugkomen als de schok van de ontdekking eenmaal is opgevangen, zijn die van de routine. Ieder van ons weet hoe zwaar het soms weegt elke dag controles te doen, op het dieet te letten, het leven zo "evenwichtig" mogelijk te leven. De handelingen worden een gewoonte, de gevoelens echter nooit. Routine is in deze zin geen positieve beleving, daar je met je gevoelens van opstandigheid en niet-aanvaarden blijft zitten en tegelijkertijd geconfronteerd wordt met een dagelijks leven vol noodzakelijkheden, die je steeds weer voor het feit plaatsen dat je anders moet gaan leven. Wat bij de aanvang nieuw is, en een uitdaging om het zo goed mogelijk te doen, wordt na enkele weken een vervelende confrontatie. Sommigen van ons zullen dan misschien proberen zo weinig mogelijk aandacht te schenken aan de controles, nog anderen - en vooral kinderen - kunnen hun afschuw voor de routine uitdrukken door opstandig te reageren op de behandeling.

De routine van de handelingen betekent niet dat ook je gevoelens routine worden

Een jongen van dertien werd diabeet. Door de grote aandacht die hij in het ziekenhuis kreeg, zag hij aanvankelijk tegen het spuiten niet op. Na enkele weken thuis weigerde hij nog zelf te prikken en moest een oudere zus het doen.

Het nieuwe was van de situatie af en de jongen bleek niet in staat de dagelijkse handelingen in routine om te zetten.

Stress, of hoe een levensreddend mechanisme ontaardt in een gevaar voor de gezondheid.

De term “stress” is een Engels woord en betekent van oorsprong inspanning, verwringing, verbuiging, speciaal in het technisch vakjargon voor het testen van materialen, metalen en glas. In de biologie werd het in 1950 door de Hongaars-Canadese arts Hans Selye ingevoerd met een gelijkaardige betekenis: namelijk de belastingen, inspanningen en ergernissen, waaraan een organisme dagelijks in de vorm van lawaai, gejaagdheid, frustraties en pijn, bestaansangst en vele andere zaken is blootgesteld. In het kort ook inspanningen, verwringingen en aanpassingsdwang, waarbij men geestelijk zowel als lichamelijk onder druk staat.

Hiermee krijgt het begrip “stress” iets negatiefs. Het bedreigt de gezondheid, het welzijn, men schuwt en vreest stress als bovenmatige inspanning, overbelasting. Tegelijk weet je toch ook wel dat stress een onvermijdelijk probleem schijnt te zijn, waarmee je in deze moderne beschaving voortdurend wordt geconfronteerd.

Hier ligt dan tegelijkertijd de uitdaging : stress de baas blijven of met stress leren leven. Om stress toe te passen op ons leven als diabeet, zouden we eerst even willen ingaan op de lichamelijke kant van stress, of met andere woorden : wat gebeurt er in ons lichaam?

Volgend experiment illustreert welk impact stress op het lichaam heeft.

Een vrouw stelde zich beschikbaar voor metingen bij een stressexperiment. Ze moest in een angsttoestand worden gebracht en de lichamelijke gevolgen van de alarmreactie zouden dan “live” bij haar worden gemeten door een reeks apparaten. Het experiment begon. De vrouw lag in een ligstoel en een gevaarlijk uitziende reuzekrab werd boven haar hoofd neergelaten. De vrouw gilte het uit.

Op de registratiestroken van de diverse apparaten was het tijdstip van de schok precies gemarkeerd. De lichamelijke veranderingen waren opmerkelijk:

- ◆ de hersengolven gaven een alarmreactie en denkblokkade aan,
- ◆ de hartslag was radicaal verhoogd,
- ◆ de bloeddruk was van 120/60 tot 180/100 opgelopen,
- ◆ de huidweerstand was plots afgenomen.

Al deze meetresultaten signaleerden dat haar lichaam plots “gereed was voor de sprong”. Het sympathicus zenuwstelsel had het bevel gekregen adrenaline af te scheiden. En het is precies dit hormoon dat mens en dier in staat van uiterste paraatheid brengt. Dan volgt de vlucht of de aanval, het rennen of vechten op leven en dood. Dit levensreddend mechanisme heeft zijn weerslag op sommige functies van het lichaam. Meer bepaald op functies die te maken hebben met diabetes, Want eenmaal in de bloedbaan gejaagd mobiliseert adrenaline behalve de suikerreserve - het glycogeen in de lever - eveneens de vetreserves uit de verschillende opslagplaatsen van het lichaam.

Op dezelfde manier werken voortdurend stressprikkels op ons in. Doorgaans zijn ze veel subtieler en daarom ook gevaarlijker. Ons lichaam reageert daarbij volgens dezelfde stereotypen, naar een patroon dat al duizenden jaren geleden bij onze stamvaders was ingeprogrammeerd voor aanval of vlucht. Met dit verschil echter: onze voorvaders hadden de kans de alarmreactie door een vlucht, een aanval of een andere vorm van energie-uitbarsting lichamelijk af te reageren. Dieren reageren nog steeds zo. Als de moderne mens zich bedreigd voelt dan bestaan er een heleboel remmen die iedere instinctieve reactie onderdrukken. Niettegenstaande de voorbereide topprestatie verstart ons lichaam in totale bewegingsloosheid. Innerlijk zijn de gevolgen dan des te katastrophaler. De ongebruikte brandstof moet ergens heen. De vetzuren zetten zich om in cholesterol en worden in de vaatwanden afgezet. Dat kan later de slagaderverkalking versnellen. Door verschuivingen in het hormonale systeem ontstaan er storingen van allerlei aard, enz. Met andere

woorden : de van oorsprong juiste reactie van ons lichaam wordt door onze beschavingsremmen omgezet in een ziekmakend systeem, dat er voor zorgt dat wanneer deze lichamelijke reactie gestadig onderdrukt wordt, men een lichamelijke of biologische “frustratie” krijgt die schadelijk is voor spijsvertering, bloedsomloop, spieren en gewrichten en die het verouderingsproces versnelt.

Frustratie: niet uitgewerkte spanning

Stress en diabetes

Met deze fundamentele begrippen rond stress stappen we nu even naar onze diabetes toe. Ongeacht de oorzaak van onze diabetes weet ieder van ons dat stress een enorme invloed heeft op de dagelijkse gang van zaken. Problemen op het werk of thuis zullen er al vlug voor zorgen dat onze suikerspiegels beginnen te schommelen. Het natuurlijke mechanisme zoals hiervoor uitgelegd, vindt geen uitweg en wreekt zich op ons lichaam. Als we dan nog het ongeluk hebben “introvert” te zijn, dan heb je de poppen al gauw aan het dansen. Dit betekent immers dat je bijna de kans niet meer hebt dingen van je af te praten waardoor de stresserende factoren aanwezig blijven en soms ook gaan cumuleren, met een slecht regelbare diabetes als gevolg.

Wat is oorzaak wat is gevolg: diabetes of stress?

Velen van ons zitten ook met de vraag of stress soms wel eens aan de basis van ons diabeet-zijn kan liggen. Omdat we het in een eerste gedeelte van dit boekje al hebben gehad over de mogelijke oorzaken van diabetes ga ik het hier enkel hebben over onderzoeken die gebeurd zijn in het kader van stress en diabetes.

Even wat geschiedenis. In 1684 schreef Thomas Willis over suikerziekte : “sadness, or long sorrow as likewise convulsions, and other depressions and disorders of the animal spirits are used to genera-te or form this morbid disposition”.

Bij individuele patiënten die uitvoerig psychologisch en psychoanalytisch getest werden, was vaak een verband tussen vroege ontwikkeling, karakterstructuur en het voorkomen van diabetes aanwijsbaar. Maar de opvatting dat de oorzaak van diabetes enkel in het karakter terug te vinden zou zijn, is niet houdbaar gebleken. Wel zie je vaak het manifest worden van een insulineafhankelijke diabeet na het doormaken van heftige emoties, zoals het plotselinge verlies van een naaste of een familielid, een ernstige frustratie of stress.

In het boek Psychosomatische aspecten van diabetes mellitus van prof. Dr. J.J. Groen vond ik het volgende interessante verslag :

“De senior-schrijver heeft systematisch zijn jonge patiënten met diabetes, wier ziektebegin vrij nauwkeurig kon worden gelokaliseerd, gevraagd wat zij meenden dat de oorzaak kon zijn. Wanneer daarop geantwoord werd “een schrik” of “spanning” of “een moeilijke tijd in mijn leven”, werd dit antwoord niet als onzin verworpen maar door een nauwkeuriger opnemen der biografische anamnese geverifieerd. In zijn voordracht, die aan deze monografie is toegevoegd, beschrijft hij als voorbeeld acht van zulke gevallen, uit een totaal van twaalf achtereenvolgende patiënten met juveniele diabetes. Slechts door twee van hen werd bepaald ontkend dat een psychische, resp. intermenselijke oorzaak was voorafgegaan; bij twee was het antwoord vaag en onbepaald. In alle positieve antwoorden was te horen, dat de ziekte begonnen was na of tijdens een situatie van eenzaamheid, vervreemding en terneergeslagenheid. Deze jonge patiënten was, vaak vrij plotseling, iets overkomen, waardoor zij zich alleengelaten, onbegrepen en gedeprimeerd hadden gevoeld. In vele gevallen was er duidelijk sprake van een dreigend of reëel verlies of het ontbreken van een emotioneel-beschermende relatie met een persoon van wie liefde en aandacht verwacht werd, zonder dat er een duidelijke ontlasting van de span-

ning ten gevolge hiervan plaats vond. De patiënt had meestal niet gehuild, er was geen protestreactie, geen vlucht, alleen een soort “stil verdriet”.

In de gevallen waarin de ziekte op middelbare leeftijd ontstond was er meer sprake van een exacerbatie van een reeds bestaande chronische toestand van liefdetekort en gevoelens van eenzaamheid die aan het uitbreken van de ziekte vooraf waren gegaan. Vaak bleek er in het huwelijk van zulke diabetespatiënten van middelbare leeftijd reeds lang voor de ziekte ontstond, een gebrek aan warm emotioneel contact te bestaan, maar zonder dat de patiënt daarop met gevoelens of uitingen van agressie of het zoeken van alternatieve gratificaties had gereageerd. De situatie werd op het niveau van een oppervlakkige aanpassing geaccepteerd en de patiënten leefden, naar het scheen uiterlijk tevreden, in werkelijkheid “mild gedeprimeerd”. Als oorzaak van de exacerbatie van die chronische situatie die aan de diabetes voorafging fungeerde bij hen vaak het verlies van een familielid of een andere sleutelfiguur, die in zekere mate de liefdesbehoefte tot dan toe had aangevuld. Dit was soms een oude vader of moeder, maar niet zelden een zoon of dochter met wie de patiënt eigenlijk een warmer, begrijpend contact had dan met de echtgeno(o)t(e) maar dat door dood, huwelijk of een meningsverschil werd verbroken. Wij menen dat de frequentie van deze anamnesticke bevindingen zo hoog is dat zij verdienen als oorzakelijke factoren overwogen te worden.

De meeste dokters kennen uit ervaring de nadelige invloed van emotionele stress op het ziekteverloop bij diabetespatiënten. Dit is echter nog erg algemeen. De ervaring leert namelijk ook dat niet iedere vorm van stress zulk een verergerende invloed uitoefent, maar dat alleen “bepaalde” emotionele conflictsituaties een dergelijk effect hebben. Dat is alleszins interessant om weten en maakt de zaak minder algemeen. De stress van bv. overweldigende angst voor ons leven, ten gevolge van bedreiging van een vijand of het uitleven van woede op personen, verergeren de diabetes niet. Er kan zelfs door zulke agressieve spanningen een hypoglycemie ontstaan. Neen, het zijn vooral de onuitgesproken conflicten met sleutelfiguren die tot gevoelens van onbegrip en verlatenheid voeren, die een verergering van de diabetes veroorzaken.

De opvatting dat het krijgen van diabetes verband houdt met het verlies van objectrelaties, wordt ook gesteund door Slawson et al. (1963), die bij een aantal volwassen diabeten, bij wie de diagnose juist was vastgesteld, na een psychiatrisch onderzoek, een hoog percentage gevallen van al of niet bewustgeworden objectverlies vaststelde. Ook merkte hij een groot aantal gevallen op waar gevoelens van onverwerkte rouw en depressie een rol speelden. Hij vond dat een groot aantal diabeten te weinig of slecht functionerende emotionele relaties hadden met hun omgeving. Dus ook deze auteurs beschouwden emotionele stress als een factor die een potentiële diabetes tot een manifeste kon verergeren. Emotionele factoren kunnen een invloed op ontstaan en verloop van diabetes hebben, als onderdeel van een multiconditiële situatie. Samengevat kan je het misschien zo stellen : iedere situatie wordt bepaald door:

- ♦ de persoonlijkheid van ieder mens, bepaald door erfelijke aanleg, rijpingsprocessen en levenservaringen;
- ♦ een “stress-situatie”, die voor de persoon schadelijk is omdat ze , meer dan gewone aanpassings- of afweermechanismen vraagt, met andere woorden : de draaglast (wat je overkomt) gaat de draagkracht (wat je aankan) te boven;
- ♦ de mogelijkheid om in zo'n stress-situatie steun bij anderen te vinden of door het eigen gedrag een goede oplossing voor de stresssituatie te vinden.

Depressie

Als je jezelf de vraag stelt of depressie nu oorzaak of gevolg is van het feit dat je diabeet bent, dan merk je dat het antwoord niet zo eenvoudig is.

Ik verwijs opnieuw naar het werk van prof. Groen. Hij ging een aantal onderzoeken na die het verband tussen diabetes en depressie beschrijven. Hij merkte daarbij op dat een milde depressie vaak aan diabetes voorafgaat en dat zij een bestaande diabetes kan verergeren maar, zo zei hij, hij meende niet dat het hebben van diabetes de oorzaak van de depressie was, al kon die er wel toe bijdragen.

Ik denk dat we kunnen zeggen dat suikerziek zijn een grote psychische belasting betekent, wat depressieve gevoelens met zich kan meebrengen. We moeten leren leven met levenslange dieetbeperkingen en dagelijkse injecties, terwijl geen van ons de term “zieke” op zich wil nemen. Dit legt een relatief grote druk op onze eigen verantwoordelijkheid en medewerking. Soms zijn herhaalde opnamen in een ziekenhuis nodig en zitten we toch in ons hoofd met de mogelijke latere complicaties. Bij de aanvang van dit gedeelte haalde ik de wisselende stemmingen aan, waarvan depressie er zeker een is die ons regelmatig overvalt.

Om duidelijk te maken welke invloed depressie kan hebben op diabetes of hoe diabetes kan leiden naar depressie, verklaar ik even wat depressie nu eigenlijk is en welke factoren depressie kunnen veroorzaken. Ik doe daarbij een beroep op het werk *Depressie bij kinderen* van C.A.M. De Wit.

Wat is depressie nu eigenlijk?

Wie depressief is is - letterlijk vertaald - teneergedrukt, en dat niet alleen op het gevoelsmatige vlak, maar op alle gebieden van het persoonlijk functioneren : een depressie uit zich cognitief, affectief, motivationeel en lichamelijk. Depressie is een toestand die wordt gekenmerkt door belevingen van zinloosheid, leegte, onvermogen en doelloosheid : belevingen die alle verwijzen naar een wegvallen en/of ontbreken van iets, belevingen die hun weerslag hebben op alle gebieden van het persoonlijk functioneren.

Het klinisch beeld van depressie omvat dan ook de volgende verschijnselen :

- ◆ emotionele manifestaties: verslechtering van de stemming, neerslachtigheid, plotselinge ongemotiveerde huilbuien, geen plezier meer ervaren in zaken die tevoren wel plezierig of bevredigend waren, geen stemmingsverbetering door positieve ervaringen ;
- ◆ cognitieve manifestaties : negatieve evaluaties met betrekking tot zichzelf, vaak gecombineerd met schuld- en schaamtegevoelens, negatieve evaluaties met betrekking tot de naaste omgeving en de wereld waarin men leeft, en negatieve toekomstverwachtingen ;
- ◆ motivationele manifestaties: futloosheid, nergens zin in hebben, functievertraging, verminderde produktiviteit, regressief functioneren en/of zich terugtrekken uit het gewone functioneren, suïcidedachten of -daden;
- ◆ lichamelijke manifestaties: inslaap- en doorslaapproblemen, stoornissen in de eetlust, moeheid, en verschillende vaak als psychosomatisch bestempelde klachten.

Volgens ditzelfde werk zijn er dus bepaalde oorzaken die een depressie tot gevolg kunnen hebben. In de eerste plaats speelt de omgeving een grote rol, daarnaast vinden we die dingen die iets te maken hebben met de levensgeschiedenis van iemand, denken we b.v. aan verlies, mislukking, krenking, enz. Een derde oorzaak kan liggen in de persoon zelf, en dan vinden we b.v. veranderde lichamelijke mogelijkheden, ten gevolge van ziekte of handicap. Deze kunnen iemand immers altijd opnieuw confronteren met belevingen van tekortschieten en wanneer je dan hoge prestatieverwachtingen hebt of een hooggestemd ik-ideaal, dan kan dit ertoe bijdragen dat er zich een depressie voordoet.

Toen er sprake was van stress, haalden we even draagkracht en draaglast aan en ook hier kan ik ernaar verwijzen. Het kan immers zijn dat de draagkracht van een individu of zijn vermogen om weerstand bieden op een bepaald moment afgenomen is. Dit kan b.v. door lichamelijke ziekte. De beschrijving van depressie zoals ik ze terugvond in bovenvermeld werk, was voornamelijk bedoeld om een idee te geven over welke factoren allemaal naar depressie kunnen leiden en wat depressie

nu is. Teruggrijpend naar ons diagram met wisselende stemmingen zou ik nogmaals willen onderstrepen dat het af en toe hebben van depressiegevoelens niet abnormaal is en eigenlijk een gevolg van de gehele situatie die toch een extra druk uitoefent in ons leven. Wat wel meer aandacht vergt is het blijven “vastzitten” in de depressie. Stilstand in ontwikkeling is meestal achteruitgang, vastroesten.

2. Wat als je partner diabeet wordt?

In dit geval zie je diabetes in een heel ander daglicht. We zullen de zaak nu immers trachten te bekijken vanuit het standpunt van een partner van een diabeet. Met andere woorden, jouw partner, of de mijne of zoals het boek *Leven met diabetes* beschrijft:

“...Als je nadenkt over het leven met een echtgenoot die diabetes heeft, vraag je je af hoe het geweest zou zijn als hij geen diabetes had. De vraag komt naar voren of er grote verschillen zouden zijn. Als je met deze vraag rustig bezig bent, vallen je toch meer dingen op dan je in eerste instantie zou kunnen zeggen. Het eerst dacht ik aan de “regelmaat”. Steeds mooi op tijd eten, slapen gaan, niet te lang uitslapen enz. Nou, daar ben ik wel aan gewend en het geeft eigenlijk nooit problemen. Als we eens in de stad zijn, moet er soms geïmproviseerd worden, maar voor de rest gaat alles precies volgens de regels en de verwachtingen.”

Merken jullie het laatste stuk op? “Alles gaat precies volgens de regels en de verwachtingen”. Regels, het leven van diabeten zit er vol van, en soms kan dat zelfs voor de meest liefhebbende partner wel eens zwaar gaan wegen. Want bij de vaststelling van de diabetes valt er ook een heel deel te verwerken voor onze partner. Onafgezien van het feit dat het altijd moeilijk is om te verwerken dat iemand waarvan je houdt, plots ziek wordt, worden zij ook gekonfronteerd met een vanaf nu te volgen nieuw leven. Diabeet zijn vereist dat nu eenmaal! Anders samengestelde maaltijden, regelmatig leven, het meemaken van hypo’s, hypers enz. Ze zien allerlei gebeuren en hebben er als het ware geen impact op.

Het leven van een diabeet lijkt soms wel een aaneenschakeling van regeltjes en verboden.

Wij weten dat we “vreemde” dingen kunnen doen als we een hypo hebben, maar hoe reageert onze partner hierop? Steeds heb ik me de bedenking gemaakt dat het heel wat begrip van de partner vraagt om samen te leven met een diabeet.

Iedereen weet immers dat het schommelen van de bloedsuikerwaarden ook schommelen van het humeur betekent. Stemningswisselingen die soms erg onvoorspelbaar en plots kunnen optreden. Altijd opnieuw aanpassen, altijd opnieuw begrip voor de situatie.

Dit geldt eveneens voor het seksuele aspect binnen de relatie. Misschien is het goed hier ook even bij stil te staan. Vele partners zullen zich immers afvragen welke invloed diabetes op seksualiteit kan hebben. Het is een onderwerp dat nog gedeeltelijk in de taboe-sfeer zit en daarom niet zo vlug ter sprake gebracht zal worden.

In het boek *Helpen bij seksuele moeilijkheden* vond ik de volgende beschrijving:

Bij suikerziekte kunnen zowel bij de man als bij de vrouw seksuele stoornissen optreden. Deze complicatie kan zich vroeg in het verloop van de suikerziekte voordoen, het kan zelfs het eerste symptoom zijn. Meestal komen de klachten pas na enige jaren ; terwijl ongeveer de helft van alle suikerzieken normaal seksueel kunnen blijven functioneren. De klachten kunnen verergeren of zich voor het eerst uiten als de suikerziekte niet goed is geregeld met insuline of tabletten. Er is geen

duidelijk verband met de ernst van de suikerziekte en bij de man ook niet met de duur ervan. Bij de vrouw stijgt de kans op het optreden van seksuele stoornissen wel met de duur van de suikerziekte : na 5 jaar heeft 15 % klachten, na 10 jaar is dat 30 % (Kolodny, 1974).

Brothers (1975) vermeldt dat van suikerzieke vrouwen onder de 40 jaar, 350/0 over anorgasmie klagen - tegenover 6 % in een controlegroep - ; en 30 % van de mannelijke diabetici onder de 40 jaar potentiëklachten hebben.

Bij de man kunnen ten gevolge van suikerziekte klachten optreden van balanitis, erektezwakte en van retrograde ejakulatie. Balanitis (ontsteking van de eikel) treedt vrijwel alleen op bij onbesneden mannen als de diabetes ontregeld is. Het kenmerk van de erektezwakte is dat er geen ochtenderekties optreden maar de libido niet verminderd is. Hierdoor wordt de erektezwakte als extra hinderlijk ervaren. Omdat het kan voorkomen dat de erekteklachten al optreden vóór er andere tekenen van suikerziekte zijn verdient het aanbeveling om mannen met potentiëklachten die geen ochtenderektie hebben op diabetes te (doen) onderzoeken.

Bij de vrouwelijke suikerzieke kunnen klachten optreden van jeuk aan de schedeingang (pruritus vulvae), sterke witte vloed (fluor), waarbij gemakkelijk een schimmelinfectie (moniliasis) kan optreden en tengevolge hiervan pijn bij de coïtus (dyspareunie). De vaginale vochtafscheiding door seksuele stimulatie is daarentegen soms verminderd. Door deze klachten vermindert gewoonlijk ook de libido.

Als het lukt om de suikerziekte met dieet en medicamenten juist in te stellen dan reageert de witte vloed goed op plaatselijke behandeling. Dikwijls blijkt de vagina dan zo droog te worden dat er behoefte is aan een oestrogeen bevattende zalf die dan ook als glijmiddel bij de coïtus is te gebruiken. De belangrijkste klacht van de suikerzieke vrouw is anorgasmie. Deze wordt waarschijnlijk - evenals de erektezwakte en de retrograde ejakulatie bij de man - veroorzaakt door een stoornis in de prikkelgeleiding van het autonome zenuwstelsel ten gevolge van diabetes (Owen, 1975). Seksuele stoornissen bij suikerziekte treden aanvankelijk af en toe op als de patient in minder goede konditie is. Deze af en toe optredende stoornissen veroorzaken angst om te falen ; de faalangst kan de patiënt depressief maken, hij durft niet goed meer te vrijen en ontloopt de gelegenheid ; daardoor kan het van kwaad tot erger komen. De arts doet er verstandig aan met suikerpatiënten te bespreken dat seksuele stoornissen kunnen optreden. Ze zijn er dan op voorbereid en kunnen samen met hun partner hun seksuele relatie zo ombuigen, dat liefde en tedere intimiteit op de voorgrond staan en klaarkomen geen voorwaarde meer is voor bevrediging.

Hier wordt dan eigenlijk beweerd dat diabetes de oorzaak kan zijn van seksuele stoornissen. (Dit in tegenstelling met recentere werken die zeggen dat elke diabeet in staat is om seksueel te functioneren, als ieder ander.)

Dr. P. Van Rooy merkt op dat reeds in 1798 het verband tussen diabetes en impotentie gekend was. Slechts de laatste 20 jaar wordt er meer aandacht aan besteed. Naar schatting 23 % tot 60 % van de mannelijke diabetes-patiënten zullen een bepaalde graad van impotentie ondervinden gedurende de periode dat ze seksueel actief zijn. Het impotentie-probleem komt gemiddeld 10 tot 15 jaar vroeger voor bij de diabetespatiënt dan bij de niet-diabeticus.

Het kan voorkomen op verschillende manieren :

- ♦ gestoorde glucosetolerantie jaren later gevolgd door impotentie;
- ♦ impotentie als eerste teken van diabetes;
- ♦ tijdelijke impotentie als gevolg van een slecht geregelde diabetes. De oorzaak van impotentie bij de diabetespatiënt is niet helemaal duidelijk. In de literatuur vinden we tegenstrijdige gegevens

waarin neurologische, psychologische, vasculaire of endocriene systemen tussenkomen in het ontstaan van de stoornis.

Vroeger meende men dat 95 % van de gevallen van impotentie zuiver psychogeen waren. Grondiger onderzoek heeft aangetoond dat in 50 % van de gevallen een organische oorzaak kan worden gevonden.

Het endocrien systeem speelt maar een beperkte rol. Testosteron is onmisbaar bij het begin van het geslachtsleven maar nadien wordt de noodzaak hiervan veel kleiner.

1. Neurologisch: als gevolg van de autonome diabetische neuropathie met aantasting van de zenuwvezels die de impulsen van en naar het ruggemerg overbrengen. Vaak samen met perifere neuropathie t.h.v. de onderste ledematen.
2. Vasculair: obstructie van de arteriën van de penis wordt door bepaalde auteurs beschouwd als de hoofdoorzaak van het ontstaan van erectiestoornissen.
3. Endocrien: een aantal auteurs is van mening dat zeer lage tosteronspiegels bij diabetespatiënten met impotentie de oorzaak zouden zijn. Dit laatste wordt echter door een groot aantal auteurs aangevochten.
4. Psychologisch: Deze factor dient zeker niet onderschat te worden maar speelt integendeel een belangrijke rol. Een zich minder voelen, angst voor falen kunnen aanleiding geven tot seksuele dysfunctie.

Mogelijke behandelingen :

1. Hormonaal: Testosteroninjecties en aanverwanten leveren meestal geen resultaat. Slechts bij specifieke deficiënties.
 2. Algemene factoren: Stoppen met roken, alcoholabusus, strikte regeling van de diabetes, stoppen van bepaalde pharmaca welke impotentie kunnen uitlokken, rust.
 3. Niet-chirurgisch:
 - ✓ dilataties van de corpora cavernosa vnl. bij matige vormen van vaatverstopping (o.a. bij diabetes);
 - ✓ autoinjecties met vasodilerende produkten.
 4. Psychotherapie: Kan in een aantal gevallen de patiënt helpen om zijn problemen te overwinnen.
 5. Chirurgisch:
 - a. conservatief:
 - ✓ microchirurgie;
 - ✓ arteriële revascularisatie bij ernstige arteriële insufficiëntie;
 - ✓ correctie van aangeboren en verworven afwijkingen van de penis.Bij vasculaire letsels is dergelijke therapie aangewezen.
 - b. Inplanting van penisprothesen :
 - ✓ Semirigiede prothesen :
 - volledige vernietiging van de corpora cavernosa
 - penis continu in erectie
 - tevredenheid patiënt/partner : 85/95 %
- Risico: necrose, perforatie; infectie: zelden.
Complicaties: pijn postoperatief (enkele weken), urineretentie, oedeem.
- ✓ Opblaasbare penisprothesen: dit zijn 2 opblaasbare cylinders ingeplant in de penis, een reservoir ingeplant onder de buikspieren en een pompje intrascrotaal.
 - controle over de erectie, natuurlijk voorkomen van de penis;
 - tevredenheid patiënt/partner ± 95 Wo;
 - complicaties idem als voor semirigiede;daarnaast ook mechanische defecten : pomp, cilinderruptuur, knik in connectiestu k-ken. Deze

kunnen echter gemakkelijk worden hersteld.

- Probleem : hoge kostprijs.
- ✓ Penisprothese: nooit als eerste keuze, steeds te bespreken met de patiënt, enkel indien psychologische stoornissen.

Wat is er nu van belang bij seksuele stoornissen? We mogen zeker niet vergeten dat seksueel gedrag sterk afhankelijk is van hoe we ons voelen. Vraag jezelf af of je lichamelijk goed op punt staat en vraag je dan af of je je goed voelt.

Voel je je depressief omwille van het feit dat je diabeet bent? Of omwille van optredende complicaties, gevolgen in ons persoonlijk leven, enz. Al deze dingen hebben een veel grotere invloed op ons seksueel welbevinden en zullen het ons eerder moeilijk maken dan puur lichamelijke oorzaken.

Het is dus heel belangrijk eventuele seksuele moeilijkheden niet te vlug toe te schrijven aan het feit dat je diabeet bent, maar ook redenen te gaan zoeken in onze onmiddellijke omgeving, hoe voelen we ons op het werk? Hoe is onze relatie met onze partner? Zijn er geen andere lichamelijke oorzaken dan mijn diabetes-zijn die er nu voor zorgen dat ik problemen heb met mijn seksuele relatie?

Dit zijn allemaal vragen die beslist het overwegen waard zijn en die voor zowel mannen als vrouwen opgaan.

3. Wat als je kind diabeet wordt?

Nog een apart probleem is dat van de kinderen met diabetes. Wat leeft er in onze kinderen als zij suikerziek worden en ook die beperkingen en regelmaat krijgen opgelegd die de volwassenen zo goed kennen? Wat betekent het voor de niet diabete ouder, zijn of haar kind "ziek" te weten?

We zullen eerst trachten in te gaan op het gevoel dat binnen het kind leeft.

Naargelang van de ouderdom van het kind zal het een frustratie meer of minder "erg" ervaren. Dit geldt ook voor de eerste opvang van de klap van de diagnosestelling. Kinderen die erg jong suikerziek zijn geworden schijnen het dieet en de regelmaat van hun leven als een soort vanzelfsprekendheid te beschouwen.

Anders wordt het wanneer het kind al wat ouder is als het diabeet wordt, of wanneer er bepaalde persoonlijkheidskenmerken zijn die de verwerking moeilijker maken.

Zo ontmoetten we een jongetje van negen jaar oud dat reeds enkele jaren diabeet is, maar het erg moeilijk heeft met de verwerking ervan. Hij voelt zich op school steeds achteruit gezet omdat hij met verjaardagen geen snoepje krijgt zoals de anderen.

Bij je leeftijdgenoten horen is belangrijk.

Voorals pubers kunnen het soms erg moeilijk hebben met hun suikerziekte. Het is immers dé periode dat het belangrijk is dat je ergens bijhoort. Een gevoel dat niet te onderschatten valt en belangrijk is voor de mogelijkheid tot relatievorming op latere leeftijd. Het is dus ook in deze periode dat beperkingen van dieet en regelmatig leven erg zwaar kunnen wegen.

De situatie wordt dan dubbel moeilijk als zij, geconfronteerd met bezorgde ouders, helemaal "weg" kruipen en niet praten over wat hun nu werkelijk dwars zit. Dikwijls wil zo'n puber in zijn drang naar het bekomen van wat zelfstandigheid helemaal niet weten van de goedbedoelde raad van soms op

het randje af wanhopige ouders die hun kinderen zien wegzakken in een mallemolen van hypo's, hypers en stemmingswisselingen. De puber kan het dan erg moeilijk hebben in zijn gevecht met zichzelf en zijn lichamelijke toestand.

Het is ook de periode dat de jongere zou kunnen gaan rebelleren, wat vooral voor de diabetische jongere ernstige gevolgen kan hebben. Of wie van ons die reeds jaren diabeet is kent het opstandige gevoel niet dat we kregen als onze ouders ons betrapten bij het snoepen? De neiging om de rest van de koekjesdoos dan ook nog leeg te maken uit een onmachtig protest tegen het gegeven dat juist wij diabeet moesten worden. De leeftijd dat alles wat niet mag juist aantrekkelijk is of net wat we nodig hadden, de leeftijd waarop veel de schuld is van anderen en we soms onze suikerziekte wijten aan onze ouders, omstandigheden, eigen ongeluk, lot, enz.

Al bij al een moeilijke tijd, waar je mits veel verdriet, moeite en vooral veel praten toch kan doorkomen.

Ook de ouders maken een moeilijke tijd door.

Ook de ouders maken een moeilijke tijd door. Zo denken we aan onze eigen moeder die ondanks het feit dat er geen suikerziekte in haar, noch vaders familie voorkwam, zichzelf verantwoordelijk voelde voor het feit dat twee van haar kinderen diabetes hadden.

Ouders worden evenzo geconfronteerd met een onbekende situatie. En onbekende situaties roepen meestal angst op en onzekerheid. Zij worden van vandaag op morgen geconfronteerd met de dagelijkse insputingen, soms hypo's, de stemmingswisselingen, enz. Het ergste is waarschijnlijk nog dat zij buiten dit alles staan. Het overkomt hun kind en zij moeten machteloos toezien wat er verder nu zal gebeuren. Vanuit hun eigen onmacht trachten zij hun kind te leiden, maar zoals hiervoor reeds omschreven zullen zij op mee- of tegenwerking stuiten naargelang van de leeftijd en de persoonlijkheid van het kind.

Maar misschien, om dit gedeelte beter te illustreren, kunnen we de vader van een diabetische dochter aan het woord laten. Waarschijnlijk zal wat hij beschrijft wel herkenbaar zijn voor velen onder ons:

Vroeger had ik weinig vermoeden hoe groot het leed was dat diende en kon gelenigd worden bij hen die elke dag van hun bestaan moeten doorbrengen aan de zijde van hun diabetische zoon of dochter.

Immers wordt er van deze ouders verwacht de steun én toeverlaat te zijn voor hun suikerzieke kind en tegelijkertijd erin te gelukken hun persoonlijke twijfels en leed te overwinnen. Lukt dat niet, dan moeten deze gevoelens maar verborgen worden achter een uiterlijk, dat duidelijk zelfvertrouwen uitstraalt. Wij hebben geleerd, dat dit een haast onuitvoerbare opdracht is, ongeacht tot welke laag van de bevolking de betrokkenen ook behoren.

Ouders van zieke of gehandicapte kinderen hebben, ongezien het soort ziekte of tekortkoming, moeten leren leven met de getroffene en hebben het daar moeilijk mee, of mee gehad. Er zijn enkele geïsoleerde gevallen bekend van hen, die er aan tenonder zijn gegaan, maar wij kennen er ook - en dat is de grote meerderheid - die er niet alleen op haast normale manier hebben mee leren leven, maar die er zelfs hun zin in het leven mee hebben gevonden.

Diabetes Mellitus is een misleidende ziekte, die zowel de getroffene, als de hem omringende gezinsleden voortdurend over en weer slingert tussen perioden van agressie, revolte of berusting, maar zelden van aanvaarding. Immers, in onze huidige samenleving, die gekenmerkt wordt door

een hoogtechnologische, medische en sociale begeleiding, laat het zich zelden aanzien, dat een persoon suikerziek is.

Toen mijn vrouw en ik vernamen dat onze dochter suikerziek was geworden, kwam er een abrupt einde aan het eerste gedeelte van ons leven. Het tweede gedeelte meldde zich aan als een diepe donkere tunnel, vol zorgen en machteloosheid tegenover de ingewikkelde ziekte die Diabetes Mellitus is en het zou lang duren voor het licht aan de andere kant van de tunnel zich als een bleek schijnsel zou vertonen. In de eerste dagen reeds was de hulp en het begrip van het medisch en verplegend personeel een steun en toeverlaat. Met de moed en de wanhoop grepen wij ons vast aan elk woord, hopen dat het ons zou vertellen, dat het allemaal niet zo erg was, dat het slechts een nachtmerrie was, en dat we ergens wakker zouden worden en er niets gebeurd zou zijn.

Maar de diabetes was gekomen om nooit meer weg te gaan, en dat was de realiteit waarmee we zouden moeten leren leven.

Meer dan bij elke andere behandeling van een ziekte, is er bij diabetes mellitus een goede dialoog nodig tussen de specialist en de patiënt. Tenslotte gebeurt negenennegentig procent van behandeling en opvolging thuis.

4. Mijn relatie met de behandelende arts

WAAR IK VERDER NOG REKENING MEE MOET HOUDEN

Wanneer de diagnose diabetes wordt gesteld dan krijg je dat natuurlijk te horen via een arts. In sommige gevallen is dat de huisarts, in andere een internist. Sommige mensen worden dan doorverwezen naar een endocrinoloog, anderen worden verder opgevangen door hun internist. Hoe het ook zij je komt altijd bij een dokter terecht, en je bent voor een groot gedeelte van hem afhankelijk voor de eerste opvang van de klap.

Internist: arts voor inwendige ziekten

Endocrinoloog: arts die zich bezig houdt met de ziektebeelden van endocriene klieren ; dit zijn klieren wier afscheidingsprodukten door het bloed of weefselvloeistof worden opgenomen. (*uit: Coelho Kloosterhuis, Zakwoordenboek der Geneeskunde*).

De meeste van ons wisten niets of bijna niets over diabetes op het moment dat de diagnose werd gesteld. Gebrek aan kennis verhoogt de angst, dus ligt een belangrijk gedeelte van de taak van de arts in het geven van informatie. Meestal gebeurt dit gekombineerd met een ziekenhuisopname en speelt het verplegend personeel hierbij ook een grote rol.

Dan komen we dus terecht in een ziekenhuis, op zich al niet zo'n prettige omgeving om in te verblijven en daarbij komt dan nog dat we vanaf heden "diabeet" zijn. Wat het precies allemaal betekent weten we nog niet. Verpleegster en diëtiste komen langs en leggen allerlei zaken uit, maar ik kan me voorstellen dat veel daarvan verdwijnt in de leegte van onze onzekerheid. Dat is dan nog in het beste geval, want hoe dikwijls gebeurt het niet dat diabeten in een ziekenhuis terecht komen, er weinig of geen uitleg krijgen en als ze iets durven vragen nog worden afgesnauwd?

Ter illustratie

Een suikerzieke man werd opgenomen op een algemene afdeling van een ziekenhuis om een heelkundige ingreep te ondergaan. Toen hij aan de behandelende arts vroeg of zijn glycemie niet op punt moest worden gesteld antwoordde deze: "Och meneer zo lang u geen klontjes plast moet u zich geen zorgen maken"... en daar kon hij het mee doen.

Deze diabeet was al “ervaren” en kon de reactie van de dokter aan, maar wat met nieuwe diabeten? Zo is het geweten dat sommige artsen zich de moeite niet getroosten tijd uit te trekken voor een nieuwe diabeet.

Een jongeman van 24 kreeg de diagnose “diabetes” te horen en werd opgenomen voor een op punt stelling van zijn behandeling. Hij verbleef een kleine twee weken in het ziekenhuis. Hier kreeg hij door een diëtiste een dieetlijst in de handen gedruwd, hij zag weliswaar de behandelend geneesheer elke dag, maar deze gaf geen uitleg. Er werd hem niet gewezen op het bestaan van de Belgische Vereniging voor Suikerzieken, zodat hij dat achteraf zelf maar moest ontdekken.

Nadien, bij de ambulante behandeling, werd hij gezien “tussen de soep en de petatten”, zoals hij zelf uitdrukt.

Op een gegeven moment was de oplossing voor een goede diabetesregeling : “het vinden van een goede vrouw”. Toen vond onze jongeman dat de maat vol was en is hij op zoek gegaan naar een andere dokter.

Gelukkig hebben we ook goede ervaringen. Er zijn immers ook artsen die wel tijd uittrekken voor hun patiënten en die er in slagen de patiënt zoveel zelfvertrouwen te geven dat zowel de opname als de eerste klap goed worden opgevangen. Dat zijn artsen die geloven in het bewust maken van hun patiënten en die te allen tijde zullen proberen om ze zoveel mogelijk kennis bij te brengen.

Hetzelfde geldt voor verpleegkundigen. Je hebt erbij die hun taak ter harte nemen en de patiënt weerbaarder trachten te maken door hem te informeren. Verpleegkundigen die het in dank afnemen als de patiënt assertief is en uitleg vraagt.

Een diabeet met reeds 20 jaar suikerziekte werd opgenomen voor een heelkundige ingreep. Hij kwam terecht op een algemene afdeling van een ziekenhuis. De verpleegkundigen waren er niet zo ver:rouwd met diabeten en waren blij dat onze diabeet zijn insputingen zelf regelde.

Andere ervaringen zijn er ook:

Op een diabetes afdeling van een ziekenhuis werd ik opgenomen om een regeling uit te werken met meerdere insputingen per dag. De opname werd gecombineerd met een aantal onderzoeken, Naar de verpleegkundigen me geen uitleg over konden geven en sommige artsen een zeer verbaasd zij het niet boos gezicht trokken als ik hen vroeg waarvoor dat dan allemaal wel nodig was.

Eén avond werd de verpleegster van dienst zelfs zo boos dat zij de deur van mijn kamer met een knal toegooide en ik een paar dagen later bijna overspannen uit het ziekenhuis werd ontslagen. En daar moeten nieuwe diabeten terecht?

Ik haalde reeds even het begrip assertiviteit aan. We vinden het toch belangrijk er even op in te gaan omdat het mijns inziens een belangrijk aspect vormt van onze relatie met arts en verpleegkundigen.

Assertiviteit binnen de arts-patiënt relatie

Wat is assertiviteit? Eerst even de definitie:

Gedrag waardoor men voor zijn rechten opkomt en zijn gevoelens en gedachten uit, wordt assertief genoemd, in het besef dat ook andere aanduidingen mogelijk zijn : onafhankelijk, zelfstandig, niet-toegevend of confronterend gedrag.

Met andere woorden assertiviteit betekent opkomen voor jezelf, voor je eigen rechten. De manier waarop je dat doet is uiteraard belangrijk en het mag zeker geen agressiviteit worden. Maar

aangezien het voor ons diabeten erg belangrijk is dat we goed op de hoogte zijn van ons mankement, is het ook belangrijk te weten hoe wij op een juiste manier aan onze informatie kunnen komen.

Even een praktisch voorbeeld.

De heer X., diabeet komt na een gevulde dag van onderzoeken bij zijn behandelende arts. Hij is moe, want hij heeft de voorbije dag wel wat te verwerken gekregen. Hij komt voor de eerste maal in een nieuw ziekenhuis en krijgt onmiddellijk woorden voorgeschoteld als "oogfundus", EMG, dagcurve, H ba I enz. Bij de arts kan hij nu op een assertieve, een sub-assertieve of een agressieve manier gaan optreden :

Sub-assertief :

Hij luistert naar de arts terwijl die zijn insuline-hoeveelheden aanpast. Hij durft niet te vragen wat die onderzoeken nu eigenlijk waren en of er al resultaten zijn. Hij gaat wrokkig naar huis met zijn aangepaste insulinedosis. Hij is helemaal niet gemotiveerd om het doktersadvies op te volgen en al vlug neemt zijn leven het oude gangetje.

Assertief :

Hij vraagt de arts hem uit te leggen waartoe de onderzoeken dienden. De arts verklaart de resultaten en zo wordt het voor hem duidelijk waarom een goede regeling noodzakelijk is en waarom zijn insulinedosis moet worden aangepast. Hij gaat tevreden naar huis. Hij heeft weer wat kunnen leren en is meer gemotiveerd zich te verzorgen.

Agressief :

Hij stapt het bureel van zijn arts in, vastbesloten hem wel eens de waarheid te vertellen over alle vervelende onderzoeken die hij heeft moeten ondergaan. Hij vindt dat hij recht in zijn schoenen staat, maar beledigt de arts, toont hem zijn wantrouwen en maakt zo een verdere goede arts-patiënt relatie onmogelijk.

Het voorbeeld tekent goed het verschil tussen assertief gedrag en agressief gedrag. We vinden het belangrijk dat diabeten op een assertieve manier om de nodige informatie vragen. Zelfs opgenomen in een ziekenhuis is het ons recht te weten wat er gebeurt, een recht waar we zeker op moeten staan."

Samengevat kunnen we zeggen dat het belangrijk is dat je als patiënt een goede bevredigende relatie met je arts hebt. Maar dat vraagt moeite van beide kanten, moeite die jammer genoeg nog niet altijd wordt opgebracht.

5. Hoe reageert de omgeving, de werkring?

Ieder van ons komt in contact met mensen buiten het gezin. Dit betekent dat mensen die voor ons niet dadelijk onze beste vrienden zijn, worden geconfronteerd met onze diabetes. Hoe reageren zij erop? Wat weten ze ervan?

Dan denk ik aan de ervaring die ik zelf eens had.

Ik leerde een jongen kennen. Misschien was het tussen ons iets geworden, als zijn moeder hem niet had verboden met me om te gaan, uit angst dat diabetes besmettelijk was.

Maak je geen zorgen, je kan er 100 jaar mee worden...

Ook ontmoette ik regelmatig mensen die er thuis de medische encyclopedie gingen op na slaan om te weten wat diabetes nu was. Dat zijn nog de beste. De meeste nemen de houding aan van : och een spuitje en wat dieet, maar maak u niet ongerust want je kan er 100 jaar mee worden, ik had eens een tante en die was ook suikerziek en die is gestorven als ze 89 was, dus...

‘Een spuitje en wat dieet...’ is het zo eenvoudig?

Dus beste diabetes, een spuitje, wat dieet... we weten allemaal dat dit niet zo eenvoudig is, want hoe leg je iemand uit hoe het voelt om een hypo te krijgen ? Om midden in een vergadering vlug wat suiker naar binnen te werken, terwijl je je schaamt omdat iedereen naar je kijkt? We weten allemaal dat diabetes erg omvattend is en daarom niet zo eenvoudig.

Wat het allemaal nog moeilijker maakt is de onwetendheid van de mensen rondom ons. Door onwetendheid gaan zij de zaak minimaliseren en kan ons wel vlug het gevoel bekruipen of we aan het overdrijven zijn. Uit Diabetes gezond of ziek citeren we de volgende ervaring :

...Vorig jaar ging ik per vliegtuig naar het buitenland. De vlucht zou ongeveer twee uur duren, van circa half zes tot half acht 's avonds. Normaal prik ik 's avonds om half zeven. Ik nam mij voor om tijdens de vlucht op de w.c. te spuiten, of direct na aankomst op de plaats van bestemming. Hoewel de passagiers om kwart voor vijf instapten, duurde het nog drie kwartier voordat we vertrokken. Daarom besloot ik niet te wachten tot de aankomst om circa kwart voor acht. Ongeveer een half uur na vertrek kregen wij in aansluiting op de borrel sandwiches - en daarbij behorende extra's - aangeboden. Hoewel ik altijd vóór het avondeten prik, besloot ik dit nu direct na het eten te doen : tot twee keer toe was gebleken dat de w.c. bezet was. Met het eten en drinken eenmaal voor mij kon ik niet gemakkelijk meer weg, vooral omdat ik aan de raamkant zat. Na mijn kortdurende maaltijd bleek mijn buurman nog niet klaar te zijn. Juist toen ik wilde vragen of ik er even langs mocht, schoot de vrouw die voor mij aan het looppad zat overeind en ging richting w.c. Op dat moment besloot ik het erop te wagen mijzelf in de stoel te prikken. Dat kon ik in ieder geval voor mijn buurman niet onopgemerkt doen. Ik vroeg mij af wat ik zou doen : hem wel of niet informeren. Wel informeren hield het risico in dat er eindeloos vragen gesteld zouden worden over diabetes. Daar voelde ik weinig voor. Niet informeren hield het risico in dat het prikken bij hem misschien allerlei vragen zou oproepen, onder meer de gedachte met een "opiumspuiter" te doen te hebben. Een dergelijke ervaring heb ik namelijk één keer gehad ! Ik hield er daarom rekening mee dat hij zich verplicht zou voelen één van de twee stewardessen in te lichten, met het mogelijke gevolg dat de burens voor en achter zich er ook mee gingen bemoeien. Daarom besloot ik hem te vragen of hij er bezwaar tegen had, dat ik in verband met mijn suikerziekte even prikte. "Neen", zei hij, "natuurlijk niet". Voor de rest geen enkele vraag of opmerking. Ik haalde mijn benodigdheden uit mijn tas, om vervolgens in mijn buik te prikken. Daarmee was de kous af. Ik dacht bij mezelf: "Misschien heeft hij zelf wel suikerziekte, gezien zijn ongecompliceerde reactie"...

Buitenstaanders meten vaak de ernst van de situatie af aan het aantal keren dat je moet spuiten.

Wat je vaak ook ontdekt als je met vreemden over suikerziekte gaat praten, is dat de mensen de ernst van de ziekte afwegen aan het aantal eenheden dat je spuit. Voor buitenstaanders is iemand die een pilletje moet nemen niet zo erg suikerziek, iemand die moet spuiten wel en hoe vaker je per dag een inspuiting krijgt hoe erger je het hebt.

Op het werk kan je soortgelijke ervaringen hebben. Collega's die begrijpend reageren en er alles van af willen weten, anderen die het probleem niet naar ware grootte schatten.

De vraag of we onze werkgever moeten informeren, wordt in het derde gedeelte van dit boekje besproken.

6. Praktische dingen waarmee we rekening dienen te houden

Na het verwerken van de diagnose diabetes, komen de meer praktische vragen. Vragen zoals: kan ik nog op vakantie? wat moet ik doen tijdens een etentje, hebben al menig spannend moment bij ons veroorzaakt.

Laat ons beginnen met het op vakantie gaan.

Diabeten kunnen net als niet diabeten op vakantie gaan. Er zijn alleen een paar zaken waar ze op moeten letten. Zo is het belangrijk dat je voor dat je op reis vertrekt je dokter een attest laat invullen, waarop vermeld staat dat je diabeet bent en wat voor medicatie je gebruikt. Een voorbeeld van zo'n attest vind je hieronder.

Mevr./Mej./de Hr
(voor- en achternaam)
geb.
heeft diabetes mellitus en dient daarom te worden behandeld met dagelijks ' injectie(s) van de isuline(n) 2 of met dagelijks' tablet(ten) van het preparaat 2
Behandelende arts,
(handtekening)
Plaats
Datum

DOCTOR's CERTIFICATE
M rs/Miss/Mr
(family and christian names)
born on
is suffering from diabetes mellitus and should therefore receive daily ¹
injection(s) of the insulin(s) ²
or take daily ' tablet(s) ²
Attending physician,
(signature) Place
Date

ATTESTATION MÉDICALE
Mme/Mlle/M
(nome et prénoms)
nè(e)
souffre de diabète sucré et doit recevoir chaque jour ¹ injection(s) d'(des) insuline(s) de ² ou
prendre chaque jour ¹ comprimé(s) de ²
Le médecin traitant,
(signature)
Lieu
Date

ARZNEIMITTELERKLARUNG
Frau/Frl./Herr
(Name und Vornamen)
geboren am
leidet an Diabetes mellitus und muss deshalb täglich ¹ Injektion(en) von Insulin(en) ²
erhalten oder täglich ' tablette(n) ² einnehmen.

Behandelnder Arzt,
(Unterschrift)
Ort
Datum

CERTIFICACIÓN DE MEDICINA

Sra/Srta/Sr

(nombre y apellidos)

nacido el

sufre de diabetes mellitus y debe recibir cada día ¹ inyección(es) de insulina(s) de ² o tomar cada día ¹ comprimido(s) de ²

El médico responsable,

(firma)

Domicilio

Fecha

1 Invullen aantal injecties of tabletten

2 Invullen handelsnaam van insuline(n) of tabletten.

Neem verder ook de diabetes identiteitskaart met je mee, zodat de mensen, moest je een zware hypo doen, weten hoe ze moeten ingrijpen. Verder is het misschien goed op voorhand een idee te hebben van het voedsel dat ginds gebruikt wordt, en dan al eens met de diëtiste te bespreken hoe het zit met ruilwaarden. Natuurlijk nemen we voldoende insuline en injectiespuiten mee, die we verdelen over onze bagage. Een goede tip is een gedeelte van onze voorraad insuline en spuiten in onze handbagage te stoppen, zodat we geen nadeel ondervinden moest onze bagage vertraging of onderkoeling oplopen.

Om de belangrijkheid van het verdelen van de insuline en spuiten over de bagage te illustreren, de volgende ervaring.

We zouden voor twee weken naar Joegoeslavië gaan kamperen. Omdat we allebei nogal avontuurlijk zijn ingesteld en niet bang van onbekende horizonten, hadden we onze insuline tijdens de rit ernaartoe wel verspreid gestoken, maar eenmaal op de camping hadden we ze verzameld in onze koelbox, aangezien het snikheet was. Enkele dagen is dit goed gegaan, tot we op een avond vergaten de koelbox binnen te zetten. De volgende morgen bij het ontwaken kregen we de schrik van ons leven. Iemand had tijdens de nacht de box helemaal leeg gestolen én ook onze insuline meegenomen ! Omdat we ons onmogelijk konden voorstellen wat een dief met insuline kon doen en omdat we verderop in het gras al een deel van de inhoud van de box zagen liggen, hoopten we dat de dief ook wel de insuline zou hebben weggegooid eens hij had gezien dat hij er toch niets mee kon. Hij had gelukkig de actrapid laten liggen, maar alle doosjes humane ultratard waren verdwenen.

Actrapid: snelwerkende insuline

Ultratard: traagwerkende insuline

We begonnen te zoeken maar vonden geen insuline.

Ik moet zeggen dat op zo'n moment je toch wel de schrik om het hart slaat.

De dichtsbijzijnde arts was niet aanwezig, dus verwees men ons naar de dichtsbijzijnde grote stad. Verslagen reden we terug naar de tent. In een laatste wanhoopspoging liepen we nog maar eens de wegjes tussen de tenten af en we waren dolgelukkig toen we de doosjes insuline 100 meter verder dan we de vorige keer gegaan waren toch in het gras zagen liggen. Een hele opluchting en een goede les voor de toekomst.

Spreidt je materiaal voldoende over je bagage!

Dus... altijd insuline en spuiten op verschillende plaatsen opbergen. Vakantie is een prettige tijd en kan dit voor diabeten ook zijn het maar even op de ervaring van mevr. Wever die verscheen in Prikkrant.

Bijna alles kan.

Mevrouw Wever uit Koog aan de Zaan steekt met haar verhaal alle diabeten een hart onder de riem: Erwtensoepp bij 35°C, autopech bij 45°C en toch een fijne vakantie. Enfin, leest u maar.

Geachte Prikkrant,

Hierbij een reactie op "vakantie-ervaring".

Mijn naam is Ina Wever, ik ben 35 jaar en ik heb 13 jaar diabetes. Ik doe veel aan sport, o.a. badminton, trimmen, zwemmen en ik ben overtuigd van het gunstige effect van sport op diabetes.

De eerste jaren durfde ik vanwege het dieet e.d. niet op vakantie naar het buitenland. In de loop der jaren heb ik echter zoveel voorlichting en kennis verzameld dat ik nu veel meer durf.

Zo ga ik nu met mijn man en kind elk jaar naar Frankrijk. De eerste keer kwam ik er dan ook achter dat in Frankrijk absoluut geen suikervrije frisdrank te krijgen is. Op mijn vraag wat Franse diabeten dan wel drinken was het antwoord wijn.

Op de heenreis gebruiken we de warme maaltijd 's middags in een restaurant zodat we 's avonds bij aankomst op de camping alleen een broodmaaltijd hoeven te nemen.

Mijn man is dol op eten koken en hij kookt dus in de vakantie bijna elke dag. Deze zomervakantie kregen we trek in erwtensoepp, zodat hij een heerlijke erwtensoepp bereidde. Het was die dag wel 35°C.

Als ik me niet prettig voel (wat bijna nooit gebeurt in de vakantie) prik ik even een bloedsuiker en weet meteen wat er aan de hand is. Verder heb ik ook altijd een kaartje bij me met allerlei medische gegevens erop in het Frans.

Vier jaar geleden reden we op de autoroute in Zuid Frankrijk toen we autopech kregen. Op dat moment was het twaalf uur 's middags en ongeveer 45°C. Gelukkig hadden we nog een stokbrood en een blikje leverpastei. Ik zie me nog staan met een groot mes het stokbrood in stukken snijden. Nergens een schaduw langs de autoweg, een kapotte auto en allemaal donkerrode koppen van de vreselijke hitte. Op zo'n moment krijg je het wel even moeilijk. Gelukkig kwam even later een wegenwacht en enige uren later zaten we heerlijk in een koel hotel.

Met dit verhaal wil ik alleen maar zeggen dat met zelfvertrouwen, durf en goed weten wat je wel en niet kan doen op het gebied van dieet, sport e.d. bijna alles kan.

Verder heb ik een echtgenoot die me met alles steunt en ook de nodige kennis heeft van diabetes.

Met vriendelijke groeten, Ina Wever, Koog aan de Zaan.

Sport

Dat brengt ons dan bij ons volgende puntje, nl. het aan sport doen. Uit onze voorraad kennis weten we dat "beweging" een belangrijke factor is in de diabetesregeling. Daarom is sport doen voor alle mensen en dus ook voor diabeten een goede zaak. Voor ons vraagt het evenwel weer wat aanpassing.

Als we sport doen, gaan we meer bewegen, als we meer bewegen verbruiken we extra koolhydraten. Dat betekent dat we onze sportactiviteit moeten inrekenen in onze diabetesregeling.

Dat inrekenen kan op twee manieren :

- ♦ door het spuiten van minder snelwerkende insuline ;
- ♦ door het extra nemen van koolhydraten.

Afhankelijk van de soort sport die we gaan doen en van de duurtijd en intensiteit ervan, moeten we onze extra snacks gaan nemen. Als we b.v. voorzien dat we een uurtje gaan zwemmen of lopen, dan is het interessant eerst wat extra koolhydraten te nemen in de vorm van een boterham of iets

dergelijks. Wel er even op letten dat het traagresorbeerbare koolhydraten zijn, dus niet direct suikers gaan nemen. Afhankelijk van de soort sport nemen we dan tussen door nog iets. Hoe het precies wordt uitgewerkt bespreek je misschien best eens eerst met je diëtiste. Iedere diabeet is anders en het zijn toch wel de diëtisten die ons hierbij goede raad kunnen geven.

Sommige sporten zijn niet zo geschikt voor diabeten

We moeten er wel aan denken dat er sporten zijn die niet zo geschikt zijn voor diabeten. Dat komt omdat een hypo in bepaalde situaties gevaarlijk zou worden. Denken we hierbij vooral aan diepzeeduiken of zweefvliegen. Competitiesporten vragen intensieve inspanning gedurende langere perioden. Een uurtje sport kan worden opgevangen door een extra boterham te eten. Dat wordt moeilijker als de inspanning langer duurt of gespreid over de dag onregelmatig voorkomt.

Niet alleen de inspanning gaat dan een rol spelen, maar ook de stress die voortkomt uit de competitie. Als wij onszelf echter kennen en weten hoe onze glycemie reageert, als we daarbij op zo'n momenten aan zelfcontrole én zelfmonitoring gaan doen dan kan dit goed worden opgevangen en is er geen enkel probleem. Dit gedeelte wil dan ook enkel een vingerwijzing zijn en jullie wat tips bezorgen.

Uitgaan

Vooraf jonge diabeten stellen zich de vraag of ze nog mogen en kunnen uitgaan. Zoals reeds hierboven aangehaald, weten we dat vooral jongeren de drang hebben ergens bij te horen en zich te laten gelden. Ik meen daarom dat het voor een jonge diabeet niet verkeerd is om uit te gaan. De vraag is alleen in hoeverre heeft hij of zij zichzelf in de hand? Kennen jullie het dieet en de ruilwaarden? De inhoud van de verschillende dranken? Houden jullie er rekening mee? Uitgaan is prettig, maar meestal is een hele avond water en koffie drinken een last. We drinken allemaal dan wel eens een glas bier of een ander alcoholisch drankje. Weten we welke gevolgen dit heeft op onze bloedsuikerspiegels? Weten we dat dit bloedsuikerverlagend werkt en dat we er dus een kleinigheid moeten bijeten? Dat we bij het bierdrinken toch rekening moeten houden met de koolhydraten?

Als je voldoende informatie hebt rond dit onderwerp en als je die informatie dan nog kunt toepassen, dan kan je verantwoord uitgaan. Een ander probleem dat zich stelt bij het uitgaan is de onregelmatigheid van ons leven. We weten allemaal dat voor een goede diabetescontrole een regelmatig leven vereist is. Het is vaak een hele opdracht om steeds op hetzelfde uur te eten, te prikken, te gaan slapen. Hier mee zullen we zeker geconfronteerd worden als we uitgaan. Lekker laat uitgaan, 's morgens moeten opstaan om te prikken en te eten en dan ofwel terug gaan slapen en de helft van de dag kwijt zijn ofwel opblijven en 's middags in slaap vallen waar we staan. Sommigen gaan dan wel een beetje langer blijven liggen en wat later spuiten. Het kan toch geen kwaad, denken ze. Spijtig genoeg is dit wel zo. We weten allen dat de werking van insuline verloopt in een curve. Om zo weinig mogelijk overlappingsen te krijgen, iets wat ons een hypo kan opleveren, is het belangrijk dat je altijd op hetzelfde moment spuit en eet. Iemand die dit niet doet zal veel moeilijker te regelen zijn dan iemand die zich aan dit schema houdt. Maar moeilijk is het wel.

Uit eten gaan

Uit eten gaan, uit den boze? Jaren geleden, toen het diabetesdieet nog strikt was, was uit eten gaan voor een diabeet bijna onmogelijk ofwel een vorm van zelfpijniging : je moest niet alleen letten op de hoeveelheid die je at, maar de meeste lekkernijen moest je je neus laten voorbijgaan : varkensvlees, bonen, erwten, of nog andere dingen die op het "verbodslijstje" stonden. Dat verbodslijstje is de laatste tijd gevoelig gereduceerd met als conclusie dat een diabeet nu bijna alles kan eten als het beredeneerd en verantwoord gebeurt, d.w.z. in samenspraak met de diëtiste en de behandelende arts.

Zie ook het medische gedeelte over dieet.

Die evolutie opent vele deuren. Het betekent concreet dat wij net als niet-diabeten op restaurant kunnen gaan en daar lekkere hapjes verorberen. Maar, en ik wil er nogmaals de nadruk op leggen : dit verorberen gebeurt verantwoord, dus wij rekenen allemaal met porties of koolhydraateenheden. Met wat oefening lukt dat vrij aardig.

7. Als diabeet gaan studeren

Zijn er specifieke problemen voor studerende diabetische kinderen?

Ieder kind dat schoolloopt wordt geconfronteerd met problemen. Het hoort bij opgroeien om je te leren aanpassen. In dat opzicht hoeven wij ons om onze diabetische kinderen geen zorgen te maken. Zij hebben hier niet extra mee te kampen.

De vraag of er dan toch specifieke problemen zijn voor diabetische kinderen op school is niet zo eenvoudig. Laten we even enkele factoren bekijken die het schoolgaan kunnen beïnvloeden.

Intellectuele aanleg

De grote vraag waar ouders wel eens mee zitten is deze naar de intellectuele aanleg en of diabetes daar een negatieve invloed op zou kunnen uitoefenen. Reeds in de jaren twintig en dertig werd hiernaar onderzoek gedaan en toen bleek dat diabetische kinderen gemiddeld even intelligent zijn als andere kinderen. Ook het hebben van zware hypo's zou hieraan niets veranderen. Zowel in het lager als in het voortgezet onderwijs leverden diabetische kinderen dezelfde prestaties als andere kinderen.

Schoolverzuim

Wat misschien meer voor de hand liggend is, is de conclusie dat diabetische kinderen meer schoolverzuim zouden hebben dan hun niet diabetische collega's. Ook dat werd onderzocht. Toen bleek dat jonge kinderen tweemaal zoveel de school hadden verzuimd dan hun klasgenootjes, maar naarmate de kinderen ouder werden, en vooral in het voortgezette onderwijs, gingen diabetische kinderen minder verzuimen en nam het verzuim van andere kinderen toe. In hoeverre deze vaststelling een invloed heeft op de resultaten, kunnen we moeilijk meten en het zou onverstandig zijn voorbarige conclusies te trekken.

Zijn de leerkrachten en het schoolpersoneel voldoende ingelicht over diabetes?

Het aandeel van de leerkrachten hierin is groot. Hebben zij oog voor het diabetische kind in hun klas? Weten ze voldoende over diabetes om het kind op te vangen als het een hypo heeft? Als het kind dan regelmatig moet thuisblijven, nemen zij dan de moeite om dit kind achteraf bijlessen te geven?

Als ouders zijn we vaak de eerst aangewezenen om met de leerkrachten te gaan praten. Het spreekt dan natuurlijk vanzelf dat er ook tijdens het schooljaar een goede communicatie tussen leerkracht en ouders dient te bestaan. Buiten de leerkracht is het misschien goed met de schoolarts of -verpleegster te praten, zij kunnen allicht behulpzaam zijn bij het vaststellen van hypoglycemie.

Naast alle praktische zaken die op school geregeld kunnen worden moeten we als ouders vooral ook oog hebben voor de psychologische kant. Zoals reeds eerder besproken is het voor kinderen erg belangrijk dat zij het gevoel hebben bij hun leeftijdgenootjes te horen. Sommige kinderen menen dan ook dat anderen aan hun uiterlijk zullen zien dat ze diabeet en daarom "anders" zijn dan de anderen. Tracht dit met hen te bespreken. Het zal een goede oefening zijn om te "durven" praten over hun diabeet-zijn !

Moesten zij toch bespot worden omwille van hun diabetes tracht dit dan te bespreken met de leerkracht én met de desbetreffende kinderen.

Later stelt zich dan het probleem van verder studeren. Ook daar kunnen zich een aantal vragen opdringen:

- ♦ Kan ik zomaar elke richting uit?
- ♦ Kan ik op-kot-gaan?

We kunnen ons voorstellen dat het starten van hoger onderwijs een nieuwe ongekende wereld opent met een aantal vraagtekens naar diabetesregeling. Gelukkig stellen er zich over het algemeen weinig problemen. Het kan zijn dat de insulinedosis moet worden aangepast, of dat de maaltijden wat moeten bijgeschaafd maar wij zijn ervan overtuigd dat dat geen onoverkomelijke moeilijkheden schept. De vraag wie je dan van je diabetes moet inlichten, moet je zelf oplossen, maar bedenk dat het altijd handig is als iemand in je onmiddellijke omgeving op de hoogte is van b.v. het voorkomen van hypo's, enz. Moest het gebeuren dat je op een of ander moment niet meer in staat zou zijn zelf een hypo op te vangen, dan heb je toch de zekerheid dat iemand in de omgeving dit kan.

8. Beroepskeuze

Over de beroepskeuze zijn nog wel enkele dingen te zeggen. Het is algemeen aanvaard dat een diabeet een volwaardig lid van de maatschappij is die een normaal beroep aankan.

Sommige beroepen zijn minder geschikt voor diabetes.

Toch zijn er misschien enkele beroepen die taboe zijn voor diabetes. De reden hiervoor ligt in het onvoorzien optreden van hypo's. Zoals reeds eerder uitgelegd is een hypo een dalen van de bloedsuiker. Wanneer deze onder de kritische drempel daalt dan krijgen de hersenen onvoldoende energie (suiker) om normaal te functioneren. Iedereen weet dat het onze hersenen zijn die instaan voor het begrijpen van situaties, het reactievermogen en het bewegen van de spieren. Dat geheel gaat dus slechter werken en we krijgen alarmsignalen die ons suiker doen nemen.

Dit neemt niet weg dat de beoordeling van een situatie wel eens trager kan komen dan normaal en in bepaalde beroepen kan dit dramatische gevolgen hebben. Dat geldt bijvoorbeeld voor alle beroepen die met het verkeer te maken hebben (taxichauffeur, piloot, trein-, tram-, of busbestuurder, enz.).

Ook alle beroepen die te maken hebben met het werken op grote hoogten (stellingwerker, dakwerker, enz), en beroepen met wisselende uren, onvoorspelbare zware fysieke arbeid kunnen voor heel wat insuline-afhankelijke diabetes een hinderpaal vormen.

Beroepen in de horecasector brengen dan weer de verleiding met zich mee om dieetfouten te begaan.

Op lange termijn kunnen beroepen die een uiterste handvaardigheid vereisen problemen geven, in die zin dat mogelijk sneller dan bij niet-diabetes het scherpe van de zintuigen verdwijnt. Toch blijven er nog heel wat mogelijkheden over, als we zelf maar trachten een actief aandeel te hebben in onze behandeling.

Naarmate men als diabeet, mits de nodige emotionele opvang, leert leven met diabetes, zal men ook beter gaan functioneren op het werk en zal men er ook beter in slagen anderen te laten geloven dat men even goed kan functioneren. Dit is vooral een belangrijk gegeven bij een sollicitatie.

Eigen verwerking is een voorwaarde voor verwerking door de anderen

Het komt er eigenlijk op neer dat je jezelf kan verkopen en hoe kan je jezelf als beste verkopen als je er zelf niet helemaal van overtuigd bent dat je de beste bent?

Er is haast geen betere manier denkbaar om te ontdekken of men door de samenleving tot "anders" wordt verklaard dan te solliciteren. We delen deze positie met iedereen die geen witte huidskleur heeft, die gescheiden is, homofiel is, een strafblad heeft, psychiatrisch behandeld werd, dienst weigerde, enz. Een hele grote groep mensen die allemaal meer dan gewone moeite hebben om werk te veroveren.

Wat tijdens de medische keuring?

Stel dat je er zelf van overtuigd bent dat niets je in de weg staat om je werk goed te doen. De medische keuring betekent toch altijd nog een extra inspanning. De arts moet zich weliswaar aan bepaalde regels houden, maar niet elke arts zal deze op dezelfde wijze interpreteren en bovendien zal hij zich toch vaak richten naar de werkgever in wiens opdracht hij de keuring uitvoert.

Hoewel het nooit openlijk zal worden gezegd, loop je toch steeds de kans om omwille van je diabeet zijn te worden afgewezen. Tijdens het medisch onderzoek is het daarom belangrijk dat de arts een zo goed mogelijk beeld van je krijgt. Daar kun je wel iets aan doen ; zoals b.v. de avond tevoren niet toe te geven aan je zenuwen en je vol te proppen met eten of je ontbijt over te slaan.

Afspraken maken

Eénmaal aangenomen stellen er zich weer andere problemen. Het kan b.v. belangrijk zijn om een aantal concrete afspraken te maken rond het eten van snacks, enz. Verder vraagt het begrip van je collega's wanneer je weigert als zij je voor de zoveelste maal een praline aanbieden. Mensen begrijpen niet altijd het belang van een strikte dieetregeling. "Eén keer kan toch geen kwaad" is een veelgehoord gezegde en dat kan, door de morele dwang die er toch achter zit, wel eens problemen geven.

Wanneer je al tewerkgesteld was op het moment dat de diagnose gesteld werd kan het wel eens gebeuren dat je toch voor problemen komt te staan. Soms kan het zelfs gebeuren dat je het huidige werk niet meer kunt verderzetten omdat het misschien één van de factoren met zich meebrengt die het werk voor een diabeet ongeschikt maken.

Soms gebeurt het dan dat je binnen het bedrijf een andere functie krijgt aangeboden. Ook dit veranderen binnen het bedrijf kan voor jezelf verstrekken gevolgen hebben:

- ♦ misschien moet je werk dat je graag doet opgeven ;
- ♦ je kan niet meer met je oude collega's samenwerken ;
- ♦ soms moet je overstappen naar een minder gewaardeerde functie, met loonverlies, enz.

Herscholing

In het slechtste geval kan je niet meer werken binnen je bedrijf en wat dan? Dan is het toch goed te weten dat je misschien in aanmerking kan komen voor een herscholing. Het beste is dan om contact op te nemen met de diensten maatschappelijk werk van de RVA.

3 De diabeet en bijzondere regelingen

1. Rijbewijs en autoverzekering

Wie een rijbewijs aanvraagt, doet dit voor een welbepaalde categorie van voertuigen. De vereisten voor iedere categorie zijn verschillend en worden strenger naargelang van de tonnenmaat van het voertuig of van het aantal mogelijke medereizigers.

Een rijbewijs vraagt een goede lichamelijke gesteldheid.

Welk rijbewijs kan men als diabeet aanvragen?

Voor wat het besturen van voertuigen voor privé-doeleinden betreft, voorziet de wet dat een rijbewijs pas kan worden afgeleverd nadat de betrokkene een verklaring heeft ondertekend waarin bevestigd wordt dat men niet lijdt aan één van de volgende lichaamsgebreken en aandoeningen :

- ♦ onvoldoende gezichtsvermogen ;
- ♦ mogelijk bewustzijnsverlies of duizeligheid ;
- ♦ geestesziekten ;
- ♦ belangrijke hinder in de bewegingen (geamputeerde ledematen, verlammingen, ernstige vermindering van kracht van de ledematen, zware rheuma, ernstige bevingen, enz.) ;
- ♦ zware hartziekten en stoornissen van de bloeddruk.

De betrokkene die om een rijbewijs verzoekt en die meent deze verklaring niet te kunnen ondertekenen kan het advies vragen van een geneesheer naar zijn keuze. Die zal nagaan of de persoon in kwestie al dan niet in staat is om een motorvoertuig te besturen.

In een nota van de Minister van Verkeerswezen tot het geneesherenkorps werden enkele criteria aangeduid. Daarin wordt o.a. gesteld dat suiker in de urine op zichzelf niet tot uitsluiting dient te leiden, en dat aceton in de urine aanleiding is tot het opzoeken van een niet op punt gestelde diabetes.

In het algemeen kan worden gesteld dat een goed geregelde diabeet - zonder verwickelingen op gebied van zintuigen of ledematen - mits regelmatig dokterstoezicht en het nodige ziekteinzicht en verantwoordelijkheidszin tegenover zichzelf en anderen, in de meeste gevallen geschikt is om een voertuig voor privédoeleinden te besturen.

Stap nooit in de wagen met een te lage bloedsuiker!

Enkele goede raadgevingen voor diabetes-autobestuurders zijn :

- ♦ begin nooit een rit met een lage bloedsuiker ;
- ♦ ga wat vroeger op de weg zodat je zonder opwinding door files op tijd op je werk of afspraak komt ;
- ♦ opwinding over een stommeling op de weg kost extra energie en verlaagt onnodig het bloedsuikergehalte ;
- ♦ wees ervan overtuigd dat men agressiever is op de weg vlak vóór een maaltijd ;
- ♦ vergeet de tussenmaaltijden niet tijdens een rit, suiker moet men steeds binnen handbereik hebben, of beter nog : stop bij het eerste hypo-gevoel langs de weg, neem wat suiker en wacht nog even alvorens te vertrekken ;
- ♦ lijkt het erop dat je een bepaalde bestemming niet haalt voor etenstijd, zoek dan tijdig een plaats waar je kunt eten, of beter nog : neem steeds je boterhammen en insuline (eventueel) mee ;
- ♦ draag altijd je diabetes-identiteitskaart bij je ;
- ♦ rij nooit zonder reserve-band.

Vervoer van derden vraagt een bijkomend periodiek onderzoek.

Besturen van een voertuig voor vervoer van derden.

Om de toelating te verkrijgen voor het besturen van een voertuig, hoofdzakelijk wanneer derden vervoerd worden, vereist de wetgever een bijkomend, periodiek onderzoek (geneeskundige schifting). Dit geneeskundig onderzoek wordt uitgevoerd in een gewestelijk centrum van het Ministerie van Volksgezondheid, en omvat een aantal gedetailleerde onderzoeken, die om de drie jaar ondergaan moeten worden.

Een ministerieel besluit (7.7.1966) verwijst naar diabetes: "Suikerziekte, die een behandeling met insuline of andere hypoglycaemiërende middelen noodzakelijk maakt heeft uitsluiting tot gevolg."

Toekomst? Europees rijbewijs.

De EG-richtlijn van 4 december 1980 betreffende de invoering van het Europees rijbewijs stelt de afgifte van een dergelijk rijbewijs afhankelijk van een aantal medische normen. Er dient beklemtoond te worden dat de wetgever nog geen wetten heeft uitgevaardigd ter uitvoering van deze richtlijnen (deze regeling geldt voorlopig nog niet).

Cat. A: motorrijwielen, motor-vierwielers, motor-driewielers, dezelfde voertuigen met zijspan of aanhangwagen.

Cat. B: motorvoertuigen bestemd voor het vervoer van maximaal 8 personen (de bestuurder niet inbegrepen) of vervoer van goederen met een maximaal gewicht van 3.500 kg.

Cat. C: motorvoertuigen bestemd voor het vervoer van goederen waarvan het hoogst toegelaten gewicht meer dan 3.500 kg. bedraagt of dezelfde voertuigen met een lichte aanhangwagen.

Cat. D: motorvoertuigen bestemd voor het vervoer van personen en ingericht voor tenminste 9 plaatsen, de plaats van de bestuurder niet inbegrepen.

Cat. E: motorvoertuigen van cat B, C of D met andere dan een lichte aanhangwagen.

Rijbewijzen van cat. A en B mogen niet worden afgeleverd of verlengd, indien de aanvragers of bestuurders diabeten zijn die lijden aan complicaties van ogen, zenuwstelsel, hart of bloedvaten of met een gecompenseerde acidose.

Rijbewijzen voor voertuigen van cat. C, D en E mogen niet worden afgeleverd of verlengd indien de aanvragers insuline of hypoglycaemiërende behandeling nodig hebben.

Algemeen besluit

De wettelijke bepalingen en de geneeskundige visie over het al dan niet afleveren van een rijbewijs lopen vrijwel parallel. Een goed geregelde diabeet zonder belangrijke verwickelingen kan zonder problemen een rijbewijs (voor privé-doeleinden) aanvragen. Het is begrijpelijk dat voor personenvervoer de normen strenger worden, een mogelijke hypoglycaemie zou aanleiding kunnen geven tot een ramp. Dit heeft tot gevolg dat diabetes die een behandeling vereist tot uitsluiting leidt.

Wat nu de verklaring tot geschiktheid betreft, is het veel eenvoudiger zelf de verklaring te tekenen dan een bewijs aan een geneesheer te vragen. De geneesheer kan immers vrij gemakkelijk uitmaken wie ongeschikt is, maar ingeval van diabetes is dit veel moeilijker omdat dit afhankelijk is van het al of niet goed geregeld zijn. Het geneeskundig attest zal zich dan dikwijls moeten beperken tot de verklaring dat de persoon in kwestie tot rijden in staat is voor zover hij goed geregeld is en er zich in de toekomst geen verwickelingen voordoen. Tenslotte dient genoteerd te worden dat wanneer het Europees rijbewijs in voege komt een diabeet geen zware vrachtwagens zal mogen besturen.

Autoverzekering

De basisartikelen van waaruit men moet vertrekken zijn art. 9 en 31 van de verzekeringswet van 1874.

Wanneer iemand zich wil laten verzekeren (in dit geval tegen een auto-ongeval), dan rust op de verzekeringnemer de verplichting om de essentiële kenmerken van dat risico te omschrijven, waardoor de verzekeraar dat risico kan evalueren.

Indien de verzekeringnemer, ook al was hij te goeder trouw, dat verzuimt, dan kan de verzekeraar de nietigheid van de overeenkomst vorderen.

Deze verplichting bestaat niet alleen bij het sluiten van het verzekeringscontract, maar geldt voor de volledige duur van het contract.

Het is belangrijk aan de verzekeraar te melden dat je diabeet bent.

Praktisch betekent dit dat je als diabeet bij het aangaan van een verzekeringscontract melding moet maken van je aandoening en de manier van behandelen. Wanneer je reeds een contract hebt afgesloten en in de loop hiervan diabeet wordt, moet je de wijziging van je gezondheidstoestand melden.

Er zijn reeds voorbeelden geweest van arresten waarbij de rechtbank de verzekeraar heeft ontslagen van zijn verplichtingen indien de verzekerde nagelaten had te vermelden dat hij insuline-afhankelijk was. Wanneer men zijn verplichtingen naleeft als diabeet en melding maakt van de aandoening, kan de maatschappij je verzoeken een medisch onderzoek te ondergaan. Er zal een verslag worden opgesteld dat door de maatschappij wordt onderzocht en op basis hiervan zal ze beslissen of ze de persoon in kwestie al dan niet zal verzekeren.

In principe kan zij weigeren een risico te verzekeren wanneer zij oordeelt dat het risico zo hoog is dat het verzekeringstechnisch niet meer verzekeraar is.

In de meeste gevallen zal er geen verhoogde premie dienen te worden betaald.

Dit is blijkbaar niet het geval bij een diabeet, die in de meeste gevallen wordt beschouwd als een volwaardig mens, met een normaal risico en waarbij zelden een bijzondere clausule ingelast dient te worden of een verhoogde premie betaald dient te worden bij het aangaan van de overeenkomst.

2. Legerdienst

Dienstplicht

Zoals alle Belgen kom je als diabeet wel eens gewild of ongewild in contact met het Belgisch leger. Dit contact is meestal van zeer korte duur, gezien er een speciale regeling geldt voor diabetes patiënten. Voor dienstplichtigen leidt diabetes mellitus tot afkeuring (dus ongeschiktheid) voor militaire dienst en dit zowel in vredes- als oorlogstijd. Ook blijvende glucosurie (die oorzaak dient niet bepaald te worden) leidt tot afkeuring of uitstelling.

Diabetes leidt tot afkeuring voor militaire dienst.

Tijdens de militiedienst leidt het vinden van glucosurie tot reform.

De dienstplichtige diabeet moet een "aanvraag tot vrijstelling op lichamelijke grond" indienen vóór zijn overgifte aan het militair gezag (dus vóór je je zogenaamde 'drie dagen' gaat doen). De aanvraag moet vergezeld zijn van een doktersattest onder gesloten omslag met de vermelding medisch geheim. Het attest moet nauwkeurig de aard van de ingeroepen aandoening aangeven.

Voor al deze formaliteiten moet men zich richten tot de desbetreffende gemeentelijke of stedelijke diensten.

Beroepsmilitairen

Beroepsmilitairen die lijden aan diabetes mellitus worden ongeschikt verklaard voor verdere dienst. Dit wetsartikel is niet toepasselijk na minstens 10 jaar effectieve dienst en indien men bekwaam is de functies overeenstemmend de graad, verder uit te oefenen.

Bij frequente afwezigheden bestaat de mogelijkheid tot reform.

Vroeger werd vaak het vervuld hebben van de legerdienst als voorwaarde gesteld voor het verkrijgen van een bepaalde betrekking, gelukkig is dit nu minder het geval.

3. Levensverzekeringen en schuldsaldoverzekeringen

Schuldsaldoverzekering

Een schuldsaldoverzekering wordt opgemaakt ingeval van hypotheek (bij aankoop van grond, huis of appartement). Het betekent een waarborg voor de ontlenende maatschappij ingeval van vroegtijdig overlijden - de nabestaanden moeten dan de lening niet verder afbetalen.

Levensverzekering

Een levensverzekering sluit men af om een uitkering (rente) te krijgen nadat men b.v. 65 jaar geworden is. Sterft men vroeger dan wordt het bedrag uitgekeerd aan de nabestaanden. Voor dergelijke verzekeringen betaalt men een premie, waarvan de grootte afhankelijk is van het later uit te keren bedrag, de leeftijd en de gezondheidstoestand van diegene die de verzekering aangaat.

Ook diabetes wordt dus in rekening genomen. Bij het onderzoek naar je gezondheidstoestand wordt rekening gehouden met:

- ◆ duur van de diabetes en leeftijd van vaststelling ;
- ◆ wijze van behandeling (insuline, tabletten, alleen dieet);
- ◆ toezicht en verloop van de behandeling ;
- ◆ frequentie van toezicht ;
- ◆ RX thorax (beneden 35 jaar) en ECG (boven 35 jaar);
- ◆ nuchtere bloedsuikervwaarden (moeten beneden 160 mgr liggen);
- ◆ gekende verwickelingen

Voor een levensverzekering vraagt men een bijpremie.

Vermits men ervan uitgaat dat er bij diabetes een “gevoelige oversterfte” zou bestaan, zouden er voor de maatschappij meer risico's bestaan. Op basis hiervan wordt een bijpremie verrechtvaardigd (volgens een geheime risicoschaal), individueel en per maatschappij verschillend.

Dergelijke verzekeringen betekenen dus voor diabeten een extrakost, nl. een bijpremie van 0 tot 100 %.

Als men een levensverzekering afgesloten heeft, kunnen later optredende aandoeningen (dus ook diabetes) niets meer aan de premie veranderen. Dergelijke risico's zijn wat men noemt ingecalculeerd.

4. Reisverzekering

Reis je naar een land binnen de EEG dan zal je ziekteverzekering ook daar gelden. Je moet dan wel de nodige formulieren vragen bij je ziekenfonds (formulier E 111). Omdat de formaliteiten van land tot land verschillen, kan het nuttig zijn een bijkomende verzekering af te sluiten. Dat kan een all-risk reisverzekering zijn en/of een reisbijstandsverzekering.

All-risk reisverzekering

Deze betaalt je de kosten i.g.v. schade aan het voertuig (ongeval, brand, diefstal), schade aan personen (ongeval, ziekte, invaliditeit), schade aan bagage (ook diefstal) en reisannulering terug.

Bijstandsverzekering

Deze helpt je wanneer nodig ter plaatse uit de nood: een nieuwe autoruit, repatriëring van het voertuig (materiële bijstand), opname in het ziekenhuis, repatriëring van personen... (geneeskundige bijstand).

Voor meer informatie verwijzen we je naar de verkopers van deze "verzekeringen": verzekerings-agenten, banken, e.d.

Wat wordt niet verzekerd?

Let op 'diabetes' wordt niet verzekerd!

Let wel op: bestaande aandoeningen - dus ook diabetes - worden niet verzekerd. In praktijk betekent dit dat men je altijd zal helpen, maar dat de eraan verbonden kosten je ten laste kunnen worden gelegd als ze het gevolg zijn van je diabetes en als de maatschappij het oorzakelijk verband kan bewijzen.

Een goede raad dus : wees voorzichtig en hou je diabetes-regeling in de gaten.

Ga je op reis met mensen die niet weten dat je diabeet bent (b.v. georganiseerde groepsreis), licht dan enkele medereizigers in (wat is diabetes, wat er kan gebeuren, wat kan/mag/moet men doen).

5. Diabetes en sociale voorzieningen : behandeling en eventuele tussenkomsten

Behandeling vroeger

Vroeger kostte de behandeling van diabetes veel aan de sociale zekerheid.

Diabetes mellitus is een chronische aandoening die blijvend behandeld moet worden. Tot zowat 10 jaar geleden leek de behandeling van diabetes vrij eenvoudig en kostte eigenlijk weinig geld aan de diabeet zelf. Men ging gemiddeld tweemaal per jaar naar de arts toe voor een controle, waarbij telkens één glycaemie werd geprikt. Men kocht een glazen spuit die ruim twee jaar standhield en men had ongeveer één metalen naald per maand nodig die men samen met de spuit moest koken. Af en toe verrichtte men eens een urinetest en nu en dan schafte men zich een flesje kunstmatige zoetstof aan. Directe, individuele onkosten uit het diabeet-zijn waren toen in verhouding zeer laag.

Heel anders was het gesteld met de indirecte onkosten, die via ziekenfonds en sociale zekerheid moesten worden betaald voor dringende ziekenhuisopnamen t.g.v. acute ontregelingen (o.a. hyperglycaemische coma's, infecties), chronische hospitalisaties, langdurig werkverlet, tijdelijke of blijvende invaliditeit omwille van laattijdige verwickelingen zoals voetletsels, slechte nierwerking, e.d. Aan de gemeenschap kostte de diabeet zeer veel geld.

Studies hebben uitgewezen dat wanneer je vanaf het begin van je diabetes een zeer goede bloedsuiker-controle kan realiseren (d.w.z. gemiddelde waarden beneden 150 mgr %) je beduidend minder en vooral minder ernstige letsels oploopt dan mensen met een matige of slechte diabetesregulatie.

Behandeling nu

Om een strikte diabetesregulatie te kunnen bereiken moet men beschikken over :

- ♦ Betere behandelingsmethoden : gebruik van zuiverder insulinepreparaten die zelden anti-stoffen-verwerkend zijn. De klassieke glazen spuit werd vervangen door de gemakkelijk hanteerbare,

steriele wegwerpspuit die geen onderhoud vergt, geen infectiegevaar inhoudt en bovendien quasi geen dode ruimte meer bevat en zo een exacte insuline-dosering mogelijk maakt. Tevens is men overgegaan op 2 tot 3 injecties per dag om de situatie van de niet-diabeet te benaderen. Meer inspuitingen betekent natuurlijk ook verbruik van meer wegwerp-spuitjes.

- ◆ Doeltreffende controlemiddelen. Het voortdurend realiseren van een normale glycaemie (tussen 50 en 150 mgr %), betekent praktisch een steeds negatieve glucosurie (omdat de nierdrempel rond 180 mgr % ligt). Om een juist beeld te krijgen is het gebruik van de (duurdere) middelen voor meting van de bloedsuiker noodzakelijk.
- ◆ Goede instructie van de diabeet. Dat het verrichten van bloedsuikercontrole thuis en de daaruit voortvloeiende aanpassing van de insuline-behandeling door de betrokkene zelf vooraf nogal wat instructie vraagt, hoeft verder geen betoog. Dat diabetes-hebben een vak apart is, komt juist hier duidelijk aan het licht. Door gesprekken, raadplegingen, lectuur en teaching kan men als diabeet zijn vak leren.

Diabetes is een vak apart.

Tussenkomen

- ◆ Insuline wordt, mits voorschrift, gratis verstrekt, evenals tabletten (nota humane insuline)
Voor de terugbetaling van humane insuline richt de behandelende geneesheer een verzoek aan de adviserende geneesheer voor machtiging tot vergoeding. De adviserende geneesheer reikt dan uit een attest aan de rechthebbende waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 12 maanden - na deze periode dient een nieuwe aanvraag gedaan te worden.
- ◆ Wegwerpspuiten : geen tussenkomst.
- ◆ Urine- en bloedcontrole materiaal : geen tussenkomst.
- ◆ Glucose-meters: geen tussenkomst. Men kan een tussenkomst van 4.000 fr. vragen aan het Rijksfonds voor Sociale Reclassering. De criteria (die vrij streng zijn) luiden als volgt
 - ✓ Inschrijving voor aankoop toestel.
 - ✓ Het moet gaan om insuline-afhankelijke diabetici.
 - ✓ Het moet gaan om mensen die zich daadwerkelijk ter beschikking stellen op de arbeidsmarkt, die werken, een beroepsopleiding of herscholing volgen, die gewoon naar school gaan.
 - ✓ Bij wie herhaalde hospitalisaties (meer dan één de laatste 12 maanden) het school- of beroepsleven onderbraken.
 - ✓ Het voorschrift van de geneesheer-specialist moet aantonen dat de diabeet - of bij kinderen de familie - vertrouwd is met het gebruik van de glucosemeter, dat het toestel aangewezen is voor het voorkomen van verdere ziekenhuisopnamen en dat het gebruik van het toestel onder regelmatig medisch toezicht zal gebeuren.
- ◆ Vaccinostyles of vingerpriktoestelletjes: geen tussenkomst.
- ◆ Insuline-pompen en verbruiksmateriaal : geen tussenkomst.

Door de geringe tussenkomsten van de overheid moet je heel veel extra betalen om je als diabeet goed te verzorgen. Het is anderzijds toch ondenkbaar dat een diabeet zich aan de noodzakelijke zelfcontrole moet onttrekken omwille van de hoge kostprijs.

Zelf-controle zelf betalen

De overheid die nu - meer nog dan vroeger - heeft af te rekenen met een geldtekort, kan allicht niet meer geld ter beschikking stellen voor het gehele pakket van de sociale zekerheid. Maar herschikken van het geld kan wel, en het moet mogelijk zijn door het beschikbare geld anders te besteden globaal minder geld uit te geven.

Het geld dat de overheid ter beschikking stelt van de sociale zekerheid van diabeten, zal beter besteed worden aan preventie van verwickelingen dan wel aan de erg dure behandeling ervan. Dit is niet alleen logisch en menselijk, maar op lange termijn ook kostenbesparend.

De BVS pleit momenteel bij de overheid voor het opnemen, naar het voorbeeld van de ons omringende landen, van insulinespuiten en zelf-controlemateriaal in het ziekenfondspakket.

Een voorstel bestaat erin de diabetologische centra de mogelijkheid te bieden patiënten aan te wijzen die in aanmerking komen voor financiële hulp bij het aanschaffen van materiaal voor zelf-monitoring en zelf-controle. Een bedrag van 150 miljoen zou hier onlangs voor vrijgemaakt zijn.

Door een up to date behandeling krijgt de diabeet een betere levenskwaliteit.

Door te streven naar een up to date behandeling, een goede begeleiding en een goede motivatie en educatie van de diabeet en zijn omgeving kan je een betere levenskwaliteit voor de diabeet realiseren.

Mogelijke tegemoetkomingen

Wanneer men het rijtje van mogelijke tegemoetkomingen nakijkt, blijkt dat het percentage van mogelijke invaliditeit bepalend is voor het bekomen van een tegemoetkoming.

We zullen nu trachten eerst een overzicht te geven van de wettelijke graad van invaliditeit bij diabetes om daarna nate gaan welke voordelen er aan een bepaald percentage verbonden zijn.

Wettelijk percentage invaliditeit

Door de KB's van 20.3.75, 2.5.75 en 6.1.76 werd de graad van invaliditeit bij diabeten wettelijk vastgesteld :

- ◆ niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus zonder verwickelingen en zonder invloed op de normale activiteit : 0 tot 20%;
- ◆ insuline-afhankelijke diabetes zonder verwickelingen en zonder invloed op de normale activiteit : 20 tot 40 %;
- ◆ insuline-afhankelijke diabetes met invloed op de normale activiteit, doch zonder verwickelingen : 40 tot 60 %;
- ◆ onstabiele, insuline-afhankelijke diabetes mellitus of met herhaalde tekens van keto-acidose of aanwezigheid van verwickelingen met beperkende invloed op de activiteit van belanghebbende : 60 tot 100 %.

Deze invaliditeitsbepaling is veel nauwkeuriger dan de vroeger geldende officiële Belgische schaal ter bepaling van de graad van invaliditeit.

Alzo wordt thans aan diabeten, die insuline nodig hebben en zeker deze met verwickelingen of neiging tot keto-acidose of coma (voornamelijk de jeugdvorm) in de regel minstens een invaliditeit van 30% toegekend.

Voordelen verbonden aan een bepaald percentage

Voorafgaande opmerking: naast de voorwaarde van percentage worden veelal voorwaarden gesteld rond inkomen, gezinssamenstelling, enz...

20 %

- ◆ Geestelijke handicap : inschrijving RSRMV.

30 %

- ◆ Lichamelijke handicap : inschrijving RSRMV (welke voordelen?).
- ◆ Lichamelijke of zintuiglijke handicap : gewone TMV.

40 %

- ◆ Handicap aan onderste ledematen : vrijstelling belasting fietsen en bromfietsen.

50 %

- ◆ Handicap aan onderste ledematen :

- ✓ vrijstelling verkeersbelasting ;
- ✓ vrijstelling weildedaks bij aankoop auto;
- ✓ vermindering weildedaks voor onderhoud of herstellingswerk aan auto en voor aankoop van onderdelen;
- ✓ parkeerkaart.

- ◆ Oorlogsinvaliden :

- ✓ vrijstelling weildedaks bij aankoop auto;
- ✓ vermindering weildedaks voor onderhoud of herstellingswerk aan auto en voor aankoop van onderdelen ;
- ✓ vrijstelling van radio- en TV-taks.

60 %

- ◆ Parkeerkaart.
- ◆ Oorlogsinvaliden : vrijstelling verkeersbelasting.
- ◆ 40 % vermindering lidmaatschapsbijdrage pechclub VAB.

65 %

- ◆ Bijzondere tegemoetkoming minder-validen, nieuw stelsel.
- ◆ Tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden.
- ◆ Verhoogde kindervergoeding voor kinderen indien TMV en niet werken.

66 %

- ◆ Licht verhoogde kindervergoeding voor kinderen van invaliden (vanaf 7de maand ziekte).
- ◆ Verhoogde kindervergoeding tot 25 jaar.
- ◆ Gewone kindervergoeding na 25 jaar indien tewerkstelling in beschutte werkplaats.
- ◆ Invalide met voorkeursregeling : vermindering openbaar vervoer.
- ◆ Studiebeurzen : verhoging toegelaten inkomsten.
- ◆ Inkomstenbelasting.
- ◆ Huisvesting :
 - ✓ verhoging toegelaten oppervlakte, inkomsten en premiebedrag bij bouw- en aankooppremie van de staat ;
 - ✓ verhoging toegelaten inkomsten en premiebedrag bij saneringspremie van de staat ;
 - ✓ verhoging toegelaten inkomsten en toelage zelf bij verhuis-, verhuur- en installatietoelage van de staat voor personen die een ongezonde woning ontruimen ;
 - ✓ verhoging toegelaten inkomsten en toelage zelf bij verhuis-, verhuur- en installatietoelage van de staat voor bejaarden die een functioneel onaangepaste woning verlaten ;
 - ✓ verhoging persoon ten laste voor kwijtschelding of vermindering onroerende voorheffing in de regeling huurders met kinderen en eigenaars met kinderen ;
 - ✓ verhoging persoon ten laste bij woningsfonds BGJG ;
 - ✓ voordelen bij bekomen sociale woning.

80 %

- ◆ Vrijstelling radio- en TV-taks.
- ◆ Vrijstelling of vermindering teledistributie.
- ◆ Sociaal telefoontarief.

100 %

- ◆ Bijzondere tegemoetkoming oud stelsel.

- ◆ Gewone kindervergoeding na 25 jaar.

De opgesomde voordelen kunnen worden aangevuld met provinciale en gemeentelijke voordelen die ter plaatse te onderzoeken zijn.

RSRMV = Rijksfonds voor sociale reclassering van de mindervalide (ministerie van arbeid en tewerkstelling)

TMV = Tegemoetkoming mindervalide (ministerie van sociale voorzorg)

Voordelen van een inschrijving in het RSRMV: tussenkomsten in bepaalde kosten (die kosten waar ook de ziekenkas in tussenkomt)

Besluit

Gezien men als goed-geregelde diabeet een laag percentage invaliditeit toegemeten krijgt, komt men alleen in aanmerking voor inschrijving in het Rijksfonds voor Sociale Reclassering.

Het is alleen in geval van ernstige verwickelingen dat men een beroep kan doen op bepaalde tegemoetkomingen. Meestal wordt er rekening gehouden met de financiële toestand en de samenstelling van het gezin.

BVS ... toch nog even voorstellen.

BVS staat voor Belgische Vereniging voor Suikerzieken. Reeds in 1942 werd er een 'Vereniging ter bevordering van de belangen der diabeteslijders' opgericht. De onmiddellijke aanleiding was toen het bevoorraden van insuline in oorlogstijd.

In 1972 werd de ondertussen uitgegroeide vereniging in een nederlandstalige en franstalige vleugel gesplitst. Toen werd de naam 'Belgische Vereniging voor Suikerzieken' gekozen.

De BVS stelt zich tot doel om in samenwerking met behandelende artsen de diabeet optimale kansen te geven om een zo normaal mogelijk leven te leiden. Meer concreet betekent dit een goede 'zelfcontrole' tegen een aanvaardbare prijs.

Daarom spant de vereniging zich in om informatie te verstrekken aan de diabeet en zijn omgeving. Voorlichting en de uitwisseling van ervaringen maakt het de diabeet makkelijker zichzelf en zijn ziekte te accepteren en zich door zijn omgeving te doen accepteren.

Bovendien ijvert de BVS actief om betere tussenkomsten in de continue medische verzorging van de diabeet. Zo bestaat er bijvoorbeeld onvrede in verband met de zelfcontrole. De diabeet draagt immers zelf de kosten van een behandeling die van groot preventief belang is. Een goede zelfcontrole voorkomt immers vele mogelijke verwickelingen. Maar enkel in geval van verwickelingen zijn tegemoetkomingen voorzien. Waarom niet eerder de preventie aanmoedigen?

Verder tracht de BVS het wetenschappelijk onderzoek inzake diabetes te stimuleren.

De BVS organiseert kampen voor kinderen, adolescenten en volwassenen. De bedoeling is persoonlijke contacten tussen diabeten te bevorderen en de voorlichting optimaal te laten verlopen. Er is ook een tweemaandelijks tijdschrift dat door de vereniging wordt uitgegeven : BVS-nieuws.

Wie interesse heeft voor de werking van deze vereniging die 7000 leden telt, kan steeds terecht op volgend adres : Charles de Kerckovelaan 369 - 9000 Gent - 091/20.05.20

Tenslotte nog dit...

Als diabeet leer je willens nillens veel bewuster en intenser met je lichaam om te gaan. Dat verandert je leven. Heel wat normen en waarden veranderen. Je verantwoordelijkheid voor eigen gedrag groeit aanzienlijk. Je leert voorzien, plannen, rekening houden met. Maar bovenal leer je fijngevoeligheid. Je leert luisteren naar dat lichaam vol wisselende stemmingen en je leert luisteren naar anderen. Misschien leer je ook over gevoelens praten, zeker geen gemakkelijke opdracht! Omgaan met gevoelens en met jezelf kan je een rijk leven bieden. Je gaat veel bewuster met het leven om en daardoor ontdek je andere waarden.

Tracht met anderen deze ontdekkingen te delen. En je zal merken dat diabetes je leven wel beïnvloedt, maar niet volledig invult.

Al bij al is het leven met diabetes een leven dat echt de moeite waard is.

Opzet van de reeks

De Gezondheidsmemo's bieden toegankelijke achtergrondinformatie over chronische ziektes en handicaps.

Elke memo bevat :

Medische informatie

Zonder in medisch jargon te verglijden wordt in dit deel wetenschappelijke informatie geboden over oorzaken en gevolgen van een aandoening en haar verschijningsvorm.

Dit deel wordt geschreven onder de verantwoordelijkheid van de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen.

Psycho-sociale informatie

Beschreven wordt de emotionele impact, gevoelens en afhankelijkheid, depressie of agressie.

Ook de weerslag van de ziekte op relaties in het gezin en de sexualiteit komen hier aan de orde.

Maatschappelijke informatie

In een derde luik komen de maatschappelijke voorzieningen aan bod.

Zijn er aanvullende tegemoetkomingen waarop men beroep kan doen?

Zelfhulpgroepen?

Delen 2 en 3 worden beschreven door patiëntengroepen of hulpverleners die informatie aanleveren vanuit een "beleefde" realiteit.

Redactie

Luc Bijnens	Voorzitter Vormingsinstituut voor Begeleiding van Gehandicapten
Jan Branckaerts	Voorzitter Trefpunt Zelfhulp
Jan Etienne	Stafmedewerker Vormingsinstituut voor Begeleiding van Gehandicapten.
Jan Goorden	Wetenschappelijk uitgever Kluwer
Philippe Saelens	Stafmedewerker Trefpunt Zelfhulp
Reinhilde Seuntjens	Huisarts - Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen
Tony Swinnen	Huisarts - Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen

Adviesraad

R. Clara	Hoogleraar pediatrie U.I.A. - Dienstoverste Algemeen Ziekenhuis Antwerpen
G. Clauwaert	Verpleegkundig Directeur
P. De Cock	Pediater
K. De Smet	Landbond der Christelijke Mutualiteiten
P. De Valkeneer	Wetenschapsjournalist - BRT Televisie medische uitzendingen
L. Geenen	Stafmedewerker Nationale Vereniging voor Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen
K. Gutshoven	Kabinet van de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Milieu
I. Leus	Kabinet van de Gemeenschapsminister van Gezin en Welzijnzorg Nationaal
L. Maximus	Verbond van Socialistische Mutualiteiten
G. Meulenaere	Journaliste redactie Volksmacht en Straal
J. Peers	Geneesheer-specialist - Buitengewoon Hoogleraar K.U. Leuven - Algemeen Cotkdinator van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven
T. Stuckens	Journaliste De Standaard
B. van Buggenhout	Kabinet van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Gehandicaptenbeleid

Verschenen en geplande titels 1987-1988

♦ Diabetes*	395 Bfr.
♦ Mongolisme*	395 Bfr.
♦ Hartinfarct	395 Bfr.

♦ Multiple Sclerose	395 Bfr.
♦ Astma	395 Bfr.
♦ Reuma	395 Bfr.
♦ Dementie	395 Bfr.
♦ Sexueel overdraagbare aandoeningen*	395 Bfr.
♦ Incontinentie	395 Bfr.
♦ Spina Bifida	395 Bfr.

* Verschenen

Indien u één van deze memo's wil bestellen vul dan bijgevoegde intekenkaart in en stuur ze portvrij naar Kluwer. Het boekje wordt u samen met de factuur toegestuurd.

P.S. Vergeet u niet de titel van het gewenste memo in te vullen.

De Gezondheidsmemo's zijn een gemeenschappelijk initiatief van

- ♦ Het Trefpunt Zelfhulp
 - ♦ Het Vormingsinstituut voor Begeleiding van Gehandicapten
 - ♦ De Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen
- in samenwerking met uitgeverij Kluwer