

Goed bekeken

tekst; Monique Lubbers - Fotografie; Jan Anne Nyholt

Inhoud:

Beroep: internist, gespecialiseerd in diabetes.....	2
Beroep: diabetesverpleegkundige.....	3
Beroep: huisarts en onderzoeker.....	4
Beroep: kinderarts, gespecialiseerd in diabetes	5
Beroep: diëtist, gespecialiseerd in diabetes.....	7
Beroep: oogarts, gespecialiseerd in diabetes (retinopathie)	8
Beroep: podotherapeut, gespecialiseerd in diabetes	9
Beroep: neuroloog, gespecialiseerd in diabetische neuropathie.....	10
Beroep: medisch psycholoog, gespecialiseerd in diabetes.....	12
Beroep: hoogleraar nefrologie	13
Beroep: diabetesverpleegkundige eerstelijns	14

Naam: Cees Tack (42)

Beroep: internist, gespecialiseerd in diabetes

Sinds: 1990

Werkplek: Universitair Medisch Centrum Nijmegen (Sint Radboud)

Bijzonderheden: volgt in januari Jos Lutterman op als hoofd van de Diabetessectie binnen de Interne Geneeskunde

Waaruit bestaan uw werkzaamheden?

“Omdat ik in een academisch ziekenhuis werk, heb ik drie werkgebieden: het opleiden van studenten, artsen en specialisten, het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en natuurlijk de patiëntenzorg. Juist die afwisseling maakt het zo interessant. Het contact met studenten en patiënten levert soms nieuwe ideeën op voor onderzoek. Door bezig te zijn met onderzoek, ben ik goed op de hoogte van nieuwe ontdekkingen op het gebied van diabetes, informatie die ik dan weer door kan geven in het onderwijs aan studenten. En natuurlijk is het contact met andere disciplines waarmee de patiënten te maken krijgen, zoals podotherapeut, nefroloog, oogarts en kinderarts ook een deel van mijn werk. We hebben regelmatig overleg.”

Met welk onderzoek bent u op dit moment bezig?

“Onder mijn supervisie lopen momenteel vijf onderzoeksprojecten die er allemaal op gericht zijn een beter inzicht te krijgen in de ziekte diabetes. Eén onderzoek richt zich bijvoorbeeld op de vroege fase van type 1 diabetes. We weten dat ogen en nieren dan sterker doorbloed zijn dan normaal en we proberen nu uit te vinden hoe dat komt. In een ander onderzoek nemen we de glucosestofwisseling in de spieren onder de loep. En we hebben net een onderzoek afgerond waarin we hebben gekeken of het gebruik van theofylline, een cafeïneachtige stof, ervoor kan zorgen dat mensen hypo's beter voelen aankomen. Dat bleek overigens maar in beperkte mate het geval te zijn. Heel vaak hebben de resultaten van dit soort onderzoek niet direct hun weerslag op de diabeteszorg, maar dat betekent niet dat het niet zinvol is. Hoe meer je weet van de 'mechaniek' van de ziekte, hoe beter je daar met de behandeling op in kunt springen. Op basis van onderzoek dat wij doen, kunnen bijvoorbeeld nieuwe geneesmiddelen of behandelmethoden worden ontwikkeld.”



“Hoe meer je weet van de 'mechaniek' van de ziekte, hoe beter je daar met de behandeling op in kunt springen.”

Wat is volgens u de belangrijkste doorbraak in de diabeteszorg sinds de ontdekking van de insuline? “

Er zijn meerdere ontwikkelingen die heel belangrijk zijn geweest. Allereerst de mogelijkheid tot zelfcontrole, dus de apparatuur waarmee men zelf de bloed-glucosewaarde kan meten. Maar ook de komst van diabetesdeskundigen en de verbeterde toedieningssystemen, zoals de insulinepen en de pomp, hebben de diabeteszorg op een hoger plan gebracht. Wat de toekomst betreft verwacht ik veel van de ontwikkeling van bloedglucosemeters die voortdurend meten, zodat je tijdig kunt ingrijpen en stabielere waarden krijgt. Op dit moment zijn er al twee meters

op de markt, maar die laten nogal wat te wensen over. Maar dat gold ook voor de eerste insulinepompen.”

Denkt u dat er op het gebied van de behandeling van diabetes de komende tien jaar nog iets belangrijks zal gebeuren?

“Nee, niet in dat tijdsbestek. Er zijn wel ontwikkelingen die mogelijk op de langere termijn interessant zijn, zoals transplantatie van de eilandjes van Langerhans of behandeling met bètacellen uit stamcellen, waardoor diabetes feitelijk wordt genezen. Maar daar zullen dan eerst nog een heleboel kleine ontdekkingen aan vooraf gaan.”

Diabc, februari 2003, jaargang 57, nummer 2 – pg. 34-35

Naam: Marianne van de Wetering (55)

Beroep: diabetesverpleegkundige

Sinds: 1979

Werkplek: Diaconessenhuis, Leiden

Bijzonderheden: Richtte in 1986 de EADE op, tegenwoordig de EADV (Eerste Associatie van Diabetesverpleegkundigen), Kreeg op 21 november 2002 de EADV-Award voor Diabetesverpleegkundige van het Jaar.



Wat betekent de Award voor u?

“Ik zie het als een compliment, een teken dat ik nog steeds bijdraag aan de kwaliteit van de diabeteszorg in Nederland.” De prijs die erbij hoort is 700 euro, te besteden aan een kunstwerk. Heeft u er al iets voor gekocht? Ja, ik heb er twee prachtige antieke miniatuurtjes voor gekocht, uit 1810 en 1875.”

U heeft zelf ruim zestien jaar geleden de EADE opgericht. Hoe kwam u op het idee?

“Toen ik in 1979 werd aangenomen als ‘diabetes nazorgzuster’ in het Academisch Ziekenhuis in Leiden, wist ik niets van diabetes. En behalve bij de internisten en de mensen met diabetes zelf, kon ik nergens terecht voor informatie. Dat moest veranderen vond ik, zeker toen er steeds meer hulpmiddelen op de markt kwamen, zoals de bloedglucosemeter en de pomp. Ik herinner me dat ik eens in de file stond en dacht ‘er zou een vereniging moeten komen voor diabetesverpleegkundigen’. Kort daarna ben ik naar een congres in Amerika geweest, waar ik kennis heb gemaakt met de Amerikaanse diabeteseducators, een club die onder meer kennis bundelde en opleidingen verzorgde op het gebied van diabetes. Dat wilde ik ook in Nederland realiseren. Ik ben sponsors gaan zoeken en ben met een kleine groep diabetesverpleegkundigen aan de slag gegaan. Als we na een jaar minder dan honderd leden

zouden hebben, zouden we ophouden. Maar na een jaar waren er al ruim driehonderd leden. Er was dus duidelijk behoefte aan specifieke kennis en educatie. Daarom hebben we ook een opleiding voor diabetesverpleegkundigen opgezet.”

“Mijn doel is dat mensen ‘onbeschadigd’ en op een gelukkige manier oud worden met deze chronische ziekte.”

Waarom bent u diabetesverpleegkundige geworden?

“Voor ik diabetesverpleegkundige werd, heb ik allerlei banen gehad, maar na een jaar of vijf had ik altijd weer behoefte aan iets nieuws. Vanaf het moment dat ik diabetesverpleegkundige ben geworden, heb ik nooit meer iets anders willen doen. Ik heb altijd het gevoel gehad dat ik veel voor mensen met diabetes kon doen, iets wat internisten, zeker een aantal jaar geleden, vaak niet hadden. Door persoonlijke begeleiding en door informatie te geven en mensen te leren met hulpmiddelen als een glucosemeter of een insulinepen te werken, geef je ze het gereedschap om hun bloedglucose zo stabiel mogelijk te houden. Mijn doel is dat mensen ‘onbeschadigd’ en op een gelukkige manier oud worden met deze chronische ziekte.”

Wat zou er wat u betreft kunnen verbeteren in de diabeteszorg?

“De aandacht voor mensen met diabetes die een groot overgewicht hebben. Tegen hen wordt vaak gezegd dat ze moeten afvallen, maar dat is juist voor deze groep heel erg moeilijk. Ik denk dat er extra geld moet komen, zodat diabetesverpleegkundigen meer tijd kunnen steken in de persoonlijke begeleiding van deze mensen. Ook de voorlichting aan familie en vrienden van mensen met diabetes kan wat mij betreft beter.”

Diabc, maart 2003, jaargang 57, nummer 3 – pg. 34.35

Naam: Kees Gorter (53)

Beroep: huisarts en onderzoeker

Sinds: Respectievelijk sinds 1974 en 1997

Werkplek: Apeldoorn en de Universiteit van Utrecht

Bijzonderheden: Is lid van de redactiecommissie van Diabc en lid van de Diabetes Huisartsen Adviesgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Hoe is uw bijzondere belangstelling voor diabetes ontstaan?

“Als huisarts ben je vanaf het begin betrokken bij iemand met diabetes. Vaak ben je de brenger van het slechte nieuws: ‘u heeft diabetes’, maar vervolgens ook degene die de patiënt informeert en begeleidt bij het onder controle houden van de ziekte. Een onderdeel daarvan is het vier keer per jaar controleren van de bloedglucosewaarde, de bloeddruk, het cholesterolgehalte en het gewicht. Dat hoeft niet elk kwartaal door de huisarts zelf te gebeuren. De assistent of praktijkondersteuner kan drie van de vier kwartaalcontroles doen, maar ik vind dat je het als huisarts ook minimaal één keer per jaar moet doen. De huisarts heeft immers niet alleen inzicht in het verloop van de diabetes, maar ook in andere aandoeningen die de patiënt heeft en in de medicijnen die hij gebruikt. Dat totaalplaatje is belangrijk bij het nemen van beslissingen over een behandeling of medicatie en bij het zien van verbanden tussen diverse aandoeningen. Een huisarts is dus eigenlijk een ‘casemanager’, zeker als het gaat om diabetes.”

Hoe is het gesteld met de huisartsenzorg ten opzichte van mensen met diabetes?

“Enige tijd geleden is er onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de huisartsenzorg bij diabetes. Een derde van de huisartsen bleek onvoldoende zorg te bieden, een derde deed het wel aardig en een derde deed het goed. Er is dus ruimte voor verbetering. Het NHG heeft in samenwerking met internisten richtlijnen opgesteld voor de behandeling en begeleiding van mensen met diabetes. Deze richtlijnen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op de resultaten van gedegen onderzoek. Toch worden ze door lang niet alle huisartsen gevolgd en vaak ook maar gedeeltelijk. Sommigen controleren bijvoorbeeld wel regelmatig, zoals is aanbevolen, bloeddruk, bloedglucose-waarde en bloedvetten van de patiënt, maar verbinden aan de uitslag van hun onderzoek onvoldoende consequenties. Bij iemand met diabetes die een verhoogde bloeddruk heeft, moet een huisarts niet alleen adviezen geven over gewichtsverlies en meer bewegen, maar ook de medicatie aanpassen. Ook als dat betekent dat de patiënt op den duur wel acht pillen per dag moet innemen.”



U houdt zich, binnen de vakgroep Huisarts Geneeskunde van de Universiteit van Utrecht, ook bezig met onderzoek. Met welk soort onderzoek?

“We doen onderzoek op drie gebieden. In het zorgonderzoek proberen we na te gaan waarom de richtlijnen voor diabeteszorg nog lang niet door alle huisartsen worden toegepast. En waarom huisartsen vaak terughoudend zijn in het voorschrijven van extra medicatie, zoals bloeddruk- of cholesterolverlagende middelen, aan mensen met diabetes. In het hart- en vaatonderzoek proberen we mensen bij wie recent type 2 diabetes is ontdekt, zo strak mogelijk, roomser dan de paus, in te stellen. Niet alleen wat betreft de bloed-glucosewaarde, maar ook als het gaat om de bloedvetten en de bloeddruk. Er zijn aanwijzingen dat een vroege, ‘strengere’ behandeling complicaties bij diabetes kan voorkomen of in ieder geval langer buiten de deur houdt. Daar willen we dus het bewijs voor vinden.”

“Een derde van de huisartsen bleek onvoldoende zorg te bieden, een derde deed het wel aardig en een derde deed het goed.”

Ook infectieziekten zijn een interessant onderzoeksthema. Mensen met diabetes zijn meer vatbaar voor infecties en het duurt vaak ook langer voordat ze ervan af zijn. De vraag die we in dit onderzoek proberen te beantwoorden, is of het zinvol is om hen langer en/of met sterkere middelen te behandelen. In de VS en Canada wordt een blaasontsteking bij iemand met diabetes bijvoorbeeld behandeld als een nierbekkenontsteking. Dat lijkt overdreven, maar misschien is het juist wel verstandig.”

Diabc, april 2003, jaargang 57, nummer 4 - pg. 34-35

Naam: Gert Jan van der Burg (49)

Beroep: kinderarts, gespecialiseerd in diabetes

Sinds: 1987

Werkplek: Ziekenhuis Gooi-Noord in Blaricum

Bijzonderheden: kijk eens op de website

<http://www.geldersevallei.nl/afdelingen/81/kinderdiabetes-polikliniek>

Kinderen zijn nog jong en ‘kneedbaar’. Waarschijnlijk is het voor hen makkelijker om

met diabetes om tegaan dan voor volwassenen?

“Helemaal niet. Ik geloof zelfs dat het voor kinderen moeilijker is. Jonge kinderen begrijpen niet wat er met hun lichaam gebeurt en al helemaal niet waarom hun vader of moeder ze ineens een paar keer per dag pijn doet met een naald. Wat oudere kinderen zijn vaak al wel gewend aan het meten en het spuiten, maar hebben soms moeite met het feit dat ze niet hetzelfde mogen als leeftijdgenootjes. Eten, snoepen, bewegen, alles heeft invloed op de bloedglucose. Bovendien hebben kinderen van de kleuter- en basisschoolleeftijd vaak een onvoorspelbaar eet- en activiteitenpatroon, waardoor hun bloedglucosewaarden flink kunnen schommelen. Pubers balen helemaal. Zij willen uitgaan, Breezers drinken, roken, dansen, uitslapen, een zak chips leegeten voor de tv. Net als hun vrienden. Een aanzienlijk aantal pubers meet te weinig en spuit onregelmatig uit verzet tegen het feit dat ze diabetes hebben.”

Hoe motiveer je lastige pubers om beter op te letten?

“Dat is niet makkelijk. Het is maatwerk, de ene puber is de andere niet. In het algemeen is een opgeheven vingertje uit den boze, dus dat probeer ik in ieder geval te vermijden. Veel pubers reageren averechts als er druk op ze wordt uitgeoefend. Ze lopen weg en je ziet ze niet meer terug. Dat wil ik voorkomen. Ik wil hoe dan ook contact blijven houden, ook al gooit iemand er met de pet naar. Een beetje kijk op de zaak is altijd nog beter dan geen kijk erop. Gelukkig hangt dat niet alleen van mij af. We werken met een team. Als ik vermoed of weet dat een puber meer over zichzelf loslaat bij de diabetesverpleegkundige, de diëtiste of de maatschappelijk werker, dan is een aparte afspraak met één van hen nuttiger.”

“Pubers balen helemaal. Zij willen Breezers drinken, roken, dansen, uitslapen, een zak chips leegeten voor de tv.”



Alles om de drempel naar het ziekenhuis laag te houden?

“Inderdaad. Daarom organiseren we ook regelmatig activiteiten buiten het ziekenhuis. Laatst zijn we met een groep pubers wezen katten. Zo'n uitje is niet bedoeld om het buiten het ziekenhuis toch nog stiekem over bloedglucosewaarden, spuiten enzovoort te hebben. Daarmee zouden we de plank waarschijnlijk mis slaan. Het is bedoeld om pubers met diabetes met elkaar in contact te brengen en een betere band met een kind te krijgen. Inderdaad, om de drempel naar het ziekenhuis laag te houden.”

Organiseer je ook wel eens iets voor jongere kinderen?

“Zeker. Eens per maand organiseren we bijvoorbeeld het Diabetes Kookcafé. We nodigen dan vijf kinderen van ongeveer dezelfde leeftijd uit voor een kookles onder leiding van een echte kok. De kinderen moeten allemaal een klasgenoot meebrengen. We bespreken wat we gaan eten, meten vooraf de bloedglucose en bepalen hoeveel insuline er gespoten zou moeten worden. Dan wordt er gekookt en gegeten en meten we opnieuw. Die kookbijeenkomsten zijn niet alleen leuk, maar ook heel leerzaam. Bovendien zijn de meegenomen vriendjes of vriendinnetjes vanaf dat moment vaak belangrijke 'diabetes-ambassadeurs' in de klas. Wie van zijn zesde tot zijn zestiende één keer per jaar meedoet aan zo'n kookgroep, heeft in die tijd dus al tien klasgenootjes die op de hoogte zijn.”

Het kost u nog aardig wat vrije tijd, het begeleiden van kinderen met diabetes?

“Dat klopt, maar ik vind het leuk om te doen. Het is toch een van de charmes van de kindergeneeskunde.”

Naam: Simone Groen (26)

Beroep: diëtist, gespecialiseerd in diabetes

Sinds: 2000

Werkplek: De Omring Thuiszorg in Hoorn en Diabetes Zorgsysteem West-Friesland in Enkhuizen

Bijzonderheden: is het jongste bestuurslid van de Diabetes and Nutrition Organization (DNO)

“Als je als diëtist alleen maar voedingsadviezen geeft, sla je de plank mis.”

Hoe komt het dat je zo jong al gespecialiseerd bent op het gebied van diabetes en voeding?

“Tijdens mijn studie heb ik stage gelopen bij de thuiszorg en het diabetescentrum. Dat vond ik zo interessant dat ik na mijn studie de post-HBO opleiding voeding en diabetes heb gedaan.”

Wat vind je dan zo interessant aan diabetes?

“Diabetes is een complex ziektebeeld, maar toch kun je met relatief eenvoudige adviezen, bijvoorbeeld het verschuiven van maaltijden om hypo's te voorkomen, veel bereiken.”

Maar mensen met diabetes kampen nogal eens met overgewicht. Dat is toch minder eenvoudig te bestrijden?

“Inderdaad. Als het gaat om gewichtsverlies is het advies vrij eenvoudig, maar het opvolgen ervan een stuk moeilijker. Een diëtist kan zeker een rol spelen in het motiveren van mensen die willen afvallen. Binnenkort ga ik samen met andere diëtisten een motivational training volgen, zodat we mensen nog beter kunnen steunen bij het afvallen. Als je als diëtist alleen maar voedingsadviezen geeft, sla je de plank mis. Wat vaak motiverend werkt, is de wetenschap dat vijf tot tien procent afvallen al een aanzienlijk effect heeft op de bloedglucose, het cholesterol en de bloeddruk. Vijf tot tien procent van je gewicht kwijtraken is nog wel te doen. Je kunt 'klein' beginnen, bijvoorbeeld door de magere variant van vleeswaren en tussendoortjes te kiezen en eens wat vaker de fiets en de trap te nemen. Maar niet alleen afvallen is belangrijk. Omdat mensen met diabetes meer kans hebben op hart- en vaatziekten, is het voor hen extra belangrijk hun vetinname te beperken. Hoe gunstiger het cholesterol, hoe kleiner de kans op hart- en vaatziekten.”



Bestaan er onder mensen met diabetes zelf nog veel misverstanden over diabetes en voeding?

“Ik kom inderdaad nog wel eens verouderde ideeën tegen. Sommige mensen denken bijvoorbeeld nog steeds dat ze geen bananen, druiven en peren mogen eten, terwijl dat gerust mag. En mensen die net diabetes hebben, realiseren zich vaak niet hoe belangrijk het is om op vetten in de voeding te letten. Na een paar bezoeken zijn ze daar echter beter van doordrongen, maar in de praktijk blijkt het moeilijk te zijn om minder vet te eten. Net zoals het moeilijk is om af te vallen en vervolgens op gewicht te blijven.”

Wat doe je precies in die begeleiding van mensen met diabetes?

“Om een goed beeld te krijgen van wat iemand eet en hoeveel hij of zij beweegt, neem ik altijd eerst een gemiddelde dag door. Heeft iemand vaak te hoge of te lage bloedglucosewaarden, dan kijken we hoe we het schema van eten en bewegen anders kunnen indelen.”

Komen we er niet uit, dan vraag ik een paar dagen een eetdagboek bij te houden en eventueel een aantal dagcurven te prikken en dan terug te komen. Vaak wordt zo wel duidelijk waar het mis gaat.”

Wat raad je mensen met diabetes in het algemeen aan?

“Om te eten volgens de richtlijn gezonde voeding, dat wil zeggen voldoende brood, aardappelen, groente, fruit, zuivel en vlees of vis per dag. Pas verder op met vetten, en dan met name verzadigde vetten, en zorg voor voldoende lichaamsbeweging.”

Diabc, juni 2003, jaargang 57, nummer 6 - pg. 32-33

Naam: Maria Suttorp-Schulten (42)

Beroep: oogarts, gespecialiseerd in diabetes (retinopathie)

Sinds: 1991

Werkplek: afdeling oogheelkunde, VU Medisch Centrum Amsterdam

Bijzonderheden: heeft het EyeCheck-project mede opgezet (zie tekst)



Wat is retinopathie precies?

“Het netvlies vangt de informatie die door onze ogen binnenkomt op en stuurt deze door naar de hersenen. Daar wordt de informatie omgezet in beelden. De fijne bloedvaatjes in het netvlies kunnen door diabetes worden aangetast, waardoor er bloedinkjes ontstaan. Het bloed stolt en veroorzaakt witte vlekjes. Na verloop van tijd hoort zich vocht op in het netvlies, waardoor het niet meer goed functioneert. Er is nog een andere vorm van retinopathie, waarbij er bloedvaatjes in het oog groeien waar ze niet horen. Deze vorm komt voor bij zo'n tien procent van de mensen met retinopathie. Ook hierbij ontstaan bloedinkjes en vochtophopingen.”

Ontwikkelt iedereen met diabetes retinopathie?

“Rond 90 procent van alle mensen met diabetes ontwikkelt na 20 jaar in meer of mindere mate retinopathie. Het is dus een bekend verschijnsel onder mensen met diabetes, maar dat betekent niet dat iedereen uiteindelijk het gezichtsvermogen verliest. Zo'n 5 procent van de mensen met retinopathie wordt blind of zeer slechtziend. Factoren die het risico van retinopathie vergroten zijn onder meer overgewicht, hoge bloeddruk en een slechte regulering van de bloedglucose. Overigens is retinopathie wel de belangrijkste oorzaak van blindheid en slechtziendheid in de westerse wereld.”

Hoe vaak zou je je ogen moeten laten controleren?

“Als er geen risicofactoren zijn eens per twee jaar en als er wel afwijkingen zijn minstens één keer per jaar. Een grote groep mensen is hier niet van op de hoogte en laat zich nooit of veel te weinig controleren. Heel jammer, want hoe eerder retinopathie wordt ontdekt, hoe meer de schade kan worden beperkt. Huisartsen, maar ook internisten zouden mensen er, meer dan nu gebeurt, op moeten wijzen dat ze regelmatig naar de oogarts moeten.”

Is retinopathie dan te behandelen?

“Eenmaal ontstane schade is niet meer te verhelpen. De aandoening is dus niet te genezen, maar door laserbehandeling is de voortgang ervan wel te remmen. De laser zorgt ervoor dat de lekkende bloedvaatjes in het oog verdwijnen, waardoor het bloeden stopt. Door deze

laserbehandeling is het aantal mensen dat door retinopathie blind of zeer slechtziend wordt met de helft gedaald. Tijdige ontdekking kan dus veel narigheid voorkomen. Het vervelende is dat oogartsen in Nederland lange wachtlijsten hebben. Daarom hebben twee collega's en ik het project EyeCheck opgezet, waarbij we samenwerken met een aantal opticiens die een optometrist in dienst hebben. Optometristen mogen namelijk ook controleren op retinopathie. De optometrist meet het gezichtsvermogen en maakt digitale foto's van het netvlies die via een beveiligde internetverbinding worden doorgestuurd naar een centraal punt. Daar worden ze bekeken door twee oogartsen die onafhankelijk van elkaar de gegevens bekijken en een diagnose stellen. Deze diagnose wordt doorgegeven aan de optometrist die het weer doorgeeft aan de cliënt. Als er sprake is van een oogafwijking, krijgt de cliënt het dringende advies een afspraak te maken voor behandeling door een oogarts. Op deze manier worden oogartsen minder belast en zijn dus de wachtlijsten minder lang. Het project bevindt zich nog in de proeffase en controle door een optometrist is nu nog voor eigen rekening. Maar hopelijk gaat dat in de toekomst veranderen."

"Retinopathie is de belangrijkste oorzaak van blindheid en slechtziendheid in de westerse wereld."

Diabc, juli-augustus 2003, jaargang 57, nummer 7-8 – pg. 36-37

Naam: Roy Gieling (28)

Beroep: podotherapeut, gespecialiseerd in diabetes

Sinds: 2006

Werkplek: voetenpoli in het Gelderse Vallei Ziekenhuis in Ede/Barneveld, eigen praktijk in Ede

Bijzonderheden: Heeft de voetenpoli in het Gelderse Vallei Ziekenhuis mede opgezet

Wat doet u als podotherapeut voor mensen met diabetes?

"Ik onderzoek de voeten en de onderbenen op verschillende manieren. Eerst kijk ik naar de huid. Wondjes genezen bij mensen met diabetes vaak minder goed, waardoor zelfs kleine wondjes tot huid- of botontstekingen kunnen leiden. Het snel behandelen en voorkomen van wondjes is daarom heel belangrijk. Om die reden verwijder ik ook eelt. Eelt is hard en kan scheuren, waardoor een wond kan ontstaan. Verder kijk ik naar verkleuringen van de huid, omdat die kunnen wijzen op een slechte doorbloeding. Maar ook als ik geen verkleuringen zie, controleer ik altijd of de doorbloeding goed is door de slagader in de voet te voelen of met behulp van de Doppler, een soort stethoscoop. Sommige problemen, zoals wondjes, eelt of kleine ontstekingen, kan ik zelf behandelen. Constateer ik problemen met de doorbloeding of een verminderd gevoel in de voeten, dan kan ik doorsturen naar een hart- en vaatspecialist of neuroloog of iemand terugsturen naar de internist."



Welke voetenproblemen kom je vaak tegen?

"Diabetes kan de zenuwen aantasten. Dat gebeurt het eerst aan de uiteinden ervan, onder meer in de voeten. Mensen met diabetes zijn zich er vaak niet van bewust hoeveel of hoe weinig gevoel ze in hun voeten hebben. 'Iemand niet weinig gevoel zal ook niet snel merken dat er een wondje zit, waardoor dat wondje verwaarloosd wordt en voor grote problemen kan zorgen. Daarom test ik altijd, met behulp van een stemvork, de kwaliteit van de zenuwen in de voeten en onderbenen. Een verminderd gevoel in de voeten kan zich uiten in prikkelingen, tintelingen of juist een doof gevoel. Veel mensen met diabetes hebben hier last van. Wanneer het gevoel in de voeten al veel minder is, kunnen mensen soms zelfs een Aronkemansloop' krijgen. Ze kunnen hun bewegingen minder goed

coördineren, doordat ze niet voelen hoe ze hun voeten neerzetten. Vaak wordt in zo'n geval gedacht aan evenwichtsstoornissen en niet aan voetproblemen.”

“Wanneer het gevoel in de voeten al veel minder is, kunnen mensen soms zelfs een ‘dronkemansloop’ krijgen”

Welk advies geef je mensen met diabetes?

“Loop niet op blote voeten. Onderzoek je voeten dagelijks en vraag eventueel je partner of iemand anders om ook even te kijken. Goed onder je voeten en tussen je tenen kijken, is immers best lastig. Behandel wondjes zo snel mogelijk en zorg dat er geen viezigheid bij kan komen. Verschoon pleisters of verbandjes dus regelmatig. Zie je iets afwijkends aan je voeten of onderbenen, laat er dan even naar kijken door een podotherapeut. Laat je voetverzorging, dus het knippen van je teennagels en het verwijderen van eelt of wratten, het liefst over aan een pedicure. Daarmee verklein je de kans op ingegroeide nagels, wondjes bij het knippen of eelt verwijderen, enzovoort. Zorg voor schoeisel dat voldoende steun biedt, niet knelt en geen irritatie-plekken veroorzaakt. En ga minstens één keer per jaar naar een podotherapeut.”

Waarom is dat laatste zo belangrijk?

“Wonden, ontstekingen en problemen met de doorbloeding worden vaak niet door mensen zelf opgemerkt, maar wel door een podotherapeut. Uit onderzoeken blijkt dat in ziekenhuizen met een voetenpoli het aantal amputaties met de helft is gedaald. Dat lijkt me reden genoeg om naar de podotherapeut te gaan, al denk je dat het niet nodig is.”

Diabc, september 2003, jaargang 57, nummer 9 – pg. 30-31

Naam: Frits Bertelsmann (50)

Beroep: neuroloog, gespecialiseerd in diabetische neuropathie

Sinds: 1983

Werkplek: Ziekenhuis Amstelveen

Bijzonderheden: Van 1986 tot 1996 actief geweest als onderzoeker op het gebied van diabetische neuropathie in het VU Medisch Centrum in Amsterdam

Wat is neuropathie?

“Neuropathie is de degeneratie, de aftakeling, van de zenuwen. Zowel de kern van de zenuw als de bescherm laag eromheen wordt aangetast. Er zijn diverse vormen van neuropathie. De vorm die vaak het eerst opvalt, begint aan de uiteinden van de zenuwen en dan nog het eerst aan de zenuwuiteinden die het verst van het ruggenmerg af liggen: in de voeten. De zenuwen ontspringen in het ruggenmerg. Hoe verder zenuwen daarvan af liggen, hoe verder ze zijn verwijderd van de ‘voedingsbron’ en hoe kwetsbaarder ze zijn. Een andere vorm is de zogenaamde autonome neuropathie. Het gaat hier om zenuwen die behoren tot het onwillekeurige zenuwstelsel, zoals de zenuwen in de maag, de blaas, het hart en de huid. Als deze zenuwen worden aangetast, kunnen ze onder meer de beweeglijkheid van het maag-darmkanaal beïnvloeden, waardoor je bijvoorbeeld veel last hebt van diarree of vaak een vol gevoel hebt. Het kan ook zijn dat je incontinent wordt of hartritmestoornissen, een lage bloeddruk, erectiestoornissen of een droge huid krijgt. De meeste mensen zijn zich er niet van bewust dat neuropathie zich op zoveel manieren kan uiten en brengen klachten daarom vaak niet in verband met diabetes.”

Hoe kom je erachter of je het hebt?

“Neuropathie uit zich vaak het eerst in gevoelloosheid, een doof gevoel of juist tintelingen of pijn in de voeten. Tintelingen of pijn worden vaak wel opgemerkt, maar een verminderd gevoel lang

niet altijd. Daarom controleer ik de kwaliteit van de zenuwen door met een watje langs de voet te gaan of door er een stemvork tegenaan te houden. Ik vraag mensen ook of ze de grond onder hun voeten goed voelen als ze hun voeten neerzetten. Om erachter te komen of iemand autonome neuropathie heeft, is het belangrijk om vragen te stellen over onder meer de spijsvertering, eventuele hartritme stoornissen en incontinentie. Ook huisartsen zouden dit vaker dan nu gebeurt moeten doen.”



Wat is de oorzaak?

“Dat is nog steeds niet exact bekend. Er zijn twee theorieën die waarschijnlijk beide kloppen. Het zou kunnen dat verhoogde glucosewaarden schade aanrichten aan de zenuwen. Verder is vrijwel zeker dat de vaatschade die vaak optreedt bij diabetes van invloed is. Bij diabetes gaat de kwaliteit van de kleine haarvaten langzaam achteruit. Deze vaten voorzien ook de zenuwen van onder meer zuurstof. Maar daarnaast zijn er nog andere factoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van neuropathie. We weten alleen nog niet welke dat zijn.”

Ontwikkelt iedereen met diabetes neuropathie?

“Inderdaad ontwikkelt iedereen met diabetes type 1 en 2 neuropathie, maar de mate waarin kan enorm verschillen. De kans op neuropathie neemt toe naarmate je ouder wordt en naarmate je langer diabetes hebt.”

Wat is eraan te doen?

“Allereerst moet je proberen de bloed- glucoseregulatie zo optimaal mogelijk te krijgen. Als je goed bent ingesteld, maakt neuropathie minder kans en kunnen zenuwen zich zelfs herstellen. Daarnaast is goede voorlichting belangrijk. Je kunt bijvoorbeeld een hoop ellende voorkomen door je voeten dagelijks te controleren op wondjes en verkleuringen. Het badwater voelen met je grote teen of op blote voeten lopen, is

niet verstandig als je minder gevoel hebt in je voeten. Verder zijn er allerlei medicijnen die kunnen helpen, bijvoorbeeld pijnstillers of middelen die de blaas- of maaglediging stimuleren. Maar aan de neuropathie zelf kunnen we nog steeds weinig doen.”

“Tintelingen of pijn worden vaak wel opgemerkt, maar een verminderd gevoel lang niet altijd.”

Diabc, oktober 2003, jaargang 57, nummer 10 – pg. 24-25



Naam: Harry Postma (57)

Beroep: medisch psycholoog, gespecialiseerd in diabetes

Sinds: 1998

Werkplek: Ziekenhuis Leeuwarden

Bijzonderheden: Geeft cursussen over diabetes aan verpleegkundigen, geeft samen met diabetes-verpleegkundigen een hypoglycemie preventietraining

Hoe komen mensen met diabetes bij u terecht?

“Omdat ik in een ziekenhuis werk, zie ik vooral mensen die onder behandeling zijn van een internist. Dat zijn dus voornamelijk mensen met type 1 diabetes. Mensen met type 2 worden vaak begeleid door de huisarts en komen pas bij de internist terecht als ze behoorlijk ontregeld zijn. Heeft de internist of de diabetesverpleegkundige de indruk dat een gesprek met mij zinvol zou zijn, dan wordt hij of zij doorgestuurd. Uiteraard gebeurt dat alleen als diegene dat zelf ook wil.”

Welke problemen komt u tegen bij mensen met diabetes?

“Pubers, maar ook volwassenen, hebben soms problemen met het accepteren van de ziekte. Diabetes past niet in hun zelfbeeld en ze hebben veel moeite met het feit dat het hun persoonlijke vrijheid beperkt. Ook angst voor hypo's of complicaties en frustraties omdat het maar niet lukt om de bloedglucose stabiel te houden, zijn nogal eens aan de orde. Ik benadruk altijd dat het eerder een wonder is dat iemand goed gereguleerd is dan een regel. Er zijn zoveel factoren die de bloedglucose beïnvloeden dat het bijna onmogelijk is ze allemaal onder controle te hebben. Verder krijgen mensen met diabetes vaak te maken met een gewichtstoename, wat vooral voor jonge vrouwen een groot probleem kan zijn. Sommigen hebben de neiging hun bloedglucosewaarde op te laten lopen om te voorkomen dat ze aankomen.”

Dit zijn de meest voorkomende klachten?

“Deze problemen kom ik inderdaad regelmatig tegen, maar het merendeel van de mensen met diabetes komt bij mij op het moment dat er iets ingrijpende is gebeurd, waardoor het hebben van diabetes een groter probleem is dan normaal. Gebeurtenissen als een echtscheiding of het overlijden van een dierbare bijvoorbeeld. Deze gebeurtenissen kunnen van invloed zijn op de bloedglucoses, waardoor goede zelfzorg in zo'n periode nog belangrijker is dan anders. Maar juist in een moeilijke tijd kun je die diabetes er niet bij hebben. Als je al zoveel energie kwijt bent aan het verwerken van een sterfgeval of scheiding, weegt een chronische ziekte waar je elke dag weer mee moet omgaan extra zwaar. Je hebt dan geen zin en soms ook geen puf om na te denken over je voeding, lichamelijke activiteit en insuline-inname.”

Hoe help je mensen met hun problemen?

“Allereerst inventariseer ik waar precies het probleem zit dat ervoor zorgt dat iemand de zelfzorg verwaarloost. We praten over het emotionele probleem, want alleen al door erover te praten wordt de last lichter. En uiteraard probeer ik toe te werken naar gedragsverandering, zodat mensen de zelfzorg weer serieus gaan nemen. Maar soms doen mensen juist enorm hun best de bloed- glucosewaarden stabiel te houden en raken ze zeer gefrustreerd en gestresst als dat niet lukt. In zo'n geval moeten ze leren accepteren dat je niet meer dan je best kunt doen. Veel mensen onderschatten overigens de invloed die stress kan hebben op de bloedglucose. Het is heel gewoon dat in tijden waarin veel emoties loskomen de bloedglucose- waarden sneller te hoog of te laag zijn. Maar ook als zich geen indrukwekkende gebeurtenissen als ziekte, scheiding of overlijden hebben voorgedaan, kunnen instabiele waarden een teken zijn dat je iets dwars zit. In een periode van een schommelende bloedglucose kan het dus zinvol zijn om ook eens 'naar binnen te kijken'.”

“Het is eerder een wonder dat iemand goed gereguleerd is dan een regel.”

Diabc, november 2003, jaargang 57, nummer 11 – pg. 32-33

Naam: Paul de Jong (56)

Beroep: hoogleraar nefrologie

Sinds: 1993

Werkplek: Academisch Ziekenhuis Groningen

Bijzonderheden: Leidt het bevolkingsonderzoek naar micro-albuminurie dat in de stad Groningen wordt gedaan



Wat is nefropathie?

“In de nieren bevinden zich filtertjes, bestaande uit kleine bloedvaatjes, die het bloed zuiveren. Nefropathie wordt veroorzaakt door schade aan de bloedvaten, iets wat bij mensen met diabetes voorkomt als gevolg van hun ziekte. De kleine bloedvaten, ook die in de nieren, worden het eerst aangetast. Ze worden nauwer en zijn minder goed in staat om de goede stoffen voor het lichaam te behouden en alleen de onbruikbare uit te scheiden. Zo kan het gebeuren dat er ook stoffen die het lichaam wél kan gebruiken, zoals het eiwit albumine, uitgescheiden wordt in de urine.”

Nefropathie wordt dus ontdekt door de urine na te kijken op het eiwit albumine?

“Inderdaad. Dat zou zeker eens per jaar moeten gebeuren. Verder is het verstandig om ook een urine-onderzoek te doen als verhoogde bloeddruk of retinopathie wordt vastgesteld, omdat de achterliggende oorzaken van deze aandoeningen vaak dezelfde zijn. Het is overigens niet voldoende om maar één keer de urine te controleren, want dat geeft geen betrouwbare uitslag. Het albuminegehalte in de urine kan de ene dag een stuk hoger zijn dan de andere, afhankelijk van factoren als lichamelijke activiteit en koorts. Het is dus van belang om twee of drie keer de urine te controleren.”

Komt nefropathie veel voor bij mensen met diabetes?

“Zo'n dertig procent van de mensen met diabetes heeft in meer of mindere mate nefropathie. Een kwart van de mensen die nierdialyse nodig heeft, heeft diabetes. Uit het bevolkingsonderzoek naar micro-albuminurie waar we hier in Groningen sinds 1997 mee bezig

zijn, blijkt echter dat albumine ook wordt gevonden in de urine van mensen die geen diabetes hebben. Nefropathie en andere gevolgen van bloedvatschade komen dus niet alleen voor bij diabetes.”

Waarom krijgt de één het wel en de ander niet of nauwelijks?

“Dat heeft grotendeels te maken met erfelijke factoren. Er zijn families waarin diabetes voorkomt, maar geen nefropathie, en er zijn families waarin diabetes voorkomt mét nefropathie. De bloeddruk is vaak een indicatie voor de kwaliteit van de nieren. Hoe hoger de bloeddruk, hoe zwaarder de nieren worden belast en hoe groter de kans dat ze hun werk niet goed kunnen doen. Bij diabetes is het controleren en onder controle houden van de bloeddruk dus extra belangrijk.”

Het laag houden van de bloeddruk is dus onderdeel van de behandeling van nefropathie?

“Dat is, naast het streven naar een gunstig cholesterol en een goede regulatie van de bloedglucose, inderdaad een belangrijk onderdeel. De bloeddrukverlagende medicijnen die het beste helpen om nierschade te voorkomen of te beperken zijn de ACE-remmers, ACE is een enzym dat leidt tot vernauwing van de bloedvaten, en de A2-remmers. Hoe vroeger deze medicijnen worden voorgeschreven bij een verhoogde bloeddruk, ook als de bloeddruk niet sterk verhoogd is, hoe kleiner de nierschade op termijn.”

Kun je zelf iets doen om nefropathie te voorkomen?

“Roken verslechtert de doorbloeding, dus roken is sterk af te raden. Verder is het verstandig om voor voldoende lichaamsbeweging te zorgen en gezond te eten. Zorg dat je niet te zwaar wordt en probeer je bloedglucose zo stabiel mogelijk te houden. Maar juist dat is vaak makkelijker gezegd dan gedaan.”

“Zo'n dertig procent van de mensen met diabetes heeft in meer of mindere mate nefropathie.”

Diabc, december 2003, jaargang 57, nummer 12 – pg. 36-37



Naam: Anja Buijtenhek (50)

Beroep: diabetesverpleegkundige eerstelijns

Sinds: 2001

Werkplek: Thuiszorg Gooi- en Vechtstreek (Hilversum)

Bijzonderheden: Is voorzitter van de vakgroep diabetes binnen de Thuiszorg Gooi- en Vechtstreek. De vakgroep organiseert onder meer bijscholingscursussen om collega's op de hoogte te houden van vernieuwingen in de diabeteszorg.

Hoe is de diabeteszorg in de Gooi- en Vechtstreek georganiseerd?

“Bij de Thuiszorg Gooi- en Vechtstreek werken we niet zes diabetesverpleegkundigen. Mijn 'rayon' is de gemeente Hilversum. Ik werk daar samen met de plaatselijke huisartsen en hun praktijk-ondersteuners. Zij begeleiden alle mensen met type 2 diabetes die tabletten slikken en ze doen de kwartaal- en de jaarcontroles. Ik begeleid mensen die over moeten stappen op insuline bij het instellen en het aanleren van zelfcontrole. Om die zelfcontrole op een goede manier uit te voeren en mensen te motiveren hun bloedglucosewaarden zo stabiel mogelijk te houden, moet hun kennis over diabetes worden opgefrist en bijgewerkt. Voorlichting en educatie is dus een heel belangrijk onderdeel van mijn werk.”

Waar bestaat je werk verder uit?

“Voordat er wordt overgegaan op insuline, moeten mensen weten hoe ze de glucosemeter, die ze zelf hebben uitgezocht, moeten gebruiken. Dat leer ik ze. Het praktische gebruik ervan levert meestal weinig problemen op, maar in het begin zijn er vaak wel vragen over de meetresultaten. ‘Waarom zijn mijn bloedglucoswaarden op maandag nou zo anders dan op dinsdag, terwijl ik ongeveer hetzelfde gegeten heb?’ of: ‘leeft alcohol invloed op mijn bloedglucose?’ Dit soort vragen bespreek ik uitgebreid voordat mensen beginnen met insuline. Als ze eenmaal niet de meter en de meetresultaten kunnen omgaan, bepaal ik de begindoses en het soort insuline. Vervolgens bel ik ze twee keer per week op om te horen hoe het gaat en wat de meetresultaten zijn. Langzaamaan verhoog ik de insuline en zo nodig pas ik het soort insuline aan. Er zijn mensen die na twee telefoontjes al op de juiste dosering zitten, terwijl anderen er een halfjaar over doen. Is het na een paar maanden niet gelukt om iemand goed ingesteld te krijgen of zijn er andere problemen, dan bel ik de internist voor advies. Overigens begeleiden wij geen vrouwen met diabetes die zwanger zijn en geen volwassenen en kinderen niet type 1 diabetes. Zij gaan altijd naar de internist, kinderarts of kinderdiabetesverpleegkundige.”

Wat is het voordeel van diabeteszorg bij de Thuiszorg?

“Het prettige is dat de omgeving niet zo ‘medisch’ is en dat men terecht kan in de eigen wijk. En als mensen niet in staat zijn om langs te komen op het spreekuur, bijvoorbeeld omdat ze slecht ter been zijn, dan bezoek ik ze thuis. Een ander voordeel van diabeteszorg bij de Thuiszorg is de samenwerking met de diëtisten en de wijkverpleging. Er is hier nu bijvoorbeeld een oudere mevrouw die langzaamaan dement wordt. Ze vergeet haar bloedglucose te meten en weet ook nog niet goed hoe dat moet. Daarom heb ik de wijkverpleging gevraagd om het een paar keer per dag samen met haar te doen, zodat ze er handigheid in krijgt. liet enige wat er dan op den duur nog moet gebeuren, is dat ze eraan wordt herinnerd dat ze moet meten.”

‘Het prettige is dat deze omgeving niet zo medische is en dat men terecht kan in de eigen wijk’