

Tips en reacties - EADV 2001

In de rubriek "Tips en reacties" is plaats voor ingezonden brieven, tips en ideeën. De redactie roept iedereen op om ideeën en tips beschikbaar te stellen voor collega diabetesverpleegkundigen.

Redactie EADE-Nieuwsbrief p/a Ellen van Vliet, Vroesenlaan 7A, 3039 DS Rotterdam, telefoon/telefax (010) 4651428

Inhoud:

EADE Nieuwsbrief, juni 2001, jaargang 16, nummer 2 – pg. 86.....	2
'FUNCTIONAL FOODS' VOOR MENSEN MET DIABETES.....	2
EADE Nieuwsbrief, oktober 2001, jaargang 16, nummer 3 – pg. 117	2
WIE SCHRIJFT, DIE BLIJFT!	2
EADE Nieuwsbrief, december 2001, jaargang 16, nummer 4 - pg. 144	3
WIE DOET DE VOETCONTROLE?	3
SCHOENMAKER BLIJF BIJ JE LEEST!	4

‘Functional foods’ voor mensen met diabetes

Er komen steeds meer functional foods op de markt. Vaak krijg je als diëtist de vraag of het gebruik zinvol is. Zijn deze producten nu hulpmiddelen, of geven ze juist meer verwarring?

De diëtist zal zich baseren op gegevens uit onderzoek, de richtlijnen Goede Voeding en het individueel niveau. Kortom selectief adviseren over het gebruik van deze voedingsmiddelen is zinvol. Ook mensen met diabetes mellitus lopen hier tegenaan. Zij hebben immers het advies gekregen gezond te eten en hun aandacht binnen hun voedingspatroon op vet te leggen. Nu wil ik me alleen richten op een aantal voedingsmiddelen met betrekking op coronaire hart- en vaatziekten.

Plantenstanolen en plantensterolen

Dit zijn stoffen die de opname van cholesterol remmen. Hierdoor kan het totaal serumcholesterolgehalte met 8 á 10% dalen en het LDL-cholesterol met 12 á 13%. Het HDL-cholesterol wordt niet beïnvloed. Om het cholesterolverlagend effect te bereiken heeft men 3 gram plantenstanolen of plantensterolen per dag nodig. Dit komt neer op bijvoorbeeld 36 gram Benecol en 36 gram Becel pro-activ per dag. Na drie weken is het effect merkbaar.

Lactobacillus acidophilus en inuline

De consumptie van 200 ml per dag van een gefermenteerd zuivelproduct met daarin een cultuur van lactobacillus acidophilus deed het LDL-cholesterol dalen in een periode van zes weken.

Actionel is een yoghurt met genoemde bacterie en een aangepaste vetsamenstelling. Daarnaast is inuline een oplosbare voedingsvezel, die het cholesterolgehalte wat kan verlagen. Er is echter nog niet bekend of voldoende inuline in zuivelproducten zit.

Echter naast alle wetenschappelijke onderzoeken, blijft het van belang het product ook te beoordelen op smaak, geur, gebruiksvriendelijke verpakking en prijs. De diëtist zal diverse mogelijkheden van invulling van het dieet voorleggen aan de patiënt, zodat, met of zonder specifiek ontwikkeld levensmiddel, het gewenste resultaat wordt bereikt.

Ingrid Kensters, diëtist, actief lid DNO Aulphia-ziekenhuis, locatie Pasteurlaan, Oosterhout

EADE Nieuwsbrief, oktober 2001, jaargang 16, nummer 3 – pg. 117

Wie schrijft, die blijft!

Na een tijd nagedacht te hebben welke tip ik heb voor de dagelijkse praktijk voor diabetesverpleegkundigen zou gaan beschrijven, heb ik uiteindelijk gekozen voor 'Wie schrijft die blijft!'. Deze tip heb ik onthouden, nadat ik een artikel erover gelezen had tijdens de SSSV-cursus. Waarom heb ik nu juist dit artikel onthouden? Ik denk vooral, omdat ik meteen gezien heb dat dit voor onze dagelijkse praktijk enorm belangrijk is. Daarbij is het een kreet die gemakkelijk in het hoofd blijft hangen. Waarom is wie schrijft die blijft, zo belangrijk? Ik zal proberen dit uit te leggen.

In de praktijk hebben wij vaak het gevoel dat we het druk hebben, dat we lange dagen maken en dat we veel patiëntencontacten hebben. Daarbij komt het gevoel dat we het steeds drukker krijgen, meer overuren maken en het bijna niet meer kunnen volhouden. Er zal dus iets aan deze situatie moeten veranderen. Maar hoe? Je hebt de energie niet om de zaken aan te pakken en je hebt al helemaal geen tijd dit goed voor te bereiden.

Klagen bij je leidinggevende is wellicht een mogelijkheid. Uit ervaring weet ik dat dat weinig zin heeft. Zij hebben niets aan verhalen over gevoelens. Zij willen concrete, harde feiten hebben.

Maak het maar inzichtelijk, waar heb je het druk mee, wat doe je zoal de hele dag? Met gevoelens kan de leidinggevende niets beginnen. Gefrustreerd en boos verlaat je het kantoor van je leidinggevende en ga je weer aan het werk. Mijn tip is dan ook: als je in gesprek gaat met je leidinggevende bereid je dan goed voor en neem er ruim de tijd voor. Zorg in ieder geval dat je harde feiten op papier hebt staan, zoals het aantal patiënten dat je per week/ maand ziet, hoeveel tijd je rekent voor een nieuwe patiënt en voor controlepatiënten, hoeveel tijd besteed je aan lesgeven of voorbereiden hiervan, hoe vaak word je gebeld voor consultaties e.d. Voor meer informatie verwijst ik naar het artikel van Bep Bakker-Verschoor (zie hierna).

Wij doen dit intramuraal drie maanden per jaar en we noemen dit tijdschrijven of ook wel registreren. Transmuraal doen wij het iedere dag, dat wil zeggen dat we alle patiëntencontacten noteren. Leuk is het niet, maar het moet. Het lijkt erger dan het is. De resultaten die wij hiermee behaald heb ben, zijn bijvoorbeeld dat wij als volwaardige gesprekspartner worden gezien en dat wij meer diabetesverpleegkundigen konden aannemen. Wat hieruit blijkt, is dat de leidinggevers wel degelijk rekening houden met goede, met cijfers onderbouwde en overtuigende argumenten. Dus: 'wie schrijft, die blijft, en meer'.

In EADV-Nieuwsbrief november 1995 heeft Bep Bakker-Verschoor hier ook een artikel over geschreven. In dit artikel wordt een methode besproken om een registratiesysteem op te zetten, in te voeren en de gegevens te verwerken. Tevens worden diverse toepassingen van het registratiesysteem besproken. Tot slot wordt de meerwaarde van een registratiesysteem aangegeven voor de organisatie van diabetesverpleegkundige zorg in een algemeen ziekenhuis. Dit artikel is nog steeds zeer actueel en de moeite waard om nogmaals te lezen.

Marcel Brijsten, transmuraal diabetesverpleegkundige Maastricht

EADE Nieuwsbrief, december 2001, jaargang 16, nummer 4 - pg. 144

Wie doet de voetcontrole?

In mijn praktijk komt het voor dat ik van diabetespatiënten hoor dat nog nooit iemand naar de voeten gekeken heeft of dat nog nooit iemand geweest heeft op het risico van het ontstaan van de diabetische voet. Ik ben me gaan afvragen waar dat door komt.

De voetcontrole en de educatie die daarbij hoort staan toch duidelijk op papier in allerlei protocollen, richtlijnen of andere werkwijzen. Bijvoorbeeld de Richtlijnen NDF/CBO of de NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2. Heel wat disciplines (huisartsen, diabetesverpleegkundigen, internisten, pedicure, podotherapeuten) zouden zich verantwoordelijk moeten voelen om een preventieve controle van de diabetische voet uit te voeren. Misschien is die veelheid aan disciplines nu juist het probleem.

Een gestructureerde voet controle kost tijd. Het uit- en aantrekken van de sokken en schoenen gaat niet altijd even vlotjes. En als je iemand niet van te voren gezegd hebt dat de voeten een volgende keer gecontroleerd gaan worden, kun je soms onaangename geurtjes aantreffen. Kortom, het is niet altijd een even leuk karweitje.

Met name bij tijdsdruk merk ik dat het natuurlijk erg makkelijk is te denken 'Die ander controleert toch de voeten?'. Helaas, als we allemaal ditzelfde denken... Ja, dan horen we van diabetespatiënten dat nog nooit iemand naar de voeten heeft gekeken, of dat nog nooit iemand heeft gewezen op het risico van het ontstaan van de diabetische voet.

Mijn tip is dan ook: Maak afspraken over wie de voetcontrole doet! En laten wij het niet op elkaars bordje schuiven.

Hanneke Roland, diabetesverpleegkundige Zoreroep Horst en Vlietstreek, Rijswijk

Schoenmaker blijf bij je leest!

Hierbij neem ik de uitdaging aan om te reageren op de vraag van Ingrid Keusters in EADV-Magazine 01/03, pagina 109. Worden diabetesverpleegkundigen en diëtisten in de toekomst concurrenten? Mijn eerste reactie na het lezen van het stuk was: 'Schoenmaker blijf bij je leest!' Ik vind dat diëtisten zich niet moeten gaan bezighouden met het doseren van insuline. Dat is in eerste instantie specifiek een taak van de internist en de huisarts. In tweede instantie van de diabetesverpleegkundige en de patiënt zelf (zelfregulatie). Als diëtist ben je een professional op het gebied van voeding. Daar ben je voor opgeleid, ligt je deskundigheid en kun je op worden aangesproken. Een diëtist is met betrekking tot diabetes een generalist gespecialiseerd in voeding. Een diabetesverpleegkundige heeft een opleiding en deskundigheid op het gebied van diabetes. Het omvat alle voorkomende taken betreffende voorlichting, educatie en instructie, behalve... voeding!

Als diëtist, specifiek opgeleid voor diabetes, heb je meer kennis van diabetes. Ik denk echter altijd onvoldoende om specifieke taken van een arts en/of diabetesverpleegkundige over te nemen. Zo vind ik dat een diabetesverpleegkundige zich ook niet met specifieke voedingsadviezen moet bezighouden. Ik zit ook niet te wachten op een opleiding diëtetiek voor diabetesverpleegkundigen. Ik denk dat het de ontwikkeling naar verdere professionaliteit binnen beide vakgebieden in de weg zal staan en dat het uiteindelijk voor de patiënt geen enkele meerwaarde heeft.

De kracht van ons specialisten ligt in de samenwerking. Laten we elkaar vooral goed blijven aanvullen. Dan hoeven we geen concurrenten te worden.
Ida Wijsman, diabetesverpleegkundige Het Spinaal, Zutphen