

DIABETESPRO

JAARGANG 33

▶ THEMA GRIJZE GOLF

Over de veranderende verhouding van vet en spiermassa, individuele streefwaarden en het voorkomen van vervelende controles

▶ SWEET DREAMS

Hoe anesthesie en diabetes interfereren

▶ TWEE VERSCHILLENDE DIETEN, WAT NU?



DONDERDAG 29 NOVEMBER 2018

HOTEL EN CONGRESCENTRUM DE REEHORST TE EDE

BIG5 OUDERENZORG CONGRES

9e EDITIE BIG5 OUDERENZORG CONGRES

Op donderdag 29 november 2018 vindt alweer de 9e editie plaats van het BIG5 Ouderenzorg Congres in Hotel en Congrescentrum de ReeHorst te Ede. Uit het almaar toenemende aantal deelnemers blijkt dat er veel behoefte is aan meer kennis specifiek gericht op ouderenzorg.

Dit congres behandelt onder andere de vijf belangrijkste aandachtsgebieden in de zorg, namelijk oncologie, hart- en vaatziekten, astma/COPD, depressie en diabetes. De onderwerpen worden specifiek toegespitst op het thema ouderenzorg. Het programma start met een plenair ochtendprogramma. In de middag kunt u kiezen uit 15 verschillende workshops. Op deze manier kunt u zelf uw middagprogramma samenstellen.

De vijf meest belangrijke
aandachtsgebieden in de ouderenzorg

Dagvoorzitter
Prof. dr. Gerard Jan Blauw

KOSTEN

De deelnemersbijdrage is 75 euro. Dit bedrag is inclusief lunch, koffie/thee en een bezoek aan de informatiemarkt. Tot twee weken voor aanvang van het congres kunt u kosteloos annuleren.

ACCREDITATIE

Accreditatie is aangevraagd voor 5 uur bij Accreditatie Bureau Cluster 1, NVvPO, Kwaliteitsregister V&V en Verpleegkundig Specialisten Register.

INSCHRIJVEN

Inschrijven kan via forms.healthinvestment.nl.

VRAGEN

Health Investment
Oudegracht 6
3511 AM Utrecht
Telefoon: 030-2231797
info@healthinvestment.nl
www.healthinvestment.nl



Health Investment

COLOFON

Uitgever

Health Investment
Oudegracht 6, 3511 AM Utrecht
T +31 (0)30-2231797
E info@healthinvestment.nl

Hoofdredacteur

Marijke Overkamp-Wichhart,
diabetesverpleegkundige/dialyseverpleegkundige

Redactie

Roelf Holtrop, huisarts
Margriet Bonthuis, diabetesverpleegkundige
Arianne van Bon, internist-endocrinoloog
Tammy Faassen, (kinder)diabetesverpleegkundige
Harold de Valk, internist-endocrinoloog
Monique Bolder, diëtist

Eindredactie

Marrian Enserink, Nadox teksten

Basisontwerp en vormgeving

Eric Huysdens & Leon Gerritse,
Huyswerk communicatie

Drukwerk

Groen Media

Correspondentieadres

V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden
Nederland) Diabeteszorg
Postbus 8212, 3503 RE Utrecht
Telefoon: (030) 291 90 50
E-mail redactie: redactie.diabeteszorg@venvn.nl
www.venvn.nl

Advertentie-exploitatie

Health Investment
Oudegracht 6, 3511 AM Utrecht
T +31 (0)30-2231797
E marieke.schooleman@healthinvestment.nl

Abonnement

Diabetes Pro verschijnt vier keer per jaar.
Om Diabetes Pro te ontvangen moet u lid zijn van
V&VN Diabeteszorg. Leden ontvangen Diabetes Pro
en de digitale nieuwsbrief V&VN Diabeteszorg.

Adreswijzigingen

Bij een wijziging van de tenaamstelling en/of
het adres, verzoeken wij u de adresdrager met
de gewijzigde gegevens op te sturen naar V&VN
Diabeteszorg, Postbus 8212, 3503 RE Utrecht.

© Health Investment 2018 | ISSN 2405-7398



VAN DE REDACTIE GENIET VAN HET LEVEN

Onze redactie heeft vorig jaar 'ouderen' als een van de thema's gekozen. Een actueel onderwerp, met de grijze golf in ons achterhoofd. Bij ouderen denken we snel aan hulpbehoevende grijze mensjes, maar niets is minder waar! Neem een thuisdialysepatiënte van mij, een dame van 75 jaar, die al sinds haar vijfde jaar bekend is met diabetes type 1. Deze vrouw blinkt uit in zelfredzaamheid, zowel wat betreft haar diabetes- als haar dialysebehandeling. Ze zet zelf haar pomp, en sensor, en is kapitein op haar eigen schip.

Toen ze de eerste klachten kreeg, wist de huisarts geen raad met haar. Een oplettende tante wees op 'suikerziekte', en zo werd de diagnose gesteld. Gewapend met tweemaal daags organon 40 insuline, wat haar vader spoot, en met wat stripjes om de glucose in de urine te meten, hield ze stand. Af en toe had ze een hypo, maar altijd hield ze zelf de regie. Toen ze hoorde dat ze geen kinderen kon krijgen, ging ze naar een Duitse arts — drie kinderen en vier kleinkinderen kreeg ze. Geen van allen hebben ze diabetes.

Het verschil tussen vroeger en nu weet ze haarscherp te vertellen, wat een gemak met die insulinepennen, sensoren en insulinepompen. En hoeveel meer mogelijkheden zijn er vandaag de dag. De vrouw is onder meer actief geweest als secretaris bij de Diabetes Vereniging Nederland. Haar levensmotto, ondanks de complicaties van ogen, nieren en neuropathie: geniet van het leven, en zie altijd de pluspunten. Blijf altijd actief en betrokken bij je eigen behandeling.

Deze positieve instelling wil ik jullie graag meegeven. En laten we niet vergeten om bij de behandelopties goed oog te houden voor de zelfstandigheid van de diabetespatiënt.

*Marijke Overkamp-Wichhart, diabetesverpleegkundige,
dialyseverpleegkundige en hoofdredacteur Diabetes Pro.*

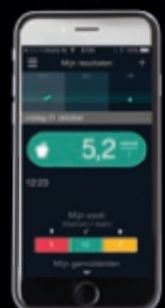
Leren dat diabetes-
management over keuzes
kan gaan en niet alleen
over beperkingen.
Dat is verhelderend.

Met nieuwe functies, zoals o.a.
patroonherkenning, krijgen uw
patiënten, op totaal nieuwe wijze,
beter inzicht in hun diabetes.
Dit helpt hen bij het verbeteren
van hun glucoseresultaten en
diabetesmanagement.



Diabetes, in een nieuw licht

Contour
next ONE
Bloedglucose
Controlesysteem



CONTOUR®NEXT ONE voldoet aan alle kwaliteitseisen zoals
omschreven in de Kwaliteitsstandaard Diabeteshulpmiddelen
(www.keuzehulpbloedglucosemeter.nl)

Ondek meer over het CONTOUR®NEXT ONE systeem en download
de CONTOUR®DIABETES app: contournextone.nl of bel gratis **0800 235 22 937**

Ascensia, het Ascensia Diabetes Care logo en Contour zijn handelsmerken en/of gedeponeerde handelsmerken van Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Apple en het Apple-logo zijn in de Verenigde Staten en andere landen gedeponeerde handelsmerken van Apple Inc. App Store is een service van Apple Inc. Het Bluetooth-woordmerk en de Bluetooth-logo's zijn handelsmerken van Bluetooth SIG, Inc. en elk gebruik van betrokken merk hierin onder licentie. Google Play is een handelsmerk van Google Inc.
© Copyright 2017 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rechten voorbehouden.

Datum van voorbereiding: Juni 2017, Code: G.DC.06.2017.51620 18MA0032

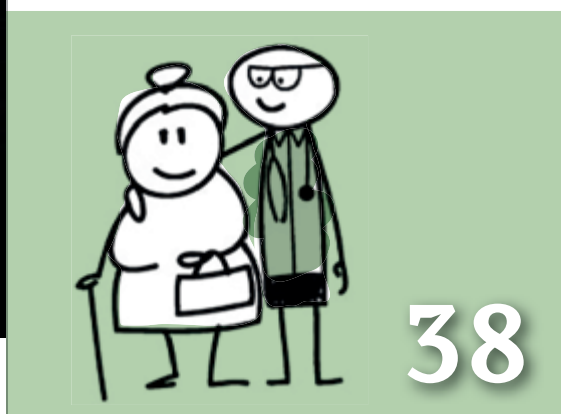


DIABETESPRO

THEMA

GRIJZE GOLF

Behandeling om complicaties op lange termijn te voorkomen is veel minder van belang, omdat die lange termijn er meestal niet meer is.



10

SWEET DREAMS

Medicatie die voor de anesthesie wordt gebruikt, heeft geen invloed op de glucose-waarden. Wel worden in sommige situaties voor kortere of langere tijd corticosteroiden toegediend, waardoor een ontregeling kan plaatsvinden.

20

WERKEN MET OUDEREN, HELEMAAL NIET SAAI!

Samen met ons behandelteam werken we aan goede medische behandeling, waarbij de cliënten en hun kwaliteit van leven altijd centraal staan. Dit is wat ons werk in de ouderenzorg juist ook zo mooi maakt.

38

SIGNALEN HERKENNEN EN EXTRA ALERT ZIJN

Een op de vijf 70-plussers in Nederland heeft diabetes. De groep ouderen met diabetes is een hele diverse groep. Daarom is het zo belangrijk dat de diabetes-behandeling wordt afgestemd op de persoon.

- | | |
|--|--|
| 3 Van de redactie | 34 Twee verschillende diëten |
| 6 Kort nieuws | 37 Handige app |
| 8 Column Anita Faber | 38 Signalen herkennen en extra alert zijn |
| 9 Vacature (hoofd)redacteur DP | 41 Column Veerle Huigen |
| 9 Vraag & Antwoord | 42 Gelezen in |
| 10 Sweet dreams | 44 Diabetesverpleegkundigen en Kwaliteitsregister V&V |
| 12 5 vragen | 46 99+ Een geheim ... of geluk? |
| 16 Wat weet jij van oudere patiënten? | 46 Evenementenkalender |
| 20 Werken met ouderen, helemaal niet saai! | |
| 22 Niet meer naar het verpleeghuis ... | |
| 24 Plezierig bewegen | |
| 25 Vallen | |
| 26 Prijsplakker alleen is slechte raadgever | |
| 30 Behandelen, behouden of berusten? | |



Keuzehulp bloedglucose- meters online



► Vanaf 11 juni 2018 staat de Keuzehulp Bloedglucosemeters online. De keuzehulp is een online tool waarmee mensen met diabetes en hun zorgverleners samen de bloedglucosemeter kunnen kiezen die het beste past bij de medische en persoonlijke situatie van de patiënt.

Zelfmanagement is belangrijk voor mensen met diabetes, voor hun gezondheid en een optimale kwaliteit van leven. Een belangrijke voorwaarde is dat ze goed en veilig hun bloedglucose controleren. Om aan deze randvoorwaarde te kunnen voldoen heeft iedere patiënt recht op een goed functionerende passende bloedglucosemeter. De Online Keuzehulp Bloedglucosemeters helpt bij de keuze. De patiënt kan thuis alvast de keuzehulp invullen en krijgt vervolgens een overzicht van passende bloedglucosemeters. Samen met de zorgverlener loopt de patiënt de keuzehulp nogmaals door en daarna kiezen ze samen de meest geschikte meter.

Om de kwaliteit van zelfcontrole door standaard bloedglucosemeting te garanderen zijn door alle betrokken partijen afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn vastgelegd in de NDF-Kwaliteitsstandaard diabetes hulpmiddelen. Alle bloedglucosemeters die opgenomen zijn in de keuzehulp voldoen aan de landelijk opgestelde kwaliteitscriteria. Naast een juiste keuze

is het belangrijk dat de patiënt een juiste educatie en instructie krijgt voor het gebruik van de bloedglucosemeter. Leveranciers moeten mensen met diabetes de bloedglucosemeter leveren die zij hebben gecontracteerd met de zorgverzekeraar. De keuzehulp heeft een handige verwijspagina waarop staat aangegeven waar mensen met welke vragen terecht kunnen.

De 'Keuzehulp bloedglucosemeters' is samen ontwikkeld met Vilans en mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, en Diabetesfonds. De keuzehulp is bedoeld voor insulineafhankelijke mensen met diabetes die aan zelfcontrole doen. Kijk voor meer info op de website van de diabetesfederatie: diabetesfederatie.nl of keuzehulpbloedglucosemeters.nl.

Bron: diabetesfederatie.nl ◀



NK Voetbal voor kinderen met diabetes

► In 2019 organiseert de Bas van de Goor Foundation (BvdGF) het NK-voetbal voor kinderen met diabetes. In juni 2019 gaan twaalf teams uit twaalf provincies de strijd met elkaar aan.

De BvdGF organiseert dit NK samen met Landstede Sport & Bewegen uit Zwolle. Zij verzorgen onder andere de selectiedagen en leveren voor elke provincie een trainer en teammanager. De trainers volgen allemaal een trainersopleiding bij de KNVB of hebben deze al afgerond.

Alle kinderen met diabetes, jongens en meisjes, die op 30 juni 2019 tussen de 10 en 14 jaar zijn mogen meedoen.

Bron: bvdgf.org ◀



KORT NIEUWS

Nieuwe receptenapp van het Voedings- centrum

► Het Voedingscentrum heeft onlangs de 'Receptenapp Slim Koken' gelanceerd. Deze nieuwe app biedt naast lekkere, gezonde en makkelijke recepten, ook hulp tijdens het koken en bewaren van de boodschappen.

De receptenapp bevat veel gezonde recepten in lijn met de Schijf van Vijf. Ook kun je op ingrediënten zoeken die je bijvoorbeeld in huis hebt en zo een

passend recept vinden. Bovendien worden suggesties gegeven voor een weekmenu. Als je een profiel aanmaakt, op basis van gezinssamenstelling en voorkeuren, dan krijg je recepten en informatie aangeboden en kun je favoriete recepten bewaren om later te gebruiken.

Sjef

De recepten worden stap voor stap uitgelegd en bij iedere stap kun je een

Resultaten onderzoek gebruik Freestyle Libre

► Afgelopen jaren is vanuit verschillende disciplines gevraagd de Freestyle Libre op te nemen in de basisverzekering, zodat mensen met diabetes meer inzicht krijgen in hun glucosewaarden. Op initiatief van Zilveren Kruis, Isala en Diabetes Vereniging Nederland is een onderzoek gestart naar de werking en de effectiviteit van de Freestyle Libre.

De eerste resultaten van het onderzoek zijn gepresenteerd aan de Rondetafel Diabeteszorg. Dit is een samenwerkingsverband van het Zorginstituut, de Nederlandse Diabetes Federatie, Diabetesvereniging Nederland, Stichting BIDON, producenten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Dankzij deze samenwerking komen nieuwe behandelmethodes sneller in aanmerking voor vergoeding.

Meer grip

Uit het onderzoek komt naar voren dat de kwaliteit van leven wordt verbeterd door het dragen van de Libre, omdat het minder hypoglykemieën geeft, met als gevolg minder arbeidsuitval en diabetesgerelateerde ziekenhuisopnames. Mensen krijgen meer grip op hun diabetes, thuis, op het werk en tijdens het sporten. Het zorginstituut maakte in april van dit jaar al bekend dat bepaalde patiëntengroepen

in aanmerking komen voor vergoeding van de Libre.

De vier patiëntengroepen die voor vergoeding in aanmerking komen zijn:

- 1. Kinderen met diabetes type 1;**
- 2. Volwassenen met diabetes type 1 die slecht zijn in te stellen en die kampen met gemiddeld hoge bloedsuikerwaarden (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c: >8% of >64 mmol/mol);**
- 3. Zwangere vrouwen met diabetes type 1 en 2 (geen zwangerschapsdiabetes);**
- 4. Vrouwen met diabetes types 1 en 2 die een zwangerschapswens hebben.**

Door de resultaten van dit onderzoek kan worden gekeken of er een grotere groep patiënten voor vergoeding in aanmerking zou kunnen komen, mede omdat duidelijk naar voren komt dat er voordelen verbonden zijn aan het gebruik van de Freestyle Libre. ◀

wekker instellen, zodat je weet wanneer een bepaald gerecht klaar is. De app bevat een digitale koelkast waarin je ingrediënten die je over hebt kan opslaan. Je krijgt dan tips en suggesties over hoe je de restjes kunt gebruiken. Tevens kun je een groep aanmaken zodat je de boodschappenlijstjes kunt delen. Heb je vragen over de bereiding van bepaalde gerechten of het bewaren van ingrediënten dan is er Sjef, de digitale kookhulp. Sjef kan je ook een suggestie

geven voor een bepaald gerecht op basis van jouw voorkeuren en hij kan je tijdens het koken helpen door de stappen aan te geven en de kookwekker voor je aan te zetten.

De app is gratis te downloaden vanuit de App store of Google Play store. Meer informatie over de Receptenapp is te vinden op de website van het Voedingscentrum: www.voedingscentrum.nl/receptenapp ◀



New York mini marathon

► Zaterdag 6 oktober organiseert het Diabetes Fonds in Rotterdam een miniversie van 's werelds beroemdste hardloopevenement de New York Marathon. Het doel is: aandacht vragen voor diabetes en geld inzamelen voor wetenschappelijk onderzoek naar de genezing ervan.

Voor één dag verandert de havenstad in een marathonparcours met Amerikaanse allure. Deelnemers wanen zich in de 'Big Apple', terwijl ze langs wolkenkrabbers, tussen knalgele taxi's en in de schaduw van de Erasmusbrug een afstand afleggen van 4,2 - 10,5 of 21 kilometer. 'Ze lopen voor zichzelf, maar vooral ook voor een ander', legt Hanneke Dessing, directeur van het diabetesfonds, uit. 'Alle opbrengsten van de New York Mini Marathon gaan naar onderzoek voor betere behandeling en genezing van diabetes.'

Iedereen kan meedoen! Inschrijven kan individueel of met een team. Kies één van de drie afstanden en ga de uitdaging aan. Samen brengen we de genezing van diabetes dichterbij. Kijk voor meer informatie op: newyorkminimarathon.nl ◀

VAN DE VOORZITTER WIE DURFT?



De Taskforce heeft onlangs, onder leiding van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, een interessant rapport uitgebracht, getiteld 'Zorg op de juiste plek, wie durft?' Zorg op de juiste plek is gericht op: voorkómen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en vervangen van zorg (door andere zorg, zoals eHealth).

Het vertrekpunt van 'zorg op de juiste plek' is het functioneren van mensen en hun omgeving. Voor verpleegkundigen is dit natuurlijk een inkoppertje! Verpleegkundigen zijn, ik citeer uit ons beroepsprofiel: 'professionals die zich richten op het ondersteunen van zelfmanagement van mensen, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid, ziekte en kwaliteit van leven'.

Er zijn aanwijzingen dat de dagelijkse praktijk weerbarstig is. Zo heeft het delegeren van medische taken de verpleegkundige beroepsuitoefening ongetwijfeld beïnvloed. Maar ook de hoge werkdruk, medicalisering en beperkte budgetten bepalen de waan van de (zorg)dag. Ook die van verpleegkundigen.

V&VN Diabeteszorg neemt de uitdaging aan om goede diabeteszorg op de juiste plaats te bieden. Hoe we dat willen bereiken hebben wij met elkaar in ons beleidsplan al beschreven. Bekijk de getekende versie hiervan hiernaast maar eens.

Geen woorden maar daden. Daarom starten we binnenkort met een serieus onderzoek naar de focus van verpleegkundige diabeteszorg. Dit willen we

samendoen met het veld en andere partners. **Doe jij ook mee?**

Anita Faber, voorzitter V&VN Diabeteszorg



Vacature (hoofd)redacteur *Diabetes Pro*

DIABETES PRO, HET VAKBLAD VAN V&VN DIABETESZORG, WORDT DOOR ALLE LEDEN VAN V&VN DIABETESZORG GELEZEN EN VAAK OOK NOG LANG BEWAARD. ONS REDACTIETEAM IS EEN ENTHOUSIASTE CLUB VAN PROFESSIONALS DIE VOLOP IN BEWEGING ZIJN ALS HET GAAT OM HET MAKEN VAN EEN MOOI EN INTERESSANT MAGAZINE. WIJ ZIJN OP ZOEK NAAR EEN HOOFDREDACTEUR EN VERDERE AANVULLING VAN DE REDACTIE.

► In de redactie van *Diabetes Pro* zijn diverse beroepsgroepen uit de diabeteszorg vertegenwoordigd. Met z'n allen zijn we verantwoordelijk voor de inhoud van het magazine, we bepalen het thema, zoeken auteurs bij de verschillende onderwerpen en beoordelen de ontvangen bijdragen. Dit doen we samen met een professionele eindredacteur en vormgever.

Vier keer per jaar komen we bijeen om het magazine in te plannen en de artikelen te verdelen over de verschillende redactieleden.

Als hoofdredacteur zit je de redactievergaderingen voor en overleg je met de (eind)redactie over de artikelen voor het magazine. Daarnaast heb je nauw contact met het bestuur van V&VN Diabeteszorg, bewaak je de deadlines en beoordeel je de drukproef van het magazine in samenspraak met de eindredacteur.

Wat levert het je op?

- Je bent altijd op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen in de (diabetes)zorg;
- Je bouwt een breed en interessant netwerk op;
- Je kunt op een perskaart naar interessante bijeenkomsten;
- Je verbreedt je kennis over de wijze van communiceren via een vakblad;
- Je werkt mee aan een breed gelezen en gewaardeerd product van V&VN Diabeteszorg.

Als jij het leuk vindt om te communiceren en te organiseren, dan is dit de geknipte job voor jou. Vacatiegeld en reiskosten worden vergoed. Wil je hier meer over weten? Neem voor meer informatie gerust contact op met de huidige hoofdredacteur Marijke Overkamp-Wichhart, redactie.diabeteszorg@venvn.nl ◀

VACATURE



VRAAG & ANTWOORD

Een 35-jarige man presenteert zich op de Spoedeisende hulp met diabetes de novo en een glucose van 25 mmol/L zonder ketonurie. Er wordt getwijfeld tussen de diagnose diabetes type 1 en type 2. Welk aanvullend onderzoek kan hierin het beste onderscheid maken?

A. Anti-GAD
B. C-peptide
C. HbA1c

Lees het antwoord op pagina 41



EFFECTEN VAN ANESTHESIE
OP DIABETES MELLITUS EN VICE VERSA

Sweet dreams

ANESTHESIE EN DIABETES

HET AANTAL OPERATIES EN HET AANTAL PATIËNTEN MET DIABETES MELLITUS STIJGEN. ANESTHESIE EN DIABETES MELLITUS INTERFEREREN OP VELE VLAKKEN MET ELKAAR. ONDER ANDERE HET 'NUCHTERBELEID' EN MEDICATIE RONDOM DE INGROEP HEBBEN HUN INVLOED OP DE SUIKERREGULATIE. ANDERSOM HEEFT LANGDURIG BESTAANDE OF SLECHT GEREGULEERDE DIABETES MELLITUS GEVOLGEN VOOR HET ANESTHESIEBELEID.

DOOR: INGRID DE JONG,
ANESTHESIOLOOG, DIVISIE VITALE FUNCTIES,
AFDELING ANESTHESIOLOGIE, UNIVERSITAIR
MEDISCH CENTRUM UTRECHT

► Anesthesie betekent letterlijk: gevoel-loosheid, geen gewaarwording. Het doel van anesthesie is dan ook om een patiënt veilig door een pijnlijke of vervelende behandeling heen te helpen. De anesthesioloog bewaakt de vitale parameters en fysiologie van de patiënt, en 'beschermt' de patiënt tegen de invloeden van de chirurg. Daarnaast streeft de anesthesioloog ernaar om optimale omstandigheden voor de chirurg te creëren: spierverslappers kunnen worden toegediend of het bloedverlies kan beperkt worden door een lagere bloeddruk na te streven. De anesthesioloog zorgt er ook voor dat postoperatieve pijn en misselijkheid worden bestreden.

Technieken

Er zijn verschillende anesthesietechnieken die eerdergenoemde voorwaarden kunnen waarborgen. Algehele anesthesie (narcose) is hiervan de meest bekende en gebruikte vorm. Bij algehele anesthesie worden altijd een anestheticum (slaapmiddel) en een analgeticum (pijnstiller) toegediend, soms ook een relaxans (spierverslapper).

Na het veiligstellen van de ademweg door een tube of een larynxmasker, kan de ingreep van start. Een andere vorm van anesthesie is regionale anesthesie. Dit betreft een ruggenprik, meestal in de vorm van spinaal anesthesie, soms epidurale anesthesie (vooral bij sectio caesarea), bij ingrepen grofweg onder de navel. Epidurale anesthesie wordt vaak toegepast als postoperatieve pijnbestrijding. Een derde anesthesietechniek is locoregionale anesthesie: hierbij wordt hooguit één lichaamsdeel verdoofd, meestal een extremititeit.

Langetermijneffecten

De anesthesioloog zal de patiënt van tevoren zien op de polikliniek Preoperatieve screening, waar de gezondheidstoestand van de patiënt in kaart wordt gebracht en zo nodig wordt geoptimaliseerd. De patiënt krijgt ook voorlichting over de anesthesietechniek die toegepast zal worden. Verder zal met de patiënt worden besproken welke aanpassingen nodig zijn voor de medicatie tegen diabetes mellitus. Vanuit anesthesiologisch oogpunt zal bij

de diabetespatiënt vooral aandacht zijn voor de langetermijneffecten van diabetes mellitus: de aanwezigheid van nierfunctiestoornissen, cardiovasculaire effecten als hypertensie en (stille) myocardiëmie en autonome neuropathie (orthostatisch hypotensie, gastroparese). De nekextensie kan worden beperkt door glycosylering van het atlantico-occipitale gewricht, waardoor intubatie bemoeilijkt kan zijn. Perifere neuropathie wordt goed in kaart gebracht, zeker als een (loco)regionale techniek wordt toegepast. Daarnaast wordt gekeken naar een recent HbA1c: als dit hoger is dan 60 mmol/L en het gaat om een electieve ingreep, dan zal de behandelaar van de diabetes van de patiënt, worden gevraagd deze beter te reguleren. Bij een (semi-) spoedingreep zal het verhoogde risico op complicaties worden besproken.

Veranderde intake

Bij alle electieve ingrepen waarbij de anesthesioloog betrokken is, dient de patiënt nuchter te zijn. Dit houdt in dat de patiënt tot zes uur van tevoren vast voedsel in mag nemen, en tot twee uur van tevoren helder vloeibaar. Dit 'nuchterbeleid' heeft als doel om aspiratie tijdens intubatie te voorkomen. Het bestaan van gastroparese maakt de kans op aspiratie groter. Het overslaan van een of meerdere maaltijden betekent aanpassing van de medicatie om een hypoglykemie te voorkomen. In sommige ziekenhuizen wordt momenteel gekeken of patiënten tot aan de ingreep helder vloeibaar mogen drinken. Aan de andere kant zorgen fysieke en emotionele stress op het lichaam weer voor hyperglykemie. Postoperatief kan het zijn dat de patiënt andere voeding krijgt toegediend: de hoeveelheid en soort voeding in het ziekenhuis kan anders zijn dan in de thuissituatie. Soms krijgt de patiënt sondevoeding of totale parenterale voeding toegediend, waardoor er een andere insulinebehoefte is. Tot slot moet postoperatief braken voorkomen worden, of agressief bestreden.

Invloed medicatie

Medicatie die voor de anesthesie wordt gebruikt, heeft geen invloed op de glucose-

waarden. Wel worden in sommige situaties voor kortere of langere tijd corticosteroiden toegediend, waardoor er een ontregeling kan plaatsvinden. Hierbij kun je denken aan het gebruik van dexamethason als anti-emeticum of om zwelling te beperken (bij bijvoorbeeld kaakchirurgische of neurochirurgische ingrepen). Dexamethason

wordt soms ook als adjuvans pijnstillers toegediend. Hydrocortison wordt gebruikt als stressschema bij patiënten die in de thuissituatie steroïden gebruiken en bij hypofysechirurgie. Prednison wordt pre- en postoperatief toegediend bij patiënten met astma of COPD ter voorkoming van exacerbaties.

Antidiabetica aanpassen, maar hoe?

Er zijn verschillende mogelijkheden voor het perioperatief aanpassen van de medicatie tegen diabetes. Iedere kliniek behoort hiervoor zijn eigen protocol te hebben. Hieronder volgen voorbeelden van aanpassing van de verschillende antidiabetica. Andere opties zijn natuurlijk mogelijk. Er zijn enkele essentiële aandachtspunten. Ten eerste is het belangrijk om frequente glucosecontroles te verrichten: minimaal vier keer per dag en zo nodig vaker, waarbij de streef-glucosewaarde ligt tussen de 6 en 11 mmol/L (die streefwaarden kunnen per ziekenhuis verschillen). Ten tweede moet bij patiënten met diabetes mellitus type 1 een continue toediening van insuline gewaarborgd zijn, ter voorkoming van een diabetische ketoacidose. Dit wordt gewaarborgd door het toedienen van langwerkend insuline of het starten van een intraveneuze insulinepomp. Vanzelfsprekend moet het starten van een glucose-infuus worden overwogen.

Insulinepomp

Patiënten met een continue subcutane insulinepomp dienen hun basaalstand te continueren. De bolus die ze normaliter zouden geven bij een maaltijd, wordt overgeslagen. Perioperatief zijn er twee mogelijkheden: de pomp kan worden gecontinueerd (voornamelijk bij kortdurende ingrepen) of gestopt (meestal bij langdurige ingrepen of ingrepen waarbij grote volumeshifts of veel bloedverlies te verwachten is). In het laatste geval zal een intraveneuze insulinepomp worden gestart, met daarbij een glucose-infuus. In beide gevallen kan, afhankelijk van de glucosewaarden, extra insuline worden toegediend (subcutaan of intraveneus). Postoperatief wordt zo spoedig mogelijk het eigen schema via de subcutane insulinepomp herstart. Als dit niet mogelijk is, zal de intraveneuze insulinepomp worden gecontinueerd.

Insuline subcutaan

Insuline subcutaan kent een kortwerkende, een langwerkende en een gecombineerde vorm. De kortwerkende variant wordt niet toegediend bij het overslaan van een maaltijd. Bij de éénmaal-daagse toediening van de langwerkende vorm van insuline, wordt vaak een beperkte hoeveelheid toegediend, bijvoorbeeld 75 procent van de gebruikelijke dosering. Bij tweemaal-daagse toediening van langwerkende insuline kan de normale avonddosering worden gegeven en de ochtenddosering worden overgeslagen. Varianten hierop zijn mogelijk. Patiënten die een combinatie van kort- en langwerkende insuline gebruiken (bijvoorbeeld Novomix), hebben een iets ingewikkelder regime. Bij mensen met diabetes type 2 is de avonddosering onveranderd, maar de hoeveelheid toe te dienen insuline in de ochtend is afhankelijk van het glucosegehalte. ►

In het UMC Utrecht geldt een dosis van 25 procent van de normale insuline dosering bij een glucose > 12mmol/L en een derde van normaal bij een glucose van >15mmol/L. Bij mensen met diabetes type 1 die een mix-insuline gebruiken, wordt de internist in consult gevraagd. Zodra de intake weer genormaliseerd is, kan de gebruikelijke dosering worden hersteld.

Orale antidiabetica

Voor alle orale antidiabetica geldt: overslaan bij de maaltijd. Voor metformine kan gesteld worden dat bij het bestaan van (milde) lever- of nierfunctiestoornissen, hartfalen of perifeer vaatlijden het beter is dit middel 48 uur van tevoren te staken, om lactaatacidose te voorkomen. Postoperatief kan de medicatie worden hervat zodra de intake is genormaliseerd.

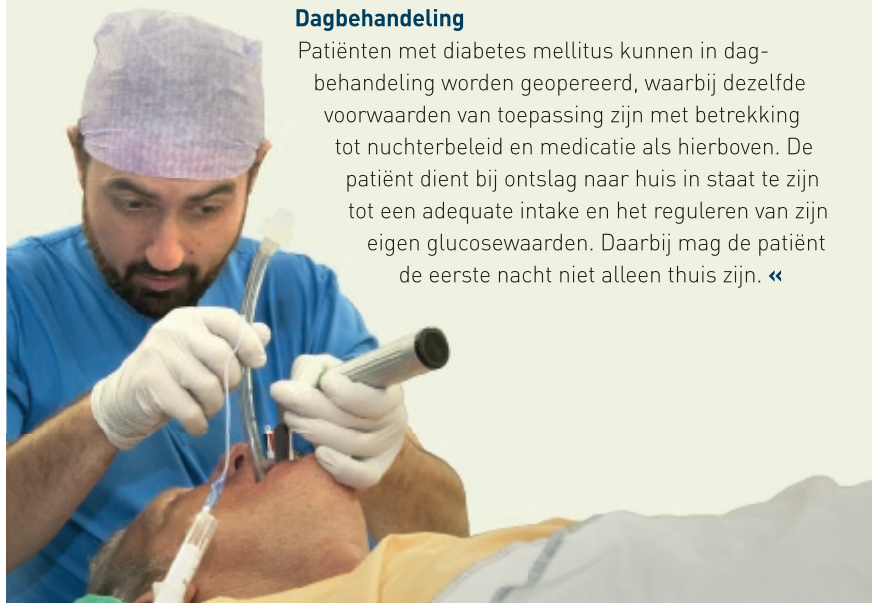
Perioperatieve hypoglykemie

Het bestrijden van een hypoglykemie is essentieel. Patiënten die preoperatief een hypoglykemie hebben, kunnen deze bestrijden door bijvoorbeeld extra zoete limonade of thee met suiker te drinken of door een dextrose-tablet in te nemen. Doordat dit snel wordt opgenomen in het lichaam blijft de patiënt nuchter en beïnvloedt dit het tijdstip van opereren meestal niet. Frequente glucosecontroles zijn natuurlijk noodzakelijk. Een perioperatieve hypoglykemie wordt bij algehele anesthesie niet opgemerkt, alleen door te meten. Bij een patiënt die traag ontwaakt uit de narcose, moet altijd gedacht worden aan een hypoglykemie. Mocht dit zich voordoen, dan kan vijf gram glucose langzaam intraveneus worden toegediend. Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van een centraal veneuze lijn, aangezien glucose de vaatwand snel kan beschadigen. Bij toediening via een perifeer infuus wordt geadviseerd de glucose traag en in zo laag mogelijke concentratie toe te dienen. De behandeling van postoperatieve hypoglykemie is afhankelijk van de intake. De patiënt moet helder en adequaat genoeg zijn om vocht of dextrose in te nemen, de operatie moet van dien aard zijn dat de patiënt ook orale intake mag hebben (denk aan verdooving van mond- en keelholte, gastro-intestinale chirurgie) en er mag geen sprake zijn van misselijkheid of braken. Als orale intake niet mogelijk is, kan vijf gram glucose intraveneus worden toegediend.

Perioperatieve hyperglycaemie wordt bestreden door toediening van insuline. Dit kan zowel subcutaan als intraveneus en is afhankelijk van de vermoedelijke duur van toediening. Bij een langdurige of grote ingreep kan beter gekozen worden voor continue intraveneuze toediening, om zo tot een meer stabiele glucosespiegel te komen.

Dagbehandeling

Patiënten met diabetes mellitus kunnen in dagbehandeling worden geopereerd, waarbij dezelfde voorwaarden van toepassing zijn met betrekking tot nuchterbeleid en medicatie als hierboven. De patiënt dient bij ontslag naar huis in staat te zijn tot een adequate intake en het reguleren van zijn eigen glucosewaarden. Daarbij mag de patiënt de eerste nacht niet alleen thuis zijn. «



5 VRAGEN

DOOR: JET JONKER,
PRAKTIJKONDERSTEUNER DIABETES IN
HUISARTSENPRAKTIJK ERMELO, TOT VOOR
KORT REDACTIELID DIABETES PRO

► 1. Wat doe je precies in je werk?

Ik werk als praktijkverpleegkundige bij een huisarts in Ermelo, het is een solistenpraktijk. Mijn werk in de huisartsenpraktijk bestaat uit het doen van spreekuren in de chronische zorg, dat wil zeggen diabeteszorg en ouderenzorg. Naast deze baan werk ik voor de zorggroep Medicamus, als kwaliteitsmedewerker voor het regioproject kwetsbare ouderen. Dit project begeleidt huisartsenpraktijken bij de start van een spreekuur voor kwetsbare- en complex kwetsbare ouderen. Hoe kan de juiste zorg worden ingezet om deze groep ouderen zo lang mogelijk veilig thuis te laten wonen en wat is hiervoor nodig?

2. Op welke manier ben je bij de ouderenzorg betrokken?

In 2014 ben ik door medicamus benaderd om mee te werken aan een pilot Ouderenzorg op de Veluwe. Na de pilot waren we zo enthousiast en besloten we Ouderenzorg op de Veluwe verder voort te zetten. Het project richt zich op de leeftijdsgroep 75+. Door case-finding kom je er snel achter wanneer er sprake is van een kwetsbaar- en complex kwetsbare oudere. Wat heeft deze doelgroep nodig om veilig en tevreden thuis te kunnen wonen? Welke rol spelen de mantelzorg en/of kinderen? Hoe zorg je ervoor dat zij niet overbelast raken? Binnen dit project is ook oog voor de vitale oudere van 75+. Wat hebben ouderen nodig om zo lang mogelijk vitaal te blijven? In 2015 zijn we samen met bureau Readelijn om de tafel gegaan met als



Hannie Olthuis, praktijkverpleegkundige bij huisartsenpraktijk dr. J.A. Smit in Ermelo en kwaliteitsmedewerker voor regioproject kwetsbare ouderen bij zorggroep Medicamus

doel ouderenzorg op de Veluwe op de kaart te zetten. Het streven was dat na een jaar 80 procent van de huisartsenpraktijken zouden meewerken. Na ruim anderhalf jaar kunnen we zeggen dat zelfs 100 procent is gehaald, alle huisartsen hebben Ouderenzorg opgenomen in hun praktijk. Voor mij heeft dit werk een meerwaarde; ik vind het ook erg waardevol om als praktijkverpleegkundige alle facetten van de behandeling te kunnen doen. Samenwerken met de andere praktijkverpleegkundige is belangrijk. Met elkaar kun je de groep chronische zieken de juiste zorg proberen te geven.

3. Kun je een praktijkervaring delen?

Twaalf jaar geleden begon ik met het opzetten van het Diabetesspreekuur in de huisartsenpraktijk waar ik nog steeds werk. Een aantal mensen begeleid ik dus al een lange periode. Ik heb gezien dat er soms na jaren een positieve omslag komt in de leefstijl en daardoor ook in de diabetes. Ook zag ik dat de gestructureerde zorg op praktijkniveau heeft geleid tot zichtbare verbetering op het gebied van controles en registratie. Voldoen aan de indicatoren aan het eind van het jaar is een verplichting, voor mij zijn de indicatoren een hulpmiddel. Elke patiënt is bijzonder en vraagt om de juiste zorg die past bij zijn of haar leven. Dit laatste is ook zeker het geval bij de groep ouderen in de huisartsenpraktijk. Het spreekt me erg aan om me te verdiepen in het leven van de patiënt, vandaaruit proberen problemen helder te krijgen, met als doel de klachten helpen verminderen.



Hannie Olthuis

4. Zijn er ontwikkelingen die je hoop geven in het Ouderenspreekuur?

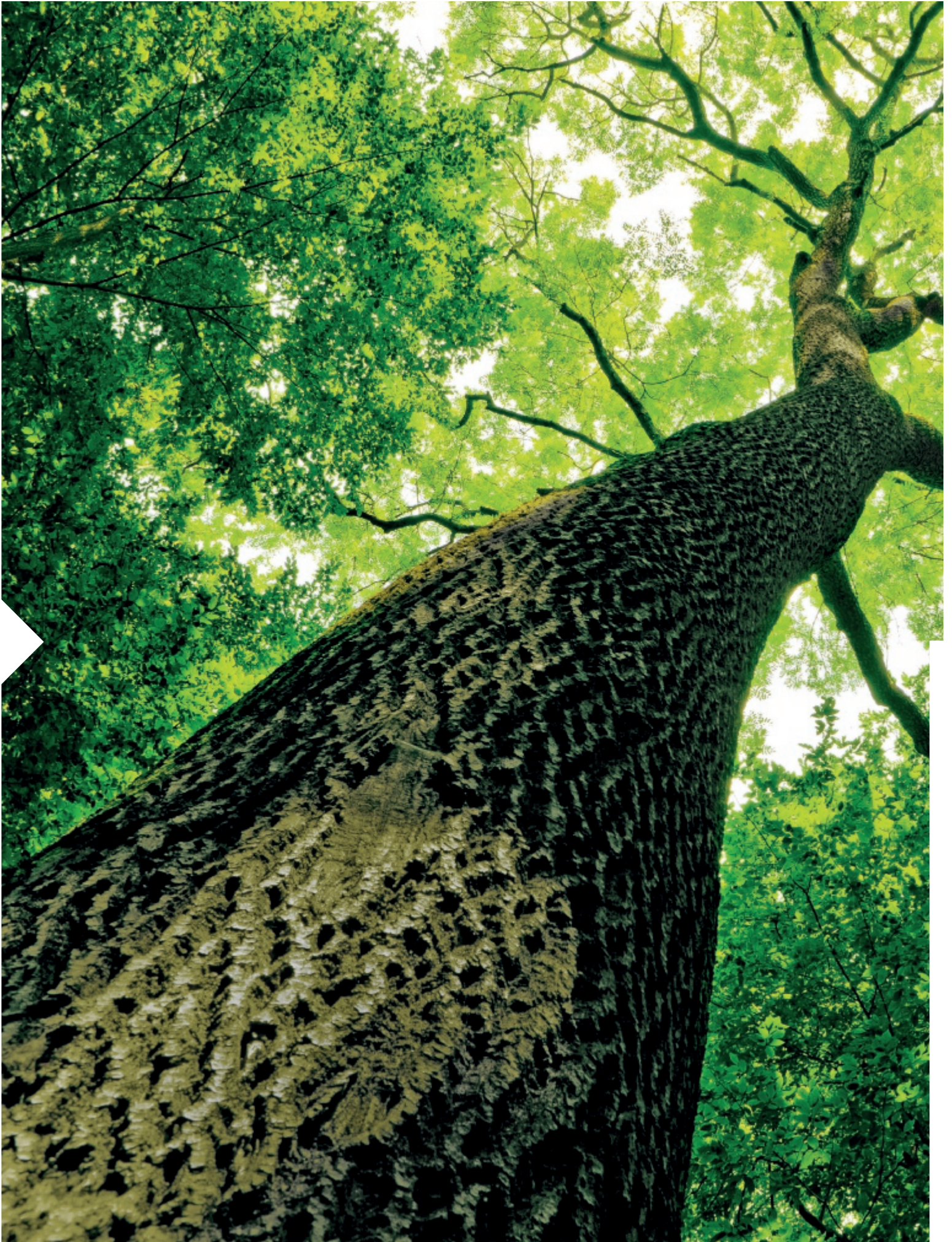
Doordat ouderenzorg in de politiek meer aandacht krijgt, komt er langzaam iets meer begrip en oog voor de grote groep kwetsbare ouderen die thuis wonen. Er komen allerlei nieuwe ideeën en nieuwe ontwikkelingen. Heel voorzichtig aan komt er ook geld beschikbaar om de zorg voor de groep kwetsbare en complex kwetsbare ouderen te verbeteren. Ook komen er meer handen aan het bed. Door meer met elkaar samen te werken (de huisarts, de praktijkverpleegkundige, de wijkverpleegkundigen, de welzijnswerker, et cetera) heeft in mijn werkgebied een omslag plaatsgevonden; langzaam zetten we stapjes voorwaarts om de zorg voor de kwetsbare ouderen te verbeteren. Een mooi voorbeeld is de introductie in 2016 van OZO-verbindzorg in

Noord West-Veluwe en Zeewolde, gefinancierd door de gemeenten, de zorgverzekering en huisartsencoöperatie Medicamus (www.ozoverbindzorg.nl).

5. Welke tips heb je voor praktijkverpleegkundigen die zich bezighouden met kwetsbare ouderen?

Zorg ervoor dat de patiënt begrijpt wat ouder worden inhoudt, hoe het lichaam werkt, wat mogelijke complicaties zijn en wat hij/zij zelf kan bijdragen. Bespreek ook het levenseinde en de mogelijkheid om wel of niet te reanimeren. Het zijn geen gemakkelijke onderwerpen, maar zeker belangrijk om ook hierin een eerste stap te zetten zodat de huisarts een vervolg kan maken. Ik omschrijf het zelf vaak zo: 'lichaam en geest passen vaak niet meer bij elkaar, lichamelijk ben je soms 80 jaar of ouder, maar geestelijk heb je het gevoel dat je 65 bent. Dit botst en maakt de kwetsbare oudere vaak erg moe, eenzaam en verdrietig. Juist in deze fase is ondersteuning in het proces van ouder worden van groot belang. Zorg dat je een netwerk creëert om de kwetsbare ouderen heen en dat je daarin met elkaar samenwerkt. OZO-verbindzorg is hierin een erg mooie schakel. «

THEMA





► THEMA-ARTIKELEN

- 16** Wat weet jij van oudere patiënten?
- 20** Werken met ouderen, helemaal niet saai!
- 22** Niet meer naar het verpleeghuis ...
- 24** Plezierig bewegen
- 25** Vallen
- 26** Prijsplakker alleen is slechte raadgever
- 30** Behandelen, behouden of berusten?

THEMA GRIJZE GOLF

Ik heb mijn handen om jouw schors gelegd
en zacht bevoeld, zoals een blinde tast.
De diepe barsten in jouw bast betast,
het braille dat op stam is ingelegd.
Een oud verhaal dat hier geschreven staat ...

'Boom'

Uit: de bundel 'Bedevaart' (uitg. IJzer, Utrecht) van Atze van Wieren.

TEST JE EIGEN KENNIS
EN ATTITUDE MET KOP-Q!

Wat weet jij van oudere patiënten?

DOOR: JEROEN DIKKEN,
HOOGESCHOOLHOOFDDOCENT AAN DE
HAAGSE HOOGESCHOOL, FACULTEIT GEZONDHEID,
VOEDING & SPORT, OPLEIDING
VERPLEEGKUNDE, SENIOR ONDERZOEKER

ALS VERPLEEGKUNDIGE HOOR EN ZIE IK DE DRUK OP DE BEROEPSGROEP TOENEMEN. DIT KOMT DOOR ZOWEL MAATSCHAPPELIJKE UITDAGINGEN, ZOALS EEN TEKORT AAN VERPLEEGKUNDIG PERSONEEL EN TOENAME IN DE COMPLEXITEIT VAN DE ZORG, ALS EEN STERK VERANDEREND TAKENPAKKET, DOOR BIJVOORBEELD NIEUWE EVIDENCE EN TECHNOLOGIE. HET INTRIGEERT MIJ WAAR PROFESSIONALS EN INSTELLINGEN DE (PRIORIT)TIJD VANDAAN HALEN, OF JUIST NIET, OM NIEUWE KENNIS OP TE DOEN EN TE BEHOUDEN. MIJN PROEFSCHRIFT 'HOE MEET JE KENNIS EN ATTITUDE VAN VERPLEEGKUNDIGEN MET BETREKKING TOT DE OUDERE PATIËNT?' WAS EEN EERSTE STAP.

► De zorg rondom de oudere patiënt vraagt brede kennis van verpleegkundigen. In Nederland wordt de bevolking steeds ouder. Dit betekent ook dat zorgverleners vaker in contact komen met oudere patiënten en cliënten. Van ouderen is bekend dat zij zorg op maat nodig hebben, omdat protocollen en richtlijnen bij hen vaak niet van toepassing zijn. Tijdens mijn promotieonderzoek in 2017 kwam ik er tot mijn verbazing achter dat er geen gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten bestonden die de kennis van verpleegkundigen over de oudere patiënt in Nederland (en de rest van de wereld) konden meten.

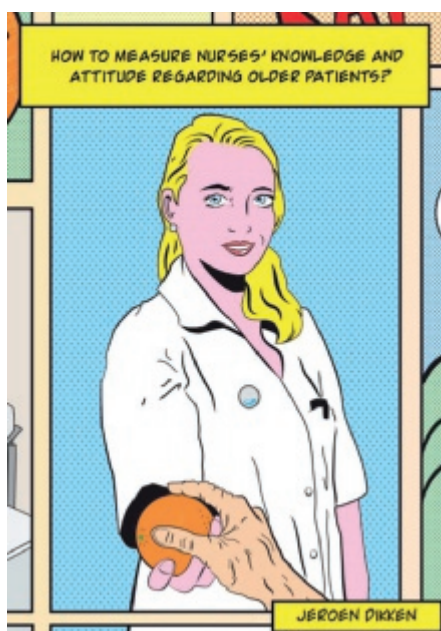
Kennislevel meten

Met behulp van hoogleraren en professoren met veel expertise in de geriatrie is de Kennis over Oudere Patiënten-Quiz (KOP-Q) ontwikkeld. Het is een wetenschappelijk gevalideerde vragenlijst die precies doet wat de naam al zegt: het kennislevel meten van studenten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, specifiek over de oudere patiënt of cliënt. Tijdens de ontwikkeling van de quiz zijn interviews gehouden met verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, andere zorgverleners uit de geriatrie, en een groep oudere patiënten

om te onderzoeken welke kennis verpleegkundigen nou precies nodig hebben. Helder werd dat ze kennis zouden moeten hebben van: de normale veroudering, geriatrische condities, het signaleren van problemen, (familie)interventies en van datgene wat een patiënt kwetsbaar maakt.

Sterke basiskennis

Kennis over normale veroudering betreft: kennis over de anatomie en fysiologie in relatie tot veroudering en epidemiologie kennis. Door een sterke basiskennis kan men makkelijk, snel en kundig klinisch redeneren. Als die brede basiskennis ontbreekt, is dit vooral bij complexe oudere patiënten veel lastiger. Met epidemiologische kennis begrijp je als verpleegkundige sneller wanneer en waarom ouderen kwetsbaarder zijn dan andere patiënten en waarom sommige ziekten en condities vaker voorkomen bij deze doelgroep. Kennis over de geriatrische condities valt ook onder de basiskennis die iedere verpleegkundige zou moeten hebben. Net als de kennis over (risico's van) multimorbiditeit en oorzaken, risicofactoren, pathologie en effecten van geriatrische condities: depressie, delier, dementie, decubitus, incontinentie, voeding, polifarmacie en vallen.



Cover van het onderzoek



KENNIS OVER DE GERIATRISCHE CONDITIES VALT OOK ONDER DE BASISKENNIS DIE IEDERE VERPLEEGKUNDIGE ZOU MOETEN HEBBEN.

Veel nadruk is in de interviews gelegd op het belang van vroegtijdig geriatrische condities kunnen herkennen. Voor klinisch redeneren is een stevige basisziekteleer belangrijk. Het signaleren van problemen kwam ook als thema naar voren. Daarbij is kennis van de verschillende meetinstrumenten essentieel: welk instrument gebruik je wanneer en waarom? Ook het belang van de heteroanamnese is genoemd, vooral bij kwetsbare oudere patiënten en cliënten. Hier komen soms kwetsbare gebieden naar voren die door de zorgvrager zelf niet als zodanig worden herkend. Verder kwamen vaak specifieke interventies aan de orde, zoals kennis hebben van rekenen, communicatietechnieken, multidisciplinair werken, mogelijke hulpmiddelen voor ouderen et cetera. Interventies worden vooral gekozen worden op basis van ervaring, beschikbaarheid, afdelingscultuur en gewoonten en veel minder op basis van

beschikbare evidence (literatuur). Het is dus nodig kennis te vergaren over hoe je literatuur zoekt, beoordeeld op kwaliteit en vertaald naar de eigen zorgpraktijk. Naast interventies werd kennis over het betrekken van familie in de zorgverlening ook belangrijk gevonden. Familie kan veel betekenen in de directe zorg, maar ook bij het monitoren van de zorgvrager.

Leven lang leren

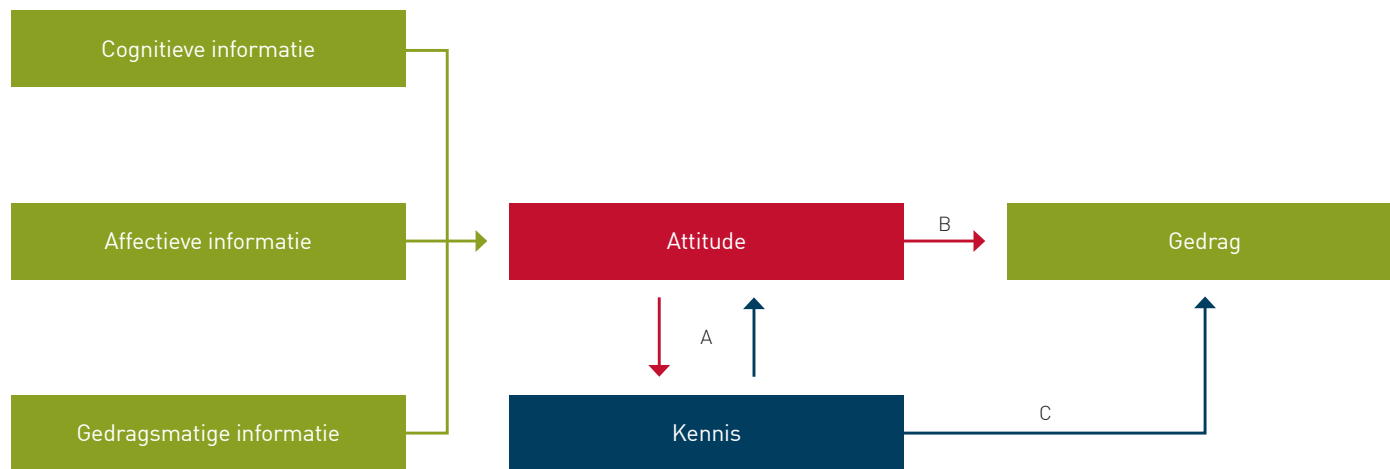
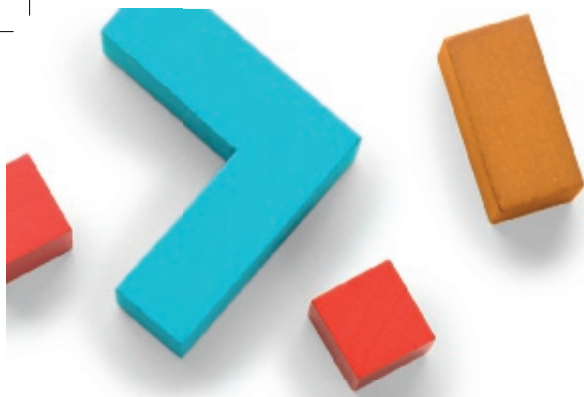
Misschien wel het belangrijkste dat door experts werd genoemd is het vermogen om

een leven lang te willen leren. Als verpleegkundigen moet je intrinsiek gemotiveerd zijn en blijven om de oudere patiënt/cliënt met complexe problematiek te kunnen begrijpen en doorgronden. Door deze motivatie voor het opdoen van (nieuwe) kennis wordt het handelen onderbouwd (evidence based practice) en volgt het niet enkel op basis van gewoonten. Reflectie is essentieel omdat het ons als verpleegkundige in staat stelt te leren van onze fouten. Het geeft inzicht in wat we al wel weten en kunnen en waar nog veel te leren en verbeteren valt. ►

KOP-Q

De Kennis over Oudere Patiënten – Quiz (KOP-Q) bestaat uit dertig juist/onjuist-vragen. Het duurt ongeveer tien minuten om de vragenlijst in te vullen. Bij elke kennisvraag hoort een zekerheidschaal die meet hoe zeker de participant is over zijn/haar kennis (op een schaal van 0-100 procent) en schetst hiermee een beeld van zelfinzicht/reflectie over de eigen kennis. Reflectie en inzicht op eigen kennis is door experts als erg belangrijk ervaren.

Kop-Q is ontwikkeld en gevalideerd om te gebruiken bij scholing en bij zorgverbeterprojecten, maar kan ook voor onderzoek worden gebruikt. De KOP-Q meet algemene kennis over de oudere patiënt: normale veroudering, signaleren van problemen, interventies en familie-interventies, allemaal in combinatie met verschillende geriatrische condities (Dikken, Hoogerduijn, Schuurmans, 2015). De KOP-Q is gevalideerd om kennis te meten bij verpleegkunde studenten, verpleegkundigen in het ziekenhuis en verpleegkundig specialisten (Dikken, Hoogerduijn, Kruitwagen, Schuurmans, 2016).



Figuur 1. Kennis en attitude in relatie tot gedrag

THEMA

Kennis

Nieuwe problemen en complicaties zijn vaak te voorkomen als zorgverleners tijdig passende preventieve zorg aanbieden. Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol als het gaat om inschatten van risico's, inzetten van preventieve zorg, vroegtijdig signaleren van problemen en inzetten van passende interventies. Ouderen zijn dus in belangrijke mate afhankelijk van verpleegkundige zorg als het gaat om voorkomen van problemen en zorggerelateerde complicaties tijdens een opname in het ziekenhuis en de eerstelijns. Goede verpleegkundige zorg kan alleen worden gegeven als verpleegkundigen kennis hebben van de (kwetsbare) oudere patiënt, zowel lichamelijk als psychisch, sociaal en emotioneel.

Gedrag

Zowel kennis als attitude zijn geassocieerd met gedrag dat verpleegkundigen laten zien in onder andere de zorg voor de oudere patiënt/cliënt. Kennis heeft een relatie met attitude, omdat wanneer relevant, nieuw vergaarde informatie iemand kan beïnvloeden in zijn haar overtuigingen, gedachten en opvattingen die hij of zij toeschrijft aan de oudere patiënt/cliënt [Figuur 1-a]. Maar kennis heeft ook direct invloed op getoond gedrag [Figuur 1-c].

Attitude kan worden geoperationaliseerd in drie onderdelen: de cognitieve informatie, affectieve informatie en gedragsmatige informatie. Cognitieve informatie omvat de overtuigingen, gedachten en eigenschappen die we aan het attitudeobject (de oudere patiënt/cliënt) toeschrijven. Denk bijvoorbeeld aan de overtuiging dat ouderen moeite

Leren leuk maken

Tot slot, leren hoeft niet alleen maar vanuit de boeken en literatuur plaats te vinden. Sterker nog, onderzoek toont aan dat juist het leren op de werkplek uitermate geschikt is en veel beter werkt. Bijvoorbeeld door collega's regelmatig te consulteren, feedback te vragen, en met elkaar kennis en ervaringen te laten uitwisselen. Bewust patiënten/cliënten verplegen die je moeilijk of lastig vindt, creëert ook een sterk leermoment. Vraag hierbij hulp van een collega met veel kennis en ervaring en doe het samen. Je kunt proberen om een dag mee te lopen met een andere professe om elkaars werk beter te begrijpen, dit geeft inzicht in wat de ander

doet en nodig heeft van jou als verpleegkundige en visa versa. Kortom, ga actief op zoek naar leermogelijkheden voor jezelf. Hiermee wordt het werk en de oudere zorgvrager leuk, spannend en uitdagend. Zet in op meer kennis, mooie ervaringsleermomenten en reflectie op vooroordelen en gedrag van jezelf en je collega's om te streven naar nog betere zorgverlening voor alle kwetsbare patiënten/cliënten die zo op de verpleegkundigen steunen.

Wil jij je eigen kennis meten over de oudere patiënt/cliënt en je score vergelijken met andere zorgverleners? Kijk dan op

www.kop-q.nl «



Jeroen Dikken

hebben met het begrijpen van technologie. Affectieve informatie omvat de gevoelens en emoties die je eraan koppelt. Je hartslag gaat bijvoorbeeld omhoog als je een patiënt/cliënt moet verzorgen die je lastig vindt. Gedragmatige informatie omvat gedrag en ervaringen uit het verleden in relatie tot het attitudeobject. Je neemt negatieve/positieve ervaringen bijvoorbeeld mee in de zorg naar patiënten/cliënten. Deze drie componenten hebben invloed op elkaar, door een negatieve ervaring kun je negatieve gedachten en vooroordelen krijgen, waarmee de spanning wordt opgebouwd als je zorg verleent in een soortgelijke situatie, waardoor je hartslag versnelt en het zweet je uitbreekt. De drie componenten bepalen uiteindelijk de attitude van verpleegkundigen ten opzichte van de oudere patiënt/cliënt, wat in ons geval het attitudeobject is. Attitude als geheel heeft op zijn beurt ook invloed op het kennisniveau [Figuur 1, a] en op het vertoonde gedrag [Figuur 1, b]. Om het nog ingewikkelder te maken bestaan er expliciete en impliciete attitudes. Expliciete attitudes zijn bewust gevormd, waardoor er makkelijk over te praten is. Mensen zijn zich goed bewust zijn van deze attitudes. Impliciete attitudes zijn vaak onbekend voor mensen, ze worden onbewust gevormd en daardoor niet altijd herkend, wat kan leiden tot frustratie als je erop wordt aangesproken, omdat je het niet herkent. Jij kunt bijvoorbeeld denken dat je goede zorg aan patiënten/cliënten verleent en aardig bent. Ineens spreekt een collega je erop aan dat je altijd een zorgvrager overslaat in de koffieronde, met de aanname dat je dit expres doet. Hier ontstaat frictie in expliciete en impliciete attitudes en daadwerkelijk geobserveerd gedrag. Dergelijke situaties kunnen helpen bij het onderkennen van impliciete attitudes.

Werken met ouderen, helemaal niet saai!

DIABETES MELLITUS BIJ KWETSBARE OUDEREN VRAAGT OM EEN SPECIALE BEHANDELING. GRAAG GRIJPEN WE DE KANS AAN DAAR EENS WAT OVER TE VERTELLEN. WE WETEN ALLEMAAL DAT DE GROEP OUDEREN STEEDS GROTER WORDT EN DAT DE VERWACHTING IS DAT IN 2040 ONGEVEER 12 PROCENT VAN DE BEVOLKING BOVEN DE 80 JAAR OUD IS. DIABETES IN DIE LAATSTE FASE VAN HET LEVEN ZORGT VOOR VEEL UITDAGINGEN EN DILEMMA'S. SAMEN MET ONS BEHANDELTEAM WERKEN WE AAN GOEDE MEDISCHE BEHANDELING, WAARBIJ DE CLIËNTEN EN HUN KWALITEIT VAN LEVEN ALTIJD CENTRAAL STAAN. DIT IS WAT ONS WERK IN DE OUDERENZORG JUIST OOK ZO MOOI MAAKT.

THEMA

ZO MIN MOGELIJK VERVELENDE CONTROLES

DOOR: **INGRID MANDERS**, VOORSCHRIJFBEVOEGD DIABETESVERPLEEGKUNDIGE BIJ BRABANTZORG, REGIOBESTUURSLID V&VN DIABETESZORG, V&VN GEREGEREERD MET AANDACHTSGBIED DIABETESZORG EN **SANDRA VAN LANKVELT**, VOORSCHRIJFBEVOEGD DIABETESVERPLEEGKUNDIGE BIJ BRABANTZORG, V&VN-GEREGEREERD MET AANDACHTSGBIED DIABETESZORG

► Kwetsbaarheid is geen aandoening, maar een optelsom van meerdere factoren zoals een hoge leeftijd, multimorbiditeit en een groter risico op functieverlies. Er zijn over het algemeen problemen op geestelijk, lichamelijk en sociaal gebied. Deze problemen versterken elkaar en kunnen zo de kwaliteit van leven fors beïnvloeden. Niet iedere 80-plusser is kwetsbaar en niet iedereen die kwetsbaar is hoeft per se een zeer hoge leeftijd te hebben. Het komt ook voor dat iemand die relatief jong is toch in een verpleeghuis woont. De patiënt is chronisch ziek na bijvoorbeeld een herseninfarct, waardoor de patiënt in een rolstoel zit en afasie heeft, er is geen mantelzorg. Door deze combinatie van factoren valt deze patiënt wel degelijk onder de kwetsbare groep ouderen. En natuurlijk wonen er ook steeds meer kwetsbare ouderen thuis.

Levensverwachting bepalend

Verenso, de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde, heeft in 2011 de 'multidisciplinaire richtlijn diabetes' opgesteld, specifiek bedoeld voor kwetsbare ouderen. De richtlijn onderbouwt waarom de behandeling van diabetes bij kwetsbare ouderen om een andere aanpak vraagt dan bij volwassenen. Zo is met name de levensverwachting bepalend voor het medisch beleid waardoor soepeler streefwaarden voor systolische bloeddruk en HbA1c worden aanbevolen.

De richtlijn geeft adviezen over aangepaste diabetesmedicatie ook voor de palliatieve en de terminale fase. Want bij de behandeling van kwetsbare patiënten dient men rekening te houden met allerlei factoren zoals: een beperkte levensverwachting, co-morbiditeit zoals hypertensie, CVA en hart- en vaatziekte, polyfarmacie, gevaar op valincidenten, en ook cognitieve stoornissen.

Ander streven

Het belangrijkste doel van de behandeling bij kwetsbare ouderen met diabetes mellitus is hypoglykemie voorkomen en geen klachten ondervinden van hyperglykemie. Dat is natuurlijk een heel ander streven dan bij de behandeling van diabetes mellitus bij kinderen en volwassenen. De nadruk ligt op kwaliteit van leven, dus: zo min mogelijk klachten, maar ook zo min mogelijk vervelende controles. Behandeling om complicaties op lange termijn te voorkomen is veel minder van belang, omdat die lange termijn er meestal

niet meer is. Maar, klachten van hypo- en hyperglykemie zijn voor deze patiënt natuurlijk net zo vervelend. En het lastige is dat de symptomen van hypo- of hyperglykemie zich heel anders manifesteren. Die verschijnselen zijn onder andere: incontinentie, desoriëntatie, verandering in persoonlijkheid en stemming, vallen en hallucinaties. Verschijnselen bij hyperglykemie kunnen zijn gewichtsverlies, cognitieve veranderingen zoals toenemende verwardheid en toenemende verschijnselen van dementie, vallen en toename van incontinentie.

Verder hebben kwetsbare ouderen met diabetes mellitus een verhoogd risico op depressie, verminderd cognitief (verstandelijke) functioneren en op vallen.

Bij vragen over bijvoorbeeld de richtlijnen of de behandeling, zijn wij altijd bereid om onze kennis te delen: diabetes.verpleegkundigen@brabantzorg.eu ◀

'Elke dag, zo fijn mogelijk!'

BrabantZorg is een organisatie bestaande uit 35 locaties waar zorg en huisvesting wordt geboden aan ongeveer tienduizend cliënten. Op dit moment verblijven er ruim vijfhonderd cliënten met diabetes mellitus binnen BrabantZorg waarbij de specialist ouderengeneeskunde de behandelaar is. Daarnaast is er een grote groep cliënten met diabetes mellitus die onder de zorg van de huisarts vallen.

Diabeteszorg is in al zijn facetten maatwerk. Met de kennis die voorhanden is maken we een op maat gemaakt behandel- en zorg- en leefplan waarbij diagnostiek, controles, behandeling, participatie en educatie aan bod komen. Dit behandelplan is multidisciplinair, ook de fysiotherapeut, logopediste, diëtiste en andere behandelaren werken hieraan mee. We richten ons op de kwaliteit van leven en streven voor onze cliënten naar 'Elke dag, zo fijn mogelijk!'

Niet meer naar het verpleeghuis ...

fotografie: Ben Vulkers

DIABETESZORG VOOR DE KWETSBAARSTE OUDEREN

DOOR: JANNEKE DE WAL, SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE I.O. KADERARTS EERSTE LIJN ZORGGROEP NOORDWEST-VELUWE

► Kwetsbare ouderen van 80+ hebben een beperkte levensverwachting. Dit betekent dat voorkómen van nefropathie, retinopathie en neuropathie via strakke instelling van de bloedglucosewaarden geen doel op zich meer is. In het algemeen neemt men aan dat de gunstige effecten van een strakke instelling op verminderen van microvasculaire complicaties na zes tot tien jaar optreden. Als er een gerede kans is dat je cliënt die tijd van leven niet meer heeft, dan is focus op kwaliteit van leven beter. Voor kwetsbare ouderen houden we daarom in Nederland hogere streefwaarden voor HbA1C aan: 69 mmol/mol (8,5%) indien de levensverwachting minder is dan vijf tot zes jaar [1].

De meest recente richtlijn-update voor Amerikaanse artsen adviseert om bij diabetes mellitus type 2 patiënten die een levensverwachting van minder dan tien jaar hebben helemaal geen HbA1C doel (meer) na te streven, maar alleen op het voorkómen van hyperglykemische klinische symptomen te letten [2]. Bij de diabetesbehandeling van kwetsbare ouderen wordt het voorkómen van hypoglykemie belangrijker geacht dan dat van hyperglykemie. Hypoglykemieën zijn bij kwetsbare ouderen met meer (korte termijn) morbiditeit en mortaliteit geassocieerd, zoals door vallen en neurologische verschijnselen.

Activiteit

Veel kwetsbare 80+ ouderen gaan in lichamelijke conditie geleidelijk achteruit, ze vallen af, hun spiermassa neemt af, mede doordat ze minder bewegen, of bijvoorbeeld omdat ze sarcopenie bij een chronische aandoening zoals COPD of artrose ontwikkelen. Door de veranderde verhouding vet-spiermassa verandert de glucose-insuline huishouding en kan geleidelijk een behoefte aan meer diabetesmedicatie ontstaan.

STEEDS LANGER BLIJVEN OUDEREN THUIS WONEN. IN DE THUISZORG WORDEN VERPLEEGKUNDIGEN HIERDOOR VAKER MET OUDEREN VAN TACHTIG PLUS (80+) GECONFRONTEERD DIE BOVENDIEN AAN MEERDERE CHRONISCHE ZIEKTEN LIJDEN, WAARONDER DIABETES MELLITUS. VAN OUDSHER WAS DIT DE POPULATIE DIE IN EEN VERPLEEGHUIS WERD OPGENOMEN. IN DIT ARTIKEL GEEF IK VOOR DE ZORG AAN DEZE KWETSBARE GROEP WAT TIPS VANUIT DE VERPLEEGHUISPRAKTIJK.

Vanzelfsprekend is de beste 'behandeling' die waarbij de veranderingen zoveel mogelijk worden voorkomen: stimuleer de ouderen te bewegen. Het beste kan dit natuurlijk door ouderen bij allerlei huis-houdelijke en sociale activiteiten betrokken te houden. Of door gerichte beweegprogramma's. Of anders is er 'Nederland Beweegt' op televisie.

Ranja

Ouderen en jongere verzorgenden zijn niet altijd goed thuis in de voedingswaarde van producten, waardoor adviezen die de praktijkondersteuner diabeteszorg, de diëtiste of de wijkverpleegkundige geven, niet goed worden geïmplementeerd. Zo wordt ouderen halfvolle chocolademelk aangeboden, in de gedachte dat daar maar weinig suiker in zit. Of krijgen ouderen 'fruit' van lieve mantelzorgers in de vorm van een commercieel aangezoet fruitsapje. Vier of vijf suikerklontjes per glas zijn dan zo naar binnen gewerkt. Omgekeerd haalt men een 'ranja' of vergelijkbaar product in huis van de light variant en zet dit in de koelkast in geval de oudere een hypoglykemie krijgt ...met zoetstof krijg je de glucosewaarden niet omhoog. Het is dus zinvol om van tijd tot tijd de voorraadkast en koelkast even in te zien en niet alleen de oudere zelf, maar ook de mantelzorg en andere personen in de omgeving van de oudere diabetespatiënt van tijd tot tijd even te herinneren aan wat basisregels voor diabeteszorg. Door relatieve voedingstekorten kunnen ook verstoringen in het glucosemetabolisme ontstaan. Zo kan een tekort aan kalium leiden tot hogere bloedglucosespiegels. Voedingsmiddelen die veel kalium bevatten zijn bijvoorbeeld bananen, aardappelen, tomaten, sommige peulvruchten. Wanneer ouderen – al dan niet met kauw- of slikproblemen – overstappen van een gevarieerd standaard dieet op met

name pap eten kan een tekort ontstaan, zeker wanneer ze ook nog (niet-kaliumsparende) diuretica gebruiken.

'Acht voor de nacht' is iets dat een beetje is weggezakt. Veel ouderen nuttigen hun laatste reguliere maaltijd van 1 of 2 boterhammen om een uur of vijf 's middags en gaan pas naar bed nadat het late nieuws is geweest. Dan kan de bloedsuiker al weer behoorlijk gezakt zijn. Herhaal het advies om kort voor het slapen gaan nog eens een plak koek of andere langwerkende koolhydraten te nemen, of laat iets klaarleggen door de avondzorg. Zo kun je helpen nachtelijke hypo's te voorkomen en de cognitie van de oudere wat langer op peil houden. Een hypo-hyperkaartje aan het prikbord of op de koelkast gemonteerd is een aanrader. Veel mantelzorgers (en de patiënt zelf, die wellicht vergeetachtig wordt) halen de symptomen door elkaar, of vergeten wat ze in welke acute situatie moeten doen. Schrijf je instructies erbij op het kaartje!

Wekkersysteem

Oudere diabetespatiënten kunnen met steeds meer geheugenlacunes van doen krijgen. Dit kan het voeding- en vochtpatroon en de medicatie-inname negatief beïnvloeden. Trucjes zoals een Baxterrol in combinatie met een datumklok, zodat de oudere toch zelf kan nagaan of hij/zij de medicatie heeft ingenomen, kunnen een tijdje helpen. Een wekkersysteem om de oudere er juist aan te herinneren de medicatie in te nemen, is ook handig. Voor patiënten die zelf insulines spuiten moet je bij de kaart waarop staat op welke plek ze spuiten duidelijk de weekdag en eventueel het tijdstip aangeven, weer in combinatie met de datumklok. Stickers met datum en tijd op voorbereide maaltijden kunnen ook goed met een datumklok worden ►

gecombineerd, zodat minder maaltijden worden vergeten. Sommige ouderen gebruiken van oudsher een paar glaasjes wijn voor de maaltijd; maar als men vergeet hoeveel er in 0.75 l fles zat toen men begon ... Laat voor kleine flesjes zorgen, mogelijk voorkom je zo een hypoglykemie. Let er bij ouderen op dat je tijdig de instructie om pas bij het eten, of liever nadat er gegeten is, de kortwerkende of mixinsuline te spuiten. Deel dit ook met de mantelzorgers, die gewend zijn dat hun familielid vroeger voor de maaltijd spoot. Regelmatige controle van de kwaliteit van de spuittechniek is aan te bevelen. Bij geheugenproblemen gaat men terug in de tijd en vergeet men de nieuwste technieken het eerst. Dit geldt ook wanneer de patiënt bij het spuiten door anderen (mantelzorgers of professionele medewerkers) wordt geholpen die lang niet allemaal de techniek van spuiten met de moderne veilige naalden onder de knie hebben. Bij kwetsbare mensen met diabetes is het van belang om aan onregelde bloedsuikerwaarden als oorzaak van veranderd (probleem)gedrag of handelen te denken. Een (langdurige) hypoglykemie kan een val veroorzaken, of op een CVA lijken en een hyperglykemie kan agressieve uitingen geven en hoeft geen complicatie van dementie te zijn. Licht de omgeving van de patiënt hierover in.

Troost-lekkers

Bij de keuze van medicamenten ter behandeling van diabetes mellitus bij kwetsbare ouderen is het zinvol er regelmatig bij stil te staan of de situatie van de cliënt is veranderd. Is de nierfunctie van de patiënt afgenomen? Zou een vermindering of staken van metformine aan te bevelen zijn?

Bij geleidelijk afvallen zien we in het verpleeghuis regelmatig dat alle anti-diabetica geleidelijk kunnen worden afgebouwd zonder dat er hyperglykemische klachten ontstaan. Omgekeerd komt het ook voor dat bezoekende familieleden zoveel troost-lekkers achterlaten dat de patiënt in gewicht toeneemt en lastig instelbaar lijkt. Is het risico op langdurige hypoglykemieën te verminderen door omzetting van langwerkende sulfonylureumderivaten in kortwerkende? Stel jezelf de vraag of het je zou verbazen of deze oudere binnen afzienbare tijd zou komen te overlijden. Als het antwoord is dat je inderdaad niet gek op zou kijken wanneer deze oudere binnen een tot twee jaar zou overlijden, dan is het zaak te bekijken of de medicatie niet (nog verder) zou moeten worden aangepast. Dat betekent dat er wellicht wat 'vanaf kan': alleen metformine SU-derivaat meer? Moet het insulinebij-

suitschema wat losser worden afgesproken, of kan het zelfs beter helemaal vervallen? Ook is herbezinnen op controle op de medicatie-effectcontrole aan te bevelen. Kan deze patiënt met wat minder bloedsuikerbepalingen toe? Of moet de verpleegkundige bij de oudere thuis gaan checken?

Heroverwegen

Vergeet niet ook regelmatig naar de comediatie voor andere aandoeningen te kijken. Ouderen die bijvoorbeeld hydrochloorthiazide krijgen vanwege hypertensie, hartfalen of oedeem zouden kunnen worden overgezet naar een andere categorie geneesmiddelen. Deze thiazides geven verhoging van bloedglucosewaarden, mogelijk via hun effect op de kaliumhuishouding. Patiënten die 'atypische' anti-psychotica gebruiken kunnen (verergering van) diabetes krijgen door deze middelen. Wellicht is er een mogelijkheid deze middelen weer te verminderen of te stoppen? In lijn met het diabetes mellitus en cardiovasculair risicoprotocol worden patiënten die op jongere leeftijd diabetes mellitus ontwikkelen op medicatie gezet, zoals statines (tegen hoog cholesterol) en ACE-remmers (hartversterking, tegen hoge bloeddruk). Als deze patiënten kwetsbaar

Plezierig bewegen

DOOR: MONIQUE BOLDER, DIËTIST
BIJ THUISZORG VÉRIAN IN APELDOORN,
REDACTIELID DIABETES PRO

**VOOR OUDEREN MET DIABETES MELLITUS
TYPE 2 IS HET ALLERMINST VANZELFSPREKEND
OM TE BEWEGEN. ONBEKENDHEID MET
DE DIVERSE VORMEN VAN SPORT EN BEWEGEN
EN DE EIGEN FYSIEKE MOGELIJKHEDEN
EN BEPERKINGEN SPELEN VAAK EEN ROL.
DE OUDEREN HEBBEN VAAK DESKUNDIGE
BEGELEIDING NODIG OM ZELFVERTROUWEN
IN EIGEN KUNNEN TE ONTWIKKELEN EN OM
PLEZIER IN REGELMATIG BEWEGEN TE ERVAREN.**

► 'Beginnen met bewegen kan zeer lastig zijn', ervaart ook Anita Wesselink, fysiotherapeut bij De Boombosch in Twello. 'Het vraagt inzicht van de behandelaar en moed van de mens met diabetes mellitus om oude patronen los te laten en te zoeken naar nieuwe leefvormen waarin beweging opgenomen kan worden. Plezier in bewegen is een van de belangrijkste drijfveren voor het blijven bewegen op langere termijn.'

**VOLDOENDE SPIERMASSA
MAAKT MENSEN SIMPELWEG
ZELFVERZEKERDER.**

Spiermassa

Belangrijke voorwaarden voor veilig sporten en bewegen zijn verder: zelfcontrole kunnen toepassen, hypoglykemieherkenning en -preventie. Zorgverleners dienden bij het geven van adviezen rekening te houden met comorbiditeit en complicaties. Anita: 'In de praktijk merk ik dat vooral oudere mensen met diabetes steeds vaker atrofie ontwikkelen. Naarmate de spiermassa afneemt worden ze banger. Banger dat ze vallen of dat ze iets niet kunnen omdat ze er de kracht niet voor hebben. Deze angst is een ernstig invaliderende factor. Uit angst om te vallen worden veel sociale activiteiten afgeslagen. Voldoende spiermassa maakt mensen simpelweg zelfverzekerder.'

zijn geworden en de arts de levensverwachting beperkt inschat, dan is het zinvol te heroverwegen of deze medicatie gecontinueerd moet worden, zeker wanneer de betrokkene geen hartinfarct of beroerte heeft doorgemaakt. Hoge bloeddruk of hoog cholesterol zijn situaties die in de loop van het leven niet statisch zijn, de waarden kunnen geleidelijk richting normaal zakken; een andere reden dus om de bijkomende medicatie van diabetespatiënten te herzien. Ook controle van wat via de drogist wordt ingekocht, is nodig. Het gebruik van zogenaamde NSAID-pijnstillers kan beter worden afgeraden, zeker aan diabetespatiënten met een verminderde nierfunctie.

Er zijn ook medicijnen die moeten worden aangepast als de oudere patiënt met diabetes een acute ziekte-episode doormaakt. Niet alleen de oorzaak van deze ziekte-episode maar ook de gevolgen voor de te geven dosis van insulines en orale diabetesmedicatie en die van bijvoorbeeld plaspillen moeten worden geïnventariseerd. De kwetsbare oudere is bij minder vochtinname, koorts of diarree, en bij braken minder goed in staat om zelf bijstellingen te doen. Ga als verpleegkundige na, of de informatie wat te doen in bijzondere situa-

ties, breder gedeeld moet worden, ook met de mantelzorgers en de thuiszorgprofessionals. Geef aan wie men kan bellen als men er zelf niet uitkomt en zorg dat er instructies zijn voor wat te doen buiten kantooruren.

In het kort

Al met al komt het erop neer dat naarmate de oudere patiënt met diabetes kwetsbaarder wordt, de verpleegkundige nog meer voor de patiënt kan betekenen. Vooral door deze goed te kennen en veranderingen in zijn toestand en omgeving(situatie) tijdig op te merken en daarop in te spelen. Wat een mooi vak!

Literatuur ►►

- (1) *Multidisciplinaire Richtlijn Diabetes - Verantwoorde Diabeteszorg bij kwetsbare ouderen thuis en in verzorgings- of verpleeghuizen. Verenso richtlijn.* https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/VER_Richtlijn_Diabetes_Deel1_2011_web.pdf
- (2) *HemoglobinA1c Targets for Glycemic Control With Pharmacologic Therapy for Nonpregnant Adults With Type 2 Diabetes Mellitus: A Guidance Statement Update From the American College of Physicians.* Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Timothy J. Wilt, MD, MPH; Devan Kansagara, MD, MCR; Carrie Horwitch, MD, MPH; Michael J. Barry, MD; and Mary Ann Forciea, MD; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann. Intern. Med.* 2018;168:569-576. doi:10.7326/M17-0939 ◀◀

Brandstof

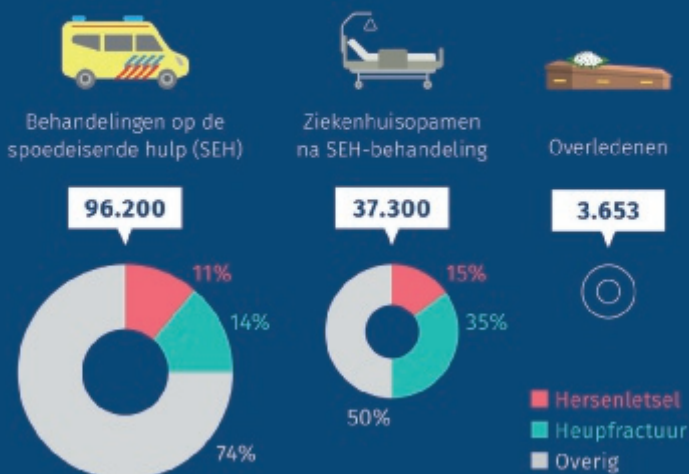
Je spiermassa heeft ook invloed op je suikstofwisseling. Spieren zijn in staat om glucose op te slaan als glycogeen. Wanneer je dan je spiermassa moet of wilt gebruiken, heb je hiervoor lokaal de brandstof en hoef je niet meteen elders glucose weg te halen of aan te maken. Bovendien komt insulineresistentie vaker voor wanneer de spiermassa afneemt. De combinatie van een activeringsprogramma, goede samenwerking met de praktijkondersteuner en een diëtist werkt goed; ouderen met diabetes krijgen weer meer zelfvertrouwen en plezier in bewegen. Binnen de fysiotherapie zijn hiervoor specifieke beweegprogramma's ontwikkeld. ◀

Vallen

DE ERNST VAN HET PROBLEEM ROND VALLLEN BIJ OUDEREN BLIJKT UIT HET GROTE AANTAL DODEN, ZIEKENHUISOPNAMEN, SPOEDEISENDE HULP-BEHANDELINGEN (SEH) EN DE HOGE DIRECTE MEDISCHE KOSTEN. VALONGEVALLLEN ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE OORZAAK VAN LETSEL DOOR EEN ONGEVAL BIJ OUDEREN.

► De komende jaren vergrijsst Nederland verder. Een prognose tot 2030, gebaseerd op leeftijd- en geslachts-specifieke incidenten van 2016, laat zien dat het aantal ziekenhuisopnamen (na SEH-bezoek) met 50 procent zal stijgen tot 56.000 en het aantal SEH-bezoeken met 46 procent zal stijgen tot 141.000. (Bron: veiligheid.nl) ◀

Letsel door valongevallen 65+ in 2016



Bron: Letsel Informatie Systeem 2016, VeiligheidNL; Doordoorzekerheidsboek 2015 (mccsbestand); Centraal Bureau voor de Statistiek

THEMA



INSULINEPOMP VOOR SENIOREN?

Prijsplakker alleen is slechte raadgever

fotografie: Ben Vulkers

THEMA

DOOR: HAROLD DE VALK,
INTERNIST-ENDOCRINOLOOG IN UMC UTRECHT,
REDACTIELID DIABETES PRO

DE BEHANDELING VAN DIABETES BIJ OUDERE PATIËNTEN (LOSJES GEDEFINIEERD ALS OUDER DAN 65 JAAR), WORDT MET DE TOENAME VAN DE GEMIDDELDE LEEFTIJD EN HET STEEDS EFFECTIEVER WORDEN VAN DE BEHANDELINGEN, EEN OPKOMEND ISSUE. ER KOMEN STEEDS MEER SENIOREN EN SUPERSENIOREN DIE NOG EEN ACTIEVE LEEFSTIJL HEBBEN EN DE 80 AL GEPASSEERD ZIJN. HOE GEVEN WE DE BEHANDELING VORM ZONDER HEN HET IDEE TE GEVEN DAT HET ER QUA PROGNOSE NIET MEER ZO TOEDOET.

► Moeten we iemand op oudere leeftijd van de pomp halen, preluderend op de aanwezigheid van subtiele (of minder subtiele) tekenen van het cognitieve achteruitgaan? Moeten we iemand na het 70e levensjaar nog wel voorstellen over een insulinepomp na te denken als mogelijkheid om de glucoseregulatie te verbeteren? En welke redenen zouden er kunnen zijn om een insulinepomp te starten of te continueren als het feestgedruis van de 70e verjaardag is verstomd? Bij de bespreking

van deze issues maken we onderscheid tussen 'continueren van een pompbehandeling' en 'starten met een pompbehandeling'.

Wie wil wat?

De patiënt zelf moet de sleutelfiguur zijn. Wat wil hij of zij eigenlijk? Wat zijn de wensen of problemen? En wanneer het om een pomp gaat: lost de pomp het probleem van deze patiënt op? Is het iets wat iemand zelf wil of is er een wens uit de (familie) omgeving die het beste met de senior voor-



WIE KENT HEM NIET? DE VROLIJKE 80-JARIGE BAAS MET SINDE 55 JAAR EEN TYPE DIABETES EN MET EEN MESSSCHERP HBA1C EN EEN POMP WAAR HIJ ECHT, ÉCHT, NIET VANAF WIL.

hypoglykemie (en de gevolgen daarvan) toenemen met de duur van de ziekte en dus ook met de leeftijd. Met de toenemende kwaliteit van de zorg komen er steeds meer senioren met een hele lange ziekteduur. Met toenemen van de leeftijd is de tegenregulatie vertraagd en treedt pas op bij lagere waarden. Dit betekent dat het risico op hypoglykemie en daardoor bijvoorbeeld fracturen of hoofdletsel toeneemt. En zijn we niet te terughoudend bij hen met het opperen van pompbehandeling? Bijvoorbeeld omdat er cognitieve functie (gedacht wordt te) zijn of dat de handvaardigheid onvoldoende zou zijn of sowieso een terughoudendheid. Zij onderzochten retrospectief alle patiënten die in de afgelopen 10 jaren een pomp hadden gekregen (360 personen) in het King's College Hospital in Londen. Van deze 360 patiënten waren er 34 ouder dan 60 jaar (9.4 procent). De gemiddelde leeftijd was 65 jaar, de oudste patiënt was 77 jaar. Diabetes type 1 was de diagnose bij 31 van de 34 patiënten, 3 hadden een LADA (ook diabetes type 1, debuteert na het 35e levensjaar) of diabetes type 2. De gemiddelde duur van de diabetes was 34 jaar. Belangrijk om te weten is wat de reden van de pomp is geweest. Invaliderende, ernstige hypoglykemie kwam het meest voor (65 procent van de patiënten), ernstige hyperglycemie bij 30 procent en anderen redenen bij 5 procent. De gemiddelde HbA1c-waarde was na 1 jaar significant gedaald van gemiddeld 67 mmol/mol naar 62 mmol/mol. Gelijk aan de daling bij de 326 patiënten jonger dan 60 jaar. Ook de hypo awareness nam significant toe. Niemand is van de pomp afgegaan. Het is belangrijk om naar het effect van de pomp in beide indicaties apart te kijken. Bij invaliderende hypoglykemie nam het HbA1c niet toe, de frequentie van ernstige hypoglykemie nam significant af van 1 per jaar naar 0 per jaar. Bij ernstige, persistente hyperglycemie daalde de HbA1c-waarde significant van 80 naar 69 mmol/mol. Al met al laten deze gegevens zien dat vergelijkbare patiënten best in aanmerking mogen komen voor een pomp. Wat de ernstige hypoglykemie en hypoglykemie unawareness betreft: zou de HbA1c-waarde laag geweest zijn, dan was de oplossing simpel geweest: laat de regulatie wat vieren. Maar de HbA1c-waarde was hoog en waarschijnlijk

een teken van ernstige ontregeling en waarschijnlijk grote glucose variabiliteit.

Insulinepomp bij type 2

Een insulinepomp kan ook worden ingezet bij patiënten met diabetes type 2, zij het dat het ongebruikelijk is. De vraag is of de terughoudendheid terecht is. Pompbehandeling bij diabetes type 2 is ook niet 1-2-3 hetzelfde als bij diabetes type 1 en soms kan met een eenvoudiger schema uitgekomen worden. De OpT2imise-studie is daar een mooi voorbeeld van [2]. In de OpTimise-studie werden slecht geregleerde patiënten op een 4dd-schema gerandomiseerd tussen insulinepomp met een simpel infusieschema (Getting2Goal (G2G)) en doorgaan met het 4dd schema. Deze patiëntengroep moest wel een hoge insulinebehoefte hebben (door overgewicht-gerelateerde hoge insulineresistentie), een smartphone kunnen bedienen. Het G2G-schema zag er als volgt uit: 1 basale stand (50 procent van de totale dagdosis) en drie gelijke bolussen bij elke maaltijd, ongeacht de samenstelling (bij elkaar ook 50 procent van de dagdosis). De gemiddelde leeftijd was 56 jaar zodat een kleine helft van de deelnemers tot de seniore patiënten behoorden. De HbA1c-waarde daalde in 6 maanden van 75 naar 63 mmol/mol, bij patiënten die het MDI-schema continueerden, daalde de HbA1c-waarde van 75 naar 71 mmol/mol, een significant verschil [Figuur 1]. Met de pomp was de totale insulinedosis lager; geen toename van de hypo's maar wel enige gewichtstoename. De resultaten na een jaar waren gelijk aan die na 6 maanden [3]. Deze methode werkte even goed bij patiënten met een niet helemaal optimale neuropsychologische testresultaten. In Nederland werd een real-life, observationele studie bedacht, waarbij het effect van dit pompschema te meten bij een vergelijkbare groep patiënten. Onder auspiciën van de stichting BIDON en met het UMC Utrecht als coördinerend centrum. Dertig ziekenhuizen namen deel. Real life betekent in dit geval dat het eigen diabetesteam de behandeling geheel uitvoert en er geen strikte trial-structuur is. De laatste patiënten zijn in de herfst klaar, de resultaten worden in januari 2019 verwacht. ►

heeft? Iets wat hij of zij stilletjes of minder stilletjes niet ziet zitten? De inzichten van het diabetesteam zijn belangrijk, maar moeten op meer gebaseerd zijn dan een sentiment of een aanname van geschiktheid. We praten hier over senioren die nog zelfstandig wonen en voor zichzelf zorgen en niet in verpleeghuizen of andere zorginstellingen opgenomen patiënten. Daar liggen de argumenten soms weer heel anders.

Zou een pomp wat voor u zijn?

Hoe zijn de ervaringen van starten met een insulinepomp bij senioren? Er is een fraaie studie van 'Yeoh et al.' die de resultaten van pompbehandeling bij senioren heeft onderzocht en vergeleken met ervaringen bij patiënten onder de 60 jaar [1]. De achtergrond van deze studie was dat het risico van hypo unawareness en op ernstige



Gaan we door?

Wie kent hem niet? De vrolijke 80-jarige baas met sinds 55 jaar een type diabetes en met een messscherp HbA1c en een pomp waar hij echt, écht, niet vanaf wil. Hij begrijpt niet waarom u zich zo sappel maakt. Hij heeft toch al jaren geen ernstige hypo's meer gehad? Wat zou u kunnen doen? U ziet hem al met fiets en al in de sloot verdwijnen of stennis maken bij de bakker wanneer hij een hypo heeft. De wens voor scherpe regulatie kan mede het gevolg zijn van steeds horen hoe belangrijk een goed HbA1c is en zich daarmee ook vereenzelvigen. Zodanig dat het onuitwisbaar geworden is. Het langzaam, stapje voor stapje verlagen van de insulinedosis op de weg voorwaarts zou een optie zijn, maar of hij dat wil? Andere opties dan de pomp hebben ook nadelen:

- ▶ 4dd schema: lang niet makkelijk, misschien worden doses vergeten? Spuit hij altijd goed? Op verschillende plaatsen? Misschien neemt de kans op hypo's juist wel toe.
- ▶ 2dd schema: hier zal de regulatie slechter van worden met stijging van de HbA1c-waarde. Het kan voelen alsof het (en hij) er allemaal niet meer zo toedoet. En misschien nemen bij een grilligere regulatie de hypokansen wel toe.

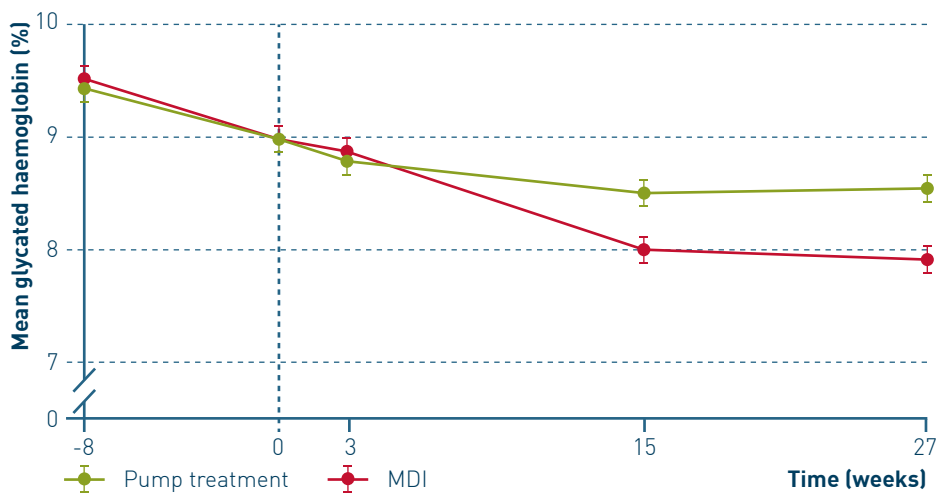
En hoe is de compliance met het schema? Wat met misschien subtiele cognitieve stoornissen een ding kan worden. Gezien de variabiliteit, zeker alleen al door de noodzaak van het oplossen van de insuline in vloeistof en het schudden van de spuit voor het injecteren (wat snel vergeten wordt of te kort gedaan), is NPH compleet de verkeerde keuze. Eerder een moderne ultra-langwerkende insuline met bewezen mogelijkheid een vergeten injectie veilig in te halen. Wat moeten we doen? Het woord is aan u.

Een andere vraag is wat we moeten doen met een patiënt die het eigenlijk wel goed doet met de pomp en maar ouder en ouder wordt. We bezien hem of haar met enige argwaan of het allemaal goed gaat. Wat moeten we doen? Wanneer zouden we de patiënt adviseren de pompbehandeling te stoppen? Als de patiënt het evident niet meer kan, maar is het dan niet te laat? Het woord is aan u.

Weer een andere vraag is wat we moeten doen wanneer de regulatie met pomp al langere tijd niet goed is: halen we de patiënt van de pomp? De nadelen van weer gaan spuiten is eerder beschreven. Misschien moeten we, ook bij de patiënt met diabetes type 1, voor een simpeler pompschema moeten gaan. Wie weet wordt de compliance groter en de regulatie beter. Wat moeten we doen? Het woord is aan u.

Kosten

Een laatste woord over 'de kosten'. Insulinepompbehandeling heeft natuurlijk een prijs. Een prijs wat betreft intensivering van de behandeling die meestal meer van de patiënten vraagt dan voorheen op MDI en misschien ook in de meetfrequentie van de bloedsuikers. Maar het gaat niet alleen om de kosten, het gaat om de kosteneffectiviteit. Wat kost het (de kosten) en wat levert het op aan effectiviteit (de baten)? De kosten zijn natuurlijk de pomp en toebehoren en de meetmaterialen in combinatie met de kosten van de benodigde extra personele inzet.



Figuur 1: Verloop van de HbA1c-waarde in OpTimise-studie.

De baten hangen af van de omstandigheden van de patiënt en de reden om naar de pomp te gaan. Bij ernstige hyperglycemie kan een verbetering van algemeen welbevinden zijn of van het neuropsychologisch functioneren. In hoeverre het zou bijdragen aan het voorkomen bij langere diabetesduur is de vraag. Wanneer het om invaliderende hypoglykemieën gaat, ligt de zaak makkelijker. Een ernstige hypoglykemie op leeftijd zal al snel tot een opname leiden. Wanneer de ernstige hypoglykemie ook nog heeft geleid tot een val, komt daar een neurologische en traumascreening bij. Dit zijn ernstige kosten. Dit kan nog erger worden als de ernstige hypo geleid heeft tot een fractuur. Op de hogere leeftijd is de kans op een fractuur weer groter door osteoporose en misschien verminderd protectief handelen. In deze situaties kan een pompbehandeling geld besparen in plaats van geld kosten. Kosten van behandeling is iets anders dan wat op de prijsplakker staat. En dat geldt voor alle (diabetes)behandelingen.

Samenvattend

Diabetesbehandeling bij senior-patiënten is een lastige koe, die wel bij de horens gevat moet worden. Een negativistische benadering is a priori niet juist; misschien onthouden we daardoor iemand een voor hem uitermate geschikte behandeling. Zeker in combinatie met goede (diabetes)zelfzorg. Er zijn a priori geen redenen om iemand geen pomp te geven behalve als er evidente - en liefst onderzochte en onderbouwde - forse cognitieve, emotionele en/of gedragsproblemen zijn. Het effect blijkt niet te verschillen van het effect bij groepen van jongere patiënten. Pompbehandeling met een simpel schema kan heel goed werken bij onvoldoende gereguleerde senior-patiënten met diabetes type 2 en een hoge insulinebehoefte. Wat te doen bij een patiënt met pomp waarbij er twijfels zijn of dit nog wel zo'n goed idee is? Wat is de mening van de patiënt, wat is de mening van het team en waarom? En als er gerede gronden zijn om te de-escaleren welk schema doen we dan? Antwoorden moeten per patiënt en per team gevonden worden. En tenslotte, pomptherapie geeft ook veel kosten bij deze patiëntengroep. Maar het gaat niet om de kosten maar om de kosteneffectiviteit: wat zijn de kosten, wat zijn de baten. Helaas zijn die laatste op een langere termijn inzichtelijk te krijgen dan de kosten. Maar de prijsplakker alleen is een slechte raadgever.

Referenties ▶▶▶

(1) Seoh E, Beato-Vebora P, Rogers H et al. Efficacy of insulin pump therapy in the elderly. *Diabetes Technol Ther* 2015; 17: DOI: 10.1089/dia.2014.0360.

(2) Reznik Y, Cohen O, Aronson R et al. Insulin pump treatment compared with multiple daily injections for treatment of type 2 diabetes [OpT2mise]: a randomized open-label controlled trial. *Lancet* 2014; 384: 1265-72.

(3) Aronson R, Reznik Y, Conget I et al. Sustained efficacy of insulin pump therapy compared with multiple daily injections in type 2 diabetes: 12-month data from the OpT2mise randomized trial. *Diabetes Obes Metab* 2016; 18: 500-7. ◀◀

Behandelen, behouden of berusten?

INDIVIDUELE BENADERING VAN OUDERE PATIËNTEN MET DIABETES TYPE 2

DOOR: ROELF HOLTROP, HUISARTS, ADVISEUR DIABETES VOOR DE ZORGGROEP MEDICMUS, NOORD-WEST VELUWE, REDACTIELID DIABETES PRO

DIABETES TYPE 2 IS NOG STEEDS BIJ UITSTEK EEN ZIEKTE VAN DE OUDERE LEEFTIJD. EPIDEMIOLOGISCH VERTAALD: BIJ CIRCA 17 PROCENT VAN DE 65-JARIGEN IS SPRAKE VAN DIABETES TYPE 2. DIT PERCENTAGE STIJGT MET TOENEMENDE LEEFTIJD TOT UITEINDELIJK 20 PROCENT VAN DE MENSEN VAN TACHTIG JAAR EN OUDER. BIJ BEHANDELING VAN DIE OUDEREN SPELEN AFWEGINGEN EEN ROL DIE SAMENHANGEN MET SPECIFIEKE KENMERKEN VAN DEZE SUBPOPULATIE.

► Een van de belangrijkste behandelingsvragen is: hoeveel rendement heeft de strikte glykemische instelling voor een specifieke individuele oudere diabetespatiënt? Deze vraag moet worden beantwoord vanuit het perspectief van deze patiënt met zijn comorbiditeit, de ziekte-duur voor diabetes, de aanwezigheid van diabetesgerelateerde complicaties, de discrepantie tussen zijn of haar kalenderleeftijd en biologische leeftijd en de daarmee samenhangende levensverwachting. Ook zal rekening gehouden moeten worden met de kwetsbaarheid voor hypoglykemie. Bij het inzetten van bloedglucoseverlagende medicatie dient men zich te realiseren dat de meeste geneesmiddelen in onderzoek niet specifiek op ouderen zijn getest, omdat zij meestal geëxcludeerd worden op grond van leeftijd en aanwezige comorbiditeit. In dit artikel nemen we vanuit bovenstaande geformuleerde aandachtspunten de oudere patiënt met diabetes type 2 onder de loep. Hierbij focussen we ons op de kwetsbare hoogbejaarde met diabetes mellitus. Voor deze subgroep is in 2011 ook een Verenso-richtlijn over diabeteszorg ontwikkeld [1,2,3].

Veroudering

Het ontstaan van diabetes type 2 heeft direct effect op de resterende levensverwachting. De resterende levensverwachting voor mensen met diabetes op 45-jarige leeftijd wordt geschat op 25 jaar voor mannen en 27 jaar voor vrouwen. Dit is respectievelijk 9 en 11 jaar korter dan voor mannen en vrouwen zonder diabetes.

Op 65-jarige leeftijd is de resterende levensverwachting bij diabetes respectievelijk 13 en 14 jaar, wat respectievelijk 4 en 6 jaar korter is dan voor mannen en vrouwen zonder diabetes (Poortvliet et al, 2007). Diabetes type 2 draagt in belangrijke mate bij tot macro- en microvasculaire veroudering, waarbij naast hyperglykemie ook met diabetesgeassocieerde dyslipidemie en hypertensie bijdragen.

Comorbiditeit

Niet zelden spelen bij ouderen ook factoren als COPD, een oncologische aandoening of psychiatrische/ neurologische problematiek een rol. Daarnaast kan sprake zijn van comorbiditeit door diabetesgeassocieerde complicaties. Vaak is er hierdoor bij oudere diabetespatiënten sprake van polyfarmacie. Deze patiëntengroep gebruikt vaak een of meerdere bloeddrukverlagende middelen, soms ook bloedverdunners en niet zelden een of meer bloedglucoseverlagende middelen. Het aantal geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames is tussen 2008 en 2013 gestegen van ruim 50.000 in 2008 naar ruim 65.000 in 2013. Het aantal potentieel vermijdbare opnames daaronder steeg van ruim 21.500 tot bijna 27.500. Vermijdbare ziekenhuisopnames kwamen bij patiënten van 65 jaar en ouder vier keer vaker voor dan bij patiënten tussen de 18 en 65 jaar. Ongeveer 30-45 procent van de 65-plussers (zo'n 750.000 tot 1 miljoen mensen) gebruikt 5 of meer verschillende geneesmiddelen. Voor bijna 20 procent van de 75-plussers loopt dit aantal op tot

meer dan 9. Dat komt neer op ongeveer 200.000 mensen. Er kan bij dergelijke polyfarmacie sprake zijn van over- maar ook van onderhandeling. Van de vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames onder mensen van 65 jaar en ouder is 5,7 procent te wijten aan bloedglucoseverlagende geneesmiddelen (met name SU-derivaten, maar ook insulines) [4]. Het is aan te bevelen om oudere patiënten met comorbiditeit en polyfarmacie in een gestructureerd polyfarmacieoverleg te bespreken met de apotheker. Hier kan gekeken worden naar compliance, bijwerkingen, interactie met andere geneesmiddelen of benodigde aanpassing in dosering van medicatie in verband met de nierfunctie. Ook kan aan de hand van individueel geformuleerde streefwaarden voor diabetesbehandeling worden beoordeeld of sprake is van overbehandeling.

Cognitieve functiestoornissen vormen een belangrijke comorbiditeit bij kwetsbare ouderen met diabetes type 2. Hierbij geldt dat wisselende glykemische instelling en cognitieve stoornissen elkaar over en weer ongunstig beïnvloeden. Ondanks dit lieten 'Khachadurian et al' zien hoe bij patiënten met diabetes type 2 ouder dan 70 jaar met een HbA1c < 53 mmol/L (17,6 procent van de onderzochte populatie) bloedglucoseverlagende medicatie werd verminderd en dat deze interventie een HbA1c-stijging tot een aanvaardbare waarde tot gevolg had [5].

Verschillen

Ouderen vormen een sterk heterogene

groep; ze kunnen onderling sterk verschillen in vitaliteit, co-morbiditeit en levensverwachting. Het is daarom van belang bij de samenstelling van het behandelplan voor diabetes - streefwaarden, intensiteit van behandeling - naast de kalenderleeftijd ook de biologische leeftijd in oogschouwte nemen. De vitale oudere met langere levensverwachting kan regulier volgens de NHG-standaard worden behandeld, terwijl voor de kwetsbare oudere met beperkte levensverwachting behoud van functioneren en kwaliteit van leven centraal staat. Het gaat over het spanningsveld tussen enerzijds levensverwachting van de patiënt en anderzijds het tijdsinterval dat nodig is voor het ontstaan van diabetesgerelateerde complicaties of het rendement-effect van behandeling.

Ziektepresentatie atypisch

Zowel de eerste manifestatie van diabetes type 2 als de ontregeling van glykemie tijdens het verloop van de ziekte, kunnen zich atypisch of zelfs symptoomarm presenteren. Men zal ook aan de mogelijkheid van diabetes mellitus als oorzaak moeten denken bij verslechterde visus, verminderde mobiliteit met valneiging, vermoeidheid, gewichtsverlies, recidiverende of slecht genezende infecties of cognitieve verslechtering. Door verhoging van de renale drempel voor glucoseuitscheiding zal polyurie bij hyperglykemie bij ouderen minder uitgesproken zijn.

Welke streefwaarde?

In de NHG-Standaard wordt HbA1c < 53mmol/mol gehanteerd voor mensen jonger dan 70 jaar en voor 70-plussers die alleen een leefstijladvies hebben gekregen of alleen metformine gebruiken. Voor 70-plussers die ook andere bloedglucoseverlagende medicatie gebruiken is de individuele streefwaarde voor HbA1c < 58mmol/mol bij een ziekte duur korter dan tien jaar en < 64mmol/mol, wanneer ze langer dan tien jaar bekend zijn met diabetes type 2. Hanteren van geïndividualiseerde streefwaarden voor ouderen kan voor een belangrijke groep ouderen tot mindere intensieve diabetesbehandeling leiden [6]. Met de leeftijd en de diabetes-

duur is het aantal factoren waarmee men tot een geïndividualiseerde behandeling komt beperkt. Met leeftijd weegt men echter ook levensverwachting en aanwezigheid van comorbiditeit mee, gebruik van bloedglucoseverlagende medicatie zegt iets over glykemische controle, terwijl diabetesduur samenhangt met de aanwezigheid van micro- en macro-vasculaire complicaties. Levensverwachting van onze patiënten is niet altijd eenvoudig in te schatten. Voor een gezonde vrouw van 65 jaar bedraagt de levensverwachting volgens het Centraal Bureau voor Statistiek nog 21 jaar. Bij toenemende kwetsbaarheid moet de prognose voor de resterende levensverwachting vaak tot maximaal enkele jaren worden bijgesteld. De Verenso-richtlijn adviseert om bij kwetsbare ouderen de streefwaarde voor glykemische instelling te verhogen tot een HbA1c < 69mmol/mol [2.3]. Een andere strategie waarvoor bij kwetsbare ouderen ook geopteerd kan worden, is

BIJ HET INZETTEN VAN BLOEDGLUCOSE- VERLAGENDE MEDICATIE DIENT MEN ZICH TE REALISEREN DAT DE MEESTE GENEESMIDDELEN IN ONDERZOEK NIET SPECIFIEK OP OUDEREN ZIJN GETEST.

om in plaats van voor een streefwaarde voor glykemische instelling te kiezen naar symptoomreductie te streven. Zo zou men bij een kwetsbare oudere vrouw met een cystocele en daarmee samenhangende stressincontinentie en recidiverende urineweginfecties ervoor kunnen kiezen de hyperglykemie zo te bestrijden dat incontinentie en infecties minder klachten geven.

Risicofactoren veranderen

Voor de risicofactoren die samenhangen met een slechte uitkomst door diabetesgerelateerde complicaties geldt een zogenaamde 'reversed epidemiology'; de relaties tussen risicofactoren en uitkomsten veranderen van richting met toenemende leeftijd. Risicofactoren op middelbare leeftijd kunnen op hoge leeftijd prognostisch eerder gunstige invloed uitoefenen. Zo zijn lage tensies, laag LDL en

lage BMI bij 85-plussers eerder ongunstig voor overleving. Omdat micro-vasculaire complicaties, waarvoor hyperglykemie met name de bepalende factor is, zich meestal pas na vijf tot tien jaar ontwikkelen, kan bij zeer oude patiënten waarbij diabetes type 2 wordt vastgesteld, vaak een minder stringent diabetesbeleid worden gevoerd. Zij hebben vaak niet meer de resterende levensjaren waarin dergelijke complicaties nog een rol gaan spelen. Voor bloedglucoseverlagende behandeling geldt immers dat het beschermend effect tegen micro-vasculaire complicaties zich ook pas na ongeveer acht jaar behandeling manifesteert. De rol die variabelen, predisponerende risicofactoren spelen bij de ontwikkeling van diabetesgerelateerde complicaties verschuift dus met toenemende leeftijd. Dit zou bij behandelaars moeten leiden tot het formuleren van mindere stringente streefwaarden voor HbA1c, lipiden en bloeddruk voor de kwetsbare oudere met diabetes type 2.

Extra kwetsbaar

Op oudere leeftijd worden mensen/ diabetespatiënten kwetsbaarder voor hypoglykemie. Adrenerge symptomen zijn bij ouderen vaak minder uitgesproken, neuroglykopenische symptomen worden niet altijd juist herkend en geduid, net als de tijdsinterval tussen het optreden van adrenerge en neuroglykopenische symptomen, waardoor het moment van adequate handelen om hypoglykemie op te vangen wordt verkort. Verder neemt de contraregulatie om hypoglykemie te compenseren bij ouderen af. Ouderen met een cardiovasculair belaste anamnese lopen bij hypoglykemie gevaar op verdere cardiovasculaire complicaties. Hypoglykemie kan bijdragen aan cognitieve verslechtering of verhoogd valrisico. Risicofactoren voor hypoglykemie bij ouderen zijn: zelfstandig wonen, cognitieve functiestoornissen, slechte visus, hypo-unawareness door frequent hypo's, maskerende comedatie of autonome neuropathie en aspecten van diabetesbehandeling zoals intensieve en complexe behandelingschema's, strikte diabetesregulatie met scherpe streefwaarden, matige compliance in leefstijl ►

Geneesmiddelklasse	Aandachtpunten bij oudere patiënten
Metformine	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cave aanpassing dosering bij verminderde nierfunctie: eGFR >60ml/min; geen aanpassing, eGFR 30-60ml/min max 3dd 500mg, eGFR < 30ml/min max 2dd 500mg (indien geen hepatische of cardiale comorbiditeit, eGFR < 20ml/min; metformine stop ▶ Cave bij onaanvaardbare gastro-intestinale bijwerkingen ▶ Cave bij hartfalen en verminderde leverfunctie
SU-derivaten	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cave gewichtstoename ▶ Risico op hypoglykemie ▶ Effect afhankelijk van resterende bètacelfunctie ▶ Voor gliclazide is bij nierfunctieafname geen aanpassing dosering nodig (wel stoppen bij: eGFR < 10ml/min)
Thiozolidinederivaten	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cave bij hartfalen ▶ Cave bij osteoporose (zie voetfracturen bij vrouwen) ▶ niet combineren met insuline
DPP-4-remmers	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afhankelijk van resterende bètacelfunctie ▶ In monotherapie geen risico op hypoglykemie ▶ Cave verminderde nierfunctie: linagliptine geen aanpassing nodig, eGFR < 50ml/min: saxagliptine 2,5mg, sitagliptine 1dd 50mg, vildagliptine 1dd 50mg
GLP-1-analogen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cave gastro-intestinale bijwerkingen (misselijkheid, verminderde eetlust) ▶ Cave bij vertraagde maagontleding, reflux of hernia diafragmatica ▶ Effect afhankelijk van resterende bètacelfunctie
SGLT-2-remmers	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Effect neemt af bij verminderde nierfunctie (niet voorschrijven bij eGFR <60ml/min) ▶ Cave bij urine-incontinentie, benigne prostaathypertrofie, frequent urineweginfecties ▶ Cave bij intensieve diuretica-therapie (vb hartfalen) ▶ Cave bij dreigend ondergewicht ▶ Cave bij perifeer arterieel vaatlijden ▶ Cave bij alcoholabusus
Insuline	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vereist specifieke educatie, zelfcontrole glucose ▶ Bij complexere intensievere behandelingschema's kans op hypoglykemie en noodzaak tot intensievere zelfcontrole ▶ Overweeg langwerkende analogen bij nachtelijke hypo's en afhankelijkheid van derden voor toediening

en therapie en toedieningsinname fouten voor bloedglucoseverlagende medicatie. Bij kwetsbare ouderen is het aan te bevelen dat behandelingschema's zo eenvoudig mogelijk worden gehouden, zowel voor orale middelen als de combinatie van orale middelen met insuline. Dit geldt ook voor de glucosezelfcontrole. Ook verdient het de voorkeur om combinaties van middelen die potentieel hypoglykemie geven te vermijden of zo laag mogelijk te doseren (SU-derivaten, insuline). Streefwaarden voor glykemische instelling versoepelen om risico op hypo's te vermijden.

Individuele streefwaarden

Formuleer als behandelaars voor elke individuele oudere diabetespatiënt een op maat afgestemde streefwaarde voor glykemische instelling. Noteer deze als streefwaarde in het individueel behandelplan en hanteer deze als eindpunt-indicator bij kwaliteitsevaluatie en benchmarking op zorggroepniveau. Hiermee valt zowel over- als onderbehandeling voor de individuele oudere diabetespatiënt te detecteren. Pas bij oudere diabetespatiënten naast streefwaarde en behandelintensiteit, ook de controlefrequentie voor diabetes aan de hand van hun vitaliteit en levensverwachting.

Tabel 1: specifieke afwegingen per geneesmiddelklasse bij de behandeling van de oudere patiënt met diabetes type 2.

Controlebeleid

Voor vitale ouderen met een langere levensverwachting gelden de controleadviezen uit de NHG-standaard diabetes mellitus type 2. Bij hoogbejaarden met verhoogde kwetsbaarheid kan de diabetescontrole worden vereenvoudigd tot halfjaarlijks HbA1c-controle, eventueel aangevuld met een bepaling van de nuchtere glucose en de nierfunctie (eGFR), gecombineerd met een bloeddrukcontrole. Betrek voor minder mobiele en afhankelijke patiënten eventuele ondersteuning van de wijkzorg bij de controles en communiceer bij kwetsbare ouderen via OZO-verbindzorg voor onderlinge afstemming. Het controlebeleid op diabetesgerelateerde complicaties kan wat frequentie betreft ook worden aangepast zodra de kwetsbaarheid van de oudere patiënt toeneemt. Voor screening op diabetesgerelateerde complicaties bij ouderen kunnen volgende adviezen als richtsnoer gelden. Als na het eerste oogonderzoek bij de diagnose diabetes type 2 blijkt dat er geen sprake is van retinopathie lijkt vervolgcontrole hierop niet noodzakelijk. Als in dat eerste oogonderzoek wel retinopathie wordt geconstateerd, dient vervolgcontrole plaats te vinden onder verantwoordelijkheid van de oogarts.

Ouderen die al bekend zijn met diabetes type 2 en waarbij retinopathie werd vastgesteld voordat kwetsbaarheid zijn intrede doet, zullen ook door de oogarts worden

vervolgd. Bij ouderen met een ziekte duur voor diabetes type 2 van meer dan tien jaar is bij 20-40 procent sprake van een vorm van neuropathie. Boven de 65 jaar is er bij diabetespatiënten bij ongeveer een derde van de mensen sprake van een vorm van diabetische nefropathie (gedefinieerd als persistent eiwitverlies en/of 60ml/min/1.73m²). De kwetsbare oudere met diabetes mellitus moet wel tenminste eenmaal per jaar een zorgvuldig onderzoek van de voeten ondergaan. Bij geconstateerde afwijkingen wordt geadviseerd om vaker te controleren. Factoren bij ouderen die predisponeren voor het ontstaan van diabetische voetproblemen zijn: alleen wonen, slechte visus, aanwezigheid van neuropathie en/of perifeer arterieel vaatlijden en een eerder doorgemaakt voetulcus. Voor de behandeling van met diabetes type 2-geassocieerde hypertensie en dyslipidemie zijn voor kwetsbare ouderen volgende aanbevelingen te geven: laat bij voorkeur de systolische bloeddruk niet onder de 140-150mmHg komen en accepteer een diastolische bloeddruk tot 90mmHg. Wees terughoudend met het starten van cholesterolverlagende behandeling bij hoogbejaarden. Voortzetting op hoge leeftijd van reeds ingestelde statinebehandeling dient individueel afgewogen te worden aan de hand van de levensverwachting. Zie bij verkorte levensverwachting af van de streefwaarde LDL < 2,5mmol/L.

Referenties ►►

- (1) www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/46/steeds-meer-mensen-met-diabetes
- (2) www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/VER_Richtlijn_Diabetes_Deel1_2011_web.pdf
- (3) www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/VER_Richtlijn_Diabetes_Deel2_2011_web.pdf
- (4) www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Vervolgonderzoek_Medicatieveiligheid_Eindrapport.pdf
- (5) Khachadurian SHO, van Beek C, Rutten GEHM. Overbehandeling van mensen met diabetes mellitus type 2. *Huisarts Wet* 2018;61(5): 44-7
- (6) Boels AM, Vos RC, Rutten GE, Hart HE. Zorg op maat voor diabetes mellitus type 2. *Huisarts Wet* 2018;61(1):16-9
- (7) NHG standaard vierde (partiële) herziening (2018) <https://www.nhg.org/?q=standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2> ◀◀

Samenvattend: de behandeling van diabetes type 2 bij ouderen is maatwerk. De biologische leeftijd met oog voor kwetsbaarheid, frailty en levensverwachting zijn bepalend voor wat prioriteit heeft voor de individuele patiënt. De vitale oudere met langere levensverwachting heeft recht op diabetesbehandeling volgens de streefwaarden van de NHG-standaard met keuze uit het complete arsenaal van behandel-mogelijkheden [7]. Bij de oudere met comorbiditeit en een levensverwachting van minder dan vijf jaar staan behoud van functioneren en kwaliteit van leven centraal. Bij de diabetesbehandeling zullen mindere stringente streefwaarden worden gehanteerd en vormt ook vermijding van hypoglykemie een belangrijk behandeldoel. Diabetesbehandeling ter voorkoming van microvasculaire complicaties krijgt minder prioriteit. Bij de begeleiding van de zeer kwetsbare oudere met diabetes past een berustende houding om het fragiele evenwicht niet onnodig te verstoren.

Twee verschillende diëten

WAT NU?

DOOR: LIESBETH SMIT-VERBRUGGEN,
EIGENAAR VAN EN DIËTIST BIJ DIËTISTEN-
PRAKTIJK PRIMA VOEDING MET LOCATIES
IN VOORBURG EN DEN HAAG

**VIJF TOT ZES PROCENT VAN DE MENSEN MET DIABETES MELLITUS TYPE 1 HEEFT COELIAKIE. ZIJ ZIJN DUS GEDWONGEN TE LETTEN OP KOOLHYDRATEN ÉN OOK TE ZORGEN VOOR VOEDING ZONDER GLUTEN. NIET ALTIJD EEN GEMAKKELIJKE OPGAVE, BLIJKT IN DE PRAKTIJK. DE COMBINATIE IS NATUURLIJK HET MOEILIJKST VOOR DE PATIËNT ZELF, MAAR OOK COMPLEX VOOR DE ZORG-
VERLENERS RONDOM DE PATIËNT. HET VRAAGT SPECIALISATIE IN KENNIS OVER BEIDE ZIEKTE-
BEELDEN EN DIËTEN. OOK IS INTENSIEVE SAMENWERKING TUSSEN DE ZORGVERLENERS NODIG,
OM DE BLOEDGLUCOSEWAARDEN GOED TE HOUDEN.**

► Coeliakie is, net als diabetes mellitus type 1, een auto-immuunziekte waarbij het lichaam antistoffen aanmaakt tegen het eigen weefsel. Bij coeliakie [1] is deze reactie gericht op het weefsel in de dunne darm. Het eten van gluten zorgt voor ontstekingsreacties in de dunne darm en daardoor worden de darmvlokken aangetast. Hierdoor wordt het darmoppervlak waardoor voeding wordt opgenomen minder groot en wordt dus minder voeding opgenomen. Zowel de macronutriënten, zoals koolhydraten, eiwitten en vetten, maar ook de micronutriënten, zoals vitamines en mineralen, worden dan minder opgenomen en daardoor ontstaat een tekort [2]. Bij diabetes mellitus type 2 komt coeliakie net zoveel voor als onder de rest

van de bevolking zonder auto-immuunziekte, namelijk 1 procent. Bij diabetes mellitus type 1 is de kans op coeliakie groter, omdat hetzelfde enzym betrokken is bij de afweer tegen gluten als bij de afweer tegen de eilandjes van Langerhans. Iemand kan eerst diabetes mellitus type 1 krijgen en daarna coeliakie of andersom. Er is geen vaste volgorde [1].

Gluten

Gluten is een eiwit dat van nature voorkomt in tarwe (waaronder spelt en khorasantarwe), rogge en gerst (gort). Gluten zit ook in producten die van deze granen zijn gemaakt. Denk aan brood, crackers, pizza, pasta, paneermeel en koek. Het zit ook verstopt in producten waarin je het niet direct verwacht. Bijvoorbeeld in ingrediënten van soepen (bindmiddel, bouillonblokjes of vermicelli), in sauzen, snoepjes, ijssoorten en bier [2]. Niet alleen mensen met coeliakie hebben baat bij een glutenvrij dieet, maar ook mensen met dermatitis herpetiformis (een huidaandoening) of non-celiac glutensensitivity (NCGS).

Grotere keukenkast?

Mensen met coeliakie kunnen al klachten krijgen, zoals diarree, obstipatie en buikpijn, van het eten van maar een kruimel brood. De gevoeligheid scheidt per persoon. Maar op lange termijn kan het eten van te veel gluten voor iemand met coeliakie complicaties geven, naast slecht instelbare diabetes, ook onvruchtbaarheid, hoger risico



op darmkanker, botontkalking, vermoeidheid en depressiviteit. Dus ook als iemand geen klachten heeft, is het toch belangrijk om aan het dieet te houden om de complicaties op langere termijn te voorkomen. Net zoals dit ook bij diabetes geldt. Het volgen van het glutenvrij dieet komt heel nauw. Zo is naast het vermijden van gluten in voedingsmiddelen, het ook belangrijk om gluten in de voeding door contaminatie te voorkomen. Dit zorgt ervoor dat mensen met coeliakie hun glutenvrije brood moeten bakken in een glutenvrije oven, de glutenvrije patat moeten bakken in frituurvet waarin geen kroket is gefrituurd, en een aparte botervloot en pot met pindakaas nodig hebben. Want als een familielid zijn gewone boterham besmeert en daarna het mes weer gebruikt in de boter of pindakaas, dan is er al kans op gluten hierin. Maar denk ook aan snijplanken, aparte pollepels in de pannen tijdens het koken, aparte pan voor glutenvrije en niet glutenvrije producten, broodrooster, tostiapparaat en broodbakmachine.

Etiketten lezen

Als er gluten in een voedingsmiddel zit, dan moet dit dikgedrukt op het etiket staan. Dat betekent dus etiketten lezen in de winkel. En dan denk je net allemaal te weten wat je wel kan eten en dan verandert de verpakking. Als een verpakking verandert, dan is vaak ook de samenstelling van het product veranderd. Etiketten lezen blijft dus altijd nodig. Daarnaast is het soms ook nog zo dat in een kleinere verpakking van een bepaald product geen gluten kan zitten en in de grotere verpakking van hetzelfde product weer wel. Deze worden soms in een andere fabriek gemaakt en dan is de samenstelling soms weer anders.

Waar geen gluten inzitten, is onder andere haver, boekweit en quinoa. Maar ook hier zit een addertje onder het gras. Deze producten kunnen besmet zijn met gluten tijdens het oogsten, vervoer of verwerkingsproces. Bijvoorbeeld als ze worden verbouwd naast tarwe, waar gluten in zitten. Het advies is dan ook om hier te kiezen voor een product waarop het glutenvrije logo van de Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV) is afgebeeld. Dit is het Crossed Grain symbool (doorgestreepte aar). Dit symbool is hét internationaal

erkende kwaliteitskeurmerk voor glutenvrije producten. Producenten die producten met dit logo hebben, voldoen aan de strengste Europese richtlijnen voor glutenvrij produceren. Het geeft de zekerheid dat het product veilig glutenvrij is [2]. Er zijn een aantal claims die door fabrikanten gebruikt worden:

- ▶ **Glutenvrij:** dit betekent dat er minder dan 20 milligram gluten per 100 gram product in het voedingsmiddel zit. De meeste mensen met coeliakie reageren daar niet op.
- ▶ **Zeer laag glutengehalte:** dit betekent dat het voedingsmiddel 20-100 milligram gluten per 100 gram product en is dus NIET glutenvrij.
- ▶ **Kan sporen van gluten bevatten:** Deze claim is niet verplicht. Ook voedingsmiddelen waar het niet opstaat zouden dus besmet kunnen zijn met gluten.

Je hebt ook voedingsmiddelen die van nature glutenvrij zijn. Bijvoorbeeld rijst, aardappelen, maïs (polenta), peulvruchten, sorghum, amaranth, teff en gierst. Maar ook groenten, fruit, noten, zaden, pitten, onbewerkt vlees, vis, kip, olie, eieren en zuivelproducten.

Naast gluten in voeding zitten er soms ook gluten in non-food verwerkt, zoals in zeep, medicatie, supplementen, wegwerpservies, tandpasta en cosmetica. In deze producten kunnen glutenbevattende granen verwerkt zijn [2]. Geen simpele klus dus, dat boodschappen doen.



Liesbeth Smit-Verbruggen

Duur?

Naast dat boodschappen doen veel tijd vraagt, zijn glutenvrije producten ook niet goedkoop. Na een rondje door de supermarkt om prijzen te vergelijken zag ik dat een glutenvrij brood zo'n € 3,50 kost tegenover een heel glutenbevattend brood voor € 1,19. En dan zitten er in het glutenvrij brood nog minder sneetjes. Ook de pasta heb ik meegenomen in mijn rondje. En glutenvrije pasta kost € 1,29 tegenover € 0,93 voor dezelfde hoeveelheid glutenbevattende pasta. Als je glutenvrij moet eten dan kun je wel een bedrag bij de belastingdienst aftrekken. Hiervoor heb je een dieetverklaring van de (huis)arts of diëtist nodig, om te bewijzen dat je dit dieet volgt. De bedragen die je mag gebruiken hiervoor worden elk jaar opnieuw bepaald. Momenteel gaat dat om € 900,00, maar dat is lang niet toereikend. Het lidmaatschap van de NCV wordt vaak ook vergoed vanuit de aanvullende zorgverzekering. Een lidmaatschap is zeker aan te raden. Je vindt er allerlei informatie via de website glutenvrij.nl, ontvangt het blad glutenvrij en krijgt exclusieve kortingen op producten.

Minder vezels

Is glutenvrije voeding een volwaardige vervanger voor voeding met gluten? Om kort te zijn: nee. In de glutenvrije producten wordt bijvoorbeeld veel minder volkorenmeel van glutenvrije granen gebruikt. Hierdoor bevatten deze producten vaak minder vezels dan als je de keuze zou maken voor een glutenbevattend volkoren product, zoals bijvoorbeeld volkorenpasta. Om te zorgen dat een glutenvrije voeding voldoende vezels bevat is het belangrijk om de keuze te maken voor een vervangend ▶

Over Liesbeth

Liesbeth Smit-Verbruggen is gespecialiseerd in het behandelen van coeliakie en lid van het diëtistennetwerk van de Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV). Daarnaast heeft zij recent de post hbo-opleiding voeding en diabetes met goed resultaat afgerond. Dit voorjaar heeft zij in de regio'scholing van V&VN Diabeteszorg meer verteld over diabetes en coeliakie.



product met een hoog vezelgehalte. Daarnaast is het van belang voldoende groenten (250 gram) en fruit (2 stuks) te eten. Maar ook een handje noten, notenpasta of pindakaas of de keuze voor zilvertviesrijst zorgt voor extra vezels in de voeding.

Qua vitaminen en mineralen kan er een tekort ontstaan als je geen producten meer kan gebruiken op basis van glutenbevattende granen. Denk dan bijvoorbeeld aan foliumzuur, ijzer en vitamine B1 en B12. Ook kan er een tekort aan jodium optreden, doordat in glutenvrij brood vaak geen bakkerszout (dat verrijkt is met jodium) gebruikt wordt. Er is dus extra aandacht nodig voor deze vitaminen en mineralen. Een diëtist kan bepalen of een voeding volwaardig is bij het gebruik van glutenvrije producten.

Koolhydraten

In glutenvrije producten wordt vaak meer (verzadigd) vet en suiker toegevoegd om een goede smaak te krijgen. Met name een hoger koolhydraatgehalte in deze producten kan ervoor zorgen dat de diabetes ontregeld raakt als iemand glutenvrij gaat eten. Daarnaast zorgt het eten van producten van meer verzadigd vet ervoor dat het risico op hart- en vaatziekten wordt verhoogd. De hoeveelheid koolhydraten in glutenvrije pasta is vaak hoger dan

in de niet glutenbevattende pasta. Maar ook in verhouding tot zilvertviesrijst en aardappelen. Ook veel soorten glutenvrij brood bevatten meer koolhydraten. Maar wie goed zoekt kan ook broden vinden die juist positiever uit de test komen en minder koolhydraten bevatten. Voor de gezondheid, stabielere bloedglucosewaarden en minder klachten loont het dus om langer boodschappen te doen.

Aandachtspunten

Naast een, mogelijk, hoger koolhydraatgehalte in glutenvrije producten worden de koolhydraten beter opgenomen als de darm zich weer gaat herstellen. Hierdoor kan de diabetes ontregeld raken en is eventueel extra medicatie of insuline nodig. Herstel kan bij volwassenen tot wel vijf jaar duren. Afhankelijk van onder andere de dieetrouw en het vermogen tot herstel. Bij kinderen gaat het herstel vaak sneller. Omdat het herstel bij iedereen een verschillend tempo heeft is het belangrijk zorg op maat te leveren. Houd dus geregeld contact met de diabetespatiënt die ook recent is gediagnosticeerd met coeliakie. Pas aan de hand van de bloedwaarden de medicatie of insuline aan. Adviseer de patiënt om bij de apotheek door te geven dat er sprake is van coeliakie. Zij kunnen dan voorgeschreven medicatie en supplementen controleren op het bevatten van gluten.

Wees alert bij patiënten met diabetes mellitus type 1 en 2 die buikklachten hebben. Ga na of dit een bijwerking van medicatie, zoals metformine, kan zijn. Vraag na of coeliakie in de familie zit, bij eerstegraads familieleden met coeliakie is de kans hierop 10 procent. En er is nog steeds een onder-diagnose van coeliakie. In Nederland hebben 170.000 mensen coeliakie, maar slechts 30.000 mensen zijn gediagnosticeerd [3]. Heb je het vermoeden dat je patiënt last heeft van coeliakie, dan kan door middel van een bloedtest bepaald worden of de antistoffen tegen gluten verhoogd zijn. De patiënt moet wel gluten eten op moment van testen en anders weer minimaal zes weken gluten gaan eten voor de test. Ook aften kunnen een eerste symptoom zijn van coeliakie [4]. Vraag dus ook nog wat verder door naar de mondgezondheid van een patiënt met diabetes.

Samenwerking

Doorverwijzing naar een gespecialiseerde diëtist bij de diagnose coeliakie is van groot belang. Zeker als er ook nog andere ziektebeelden naast bestaan, zoals diabetes. De NCV heeft een netwerk van diëtisten, die tweemaal per jaar bijgeschoold worden op het gebied van coeliakie. De samenwerking tussen diabetesverpleegkundige en diëtist is van belang om te zorgen dat de patiënt stabiele bloedglucosewaarden heeft en behoudt en daarbij volwaardig eet. Samen leveren we de beste zorg!

Bronnen >>>

(1) www.diabetesfonds.nl

(2) www.glutenvrij.nl. De website van de Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV)

(3) www.hebikcoeliakie.nl

(4) *Voeding en mondgezondheid, Louise Witteman <<*

HANDIGE APP DE SAMENGEZOND-APP

DOOR: MARIJKE OVERKAMP, DIABETESVERPLEEGKUNDIGE,
DIALYSEVERPLEEGKUNDIGE EN HOOFDREDACTEUR DIABETES PRO

► Ook verzekeraars komen tegenwoordig op de markt met apps om de gezondheid en lifestyle te verbeteren. De Menzis SamenGezond-app bijvoorbeeld werkt simpel en past zich aan je persoonlijke gezondheidssituatie en wensen aan.

Als je de SamenGezond-app hebt gedownload, ontvang je een aantal vragen. Dit zijn persoonskenmerken, zoals leeftijd, geslacht en gewicht. Deze kenmerken worden omgezet in een fitscore. De fitscore is een getal tussen de 0 en 1000 en geeft aan hoe fit je bent. Dit kan per dag verschillen. Hoe meer vragen je via de app beantwoordt, hoe meer activiteiten je doet, hoe nauwkeuriger de fitscore jouw gezondheid kan berekenen.

Doelen

Via de app, al dan niet gekoppeld aan andere apps die je misschien al gebruikt, kun je je eigen doelen stellen, bijvoorbeeld minder vlees eten, meer water drinken of meer bewegen. Je persoonlijke online coach helpt je bij het halen van jouw doelen. Jouw fitscore laat vervolgens zien hoe het gaat en of je nog kunt verbeteren. Behaalde activiteiten worden beloond met punten.

Coach

Door de online coach krijg je een steuntje in de rug en heb je snel en makkelijk inzicht in jouw persoonlijke gezondheid. De coach stelt je vragen, geeft je praktische (voedings)tips en helpt je met het behalen van je doelen. De SamenGezond app heeft een eigen geïntegreerde tracker die je

kunt gebruiken, maar je kunt ook externe apparaten of apps zoals Endomondo, Fitbit, Polar, Runkeeper of TomTom koppelen om je activiteiten te registreren. Jouw persoonlijke fitscore laat vervolgens zien hoe je het doet en of je nog kunt verbeteren.

In de app kun je deelnemen aan uitdagingen van Menzis SamenGezond. Je kunt ook eigen uitdagingen aanmaken of meedoen met uitdagingen van je vrienden. Zo werk je samen, op een leuke en competitieve manier, aan je gezondheid. De app houdt bij hoe ver jullie zijn en wie er bovenaan staat. Je eigen gemaakte uitdagingen zijn zichtbaar voor je vrienden en kunnen gedeeld worden met vrienden.

In de SamenGezond-app:

- Online coach
- Doelen
- Activiteiten
- Blogs
- Fitscore
- Uitdagingen
- Beloning SamenGezond-punten. ◀



HANDIGE APP



KOEPELWOORDEN

IN DEZE RUBRIEK 'KOEPELWOORDEN' KRIJGT DE KOEPEL VAN HET DIABETESVELD RUIMTE VOOR THEMA'S UIT DE ACTUALITEIT.

PERSOONSGERICHTE
DIABETESZORG VOOR OUDEREN

Signalen herkennen en extra alert zijn

WE LEVEN IN NEDERLAND STEEDS LANGER EN MET DE LEEFTIJD NEEMT OOK DE KANS OP DIABETES TOE. RUIM DE HELFT VAN ALLE DIABETESPATIËNTEN IN ONS LAND IS OUDER DAN 70 JAAR. VAN DE BIJNA 2.8 MILJOEN 70-PLUSERS HEBBEN ER 625 DUIZEND DIABETES. DIT BETEKENT DAT EEN OP DE VIJF 70-PLUSERS IN NEDERLAND DIABETES HEEFT [1]. DE GROEP OUDEREN MET DIABETES IS EEN HELE DIVERSE GROEP. DAAROM IS HET ZO BELANGRIJK DAT BIJ OUDEREN DE DIABETESBEHANDELING WORDT AFGESTEMD OP DE PERSOON.

DOOR: PAULINE MOURITS,
BELEIDSMEDEWERKER NDF EN
MARGREET SANGERS,
COMMUNICATIEADVISEUR A.I. NDF

► Veel ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen en functioneren. Ouderen met diabetes zijn daarop geen uitzondering. Opvallend is het belang dat ouderen daarbij hechten aan een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Volgens zowel kwetsbare als niet kwetsbare ouderen (67-90 jaar) omvat kwaliteit van leven: een goede gezondheid hebben, je goed voelen, sociale relaties hebben, actief zijn, andere mensen helpen en in een fijn huis in een goede buurt wonen [2]. Het is belangrijk je te realiseren dat voor de meeste ouderen de diabetes niet het belangrijkste is, maar wat de ziekte in combinatie met andere lichamelijke, psychische en sociale factoren betekent voor het dagelijks functioneren. Persoonsgerichte zorg voor ouderen met diabetes moet zich daarom richten op het behoud van zelfstandigheid met een goede kwaliteit van leven en het beperken van de invloed van complicaties daarop.

Hoger risico

Ouderdom komt met gebreken, maar niet voor iedereen in dezelfde mate. Sommige ouderen zijn kwetsbaar, anderen juist tot op hoge leeftijd gezond en vitaal. Maar bij elke oudere vertragen de verschillende processen in het lichaam en gaan de zintuigen geleidelijk achteruit. Deze normale verouderingsprocessen kunnen invloed hebben op de diabetes, zeker als de diabeteszorg er niet voldoende op wordt aangepast. De nierfunctie neemt af, de mobiliteit wordt minder, het gehoor- en gezichtsvermogen gaan achteruit, het reuk- en smaakvermogen worden minder, de spiermassa en spierfunctie nemen af en de stofwisseling wordt langzamer. Daarnaast hebben ouderen met diabetes type 2 ook een hoger risico op cognitieve beperkingen, depressies en vallen [3]. Allemaal factoren die goed in kaart moeten worden gebracht om diabeteszorg op maat te kunnen leveren.



VERPLEEGKUNDIGE



APOTHEKER



MANTELZORGER

Andere eetgewoontes

Een goede cognitie is belangrijk voor de zelfredzaamheid van ouderen met diabetes. Mensen met cognitieve beperkingen (bijvoorbeeld dementie) kunnen moeite krijgen met alledaagse activiteiten zoals boodschappen doen en zichzelf aan- en uitkleden. Dit kan grote gevolgen hebben voor het zelfmanagement van de diabetes. Ouderen met cognitieve beperkingen kunnen vergeten hun medicatie in te nemen, medicatie te laat innemen of in een verkeerde dosis. Ook kunnen ze moeite krijgen met het herkennen van de signalen van een hyper of hypo. Ouderen met dementie vergeten regelmatig te eten, of eten door ontremming juist extreem veel. Eetgewoontes kunnen bij dementie ook veranderen, bijvoorbeeld het opeens eten van veel zoetheid. Het is daarom belangrijk dat cognitieve problemen bij ouderen met diabetes (eerder) worden herkend en dat de diabetesbehandeling afgestemd wordt op het cognitief functioneren van de patiënt. Denk aan het tijdig betrekken van mantelzorgers bij de zorg en eenvoudiger zorg- en behandelingschema's.

Overbehandeling

Er is geen bewijs dat een strakke regulatie van de diabetes bij ouderen zinvol is. Een te strenge instelling geeft juist meer kans op

hypo's [4]. In de multidisciplinaire Verenso-richtlijn voor verantwoorde diabeteszorg aan kwetsbare ouderen wordt rekening gehouden met ouderdom als het gaat om de diabetesinstelling. De streefwaarde voor het HbA1c bij ouderen wordt individueel bepaald en loopt voor verschillende categorieën diabetespatiënten uiteen. In de nieuwe NHG-Standaard wordt voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperkte levensverwachting een HbA1c tot 75mmol/mol geaccepteerd. De richtlijnen geven dus ruimte om persoonsgerichte behandeldoelen te stellen. Toch wordt een deel (mogelijk 20 procent) van de ouderen met diabetes in de dagelijkse praktijk overbehandeld [5]. Uit een veldverkenning van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) kwamen de volgende mogelijke redenen voor overbehandeling naar voren: zorgverleners willen niet dat ouderen het gevoel krijgen dat ze zijn opgegeven, ouderen kunnen erg gehecht zijn aan hun behandelingschema en zorgverleners worden onvoldoende ondersteund als zij protocollen loslaten. Zorgverleners gaven aan te weinig bewegingsvrijheid te ervaren om echt persoonsgerichte zorg te kunnen leveren. In het faciliteren van persoonsgerichte zorg is dus zeker nog een inhaalslag te maken. Feit blijft dat ouderen door overbehande-

ling met diabetesmedicatie een hoger risico hebben op hypo's, vallen en ziekenhuisopname [6]. Zorgverleners zouden daarom meer alert moeten zijn op overbehandeling en de mogelijkheden om bloedglucoseverlagende medicatie af te bouwen.

Vijf of meer geneesmiddelen

Ouderen met diabetes gebruiken regelmatig vijf of meer verschillende geneesmiddelen (polyfarmacie). Vooral bij kwetsbare ouderen is dat riskant, ze hebben hierdoor bijvoorbeeld meer kans op een onnodige ziekenhuisopname. ►

Samen beslissen

Ouderen met diabetes zouden binnen hun mogelijkheden zelf keuzes moeten kunnen maken over hun behandeling. Samen met ouderen beslissen is lastiger, maar zeker niet onmogelijk. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is daarom van plan een persoonsgericht gespreksmodel te ontwikkelen speciaal gericht op ouderen (70-plus) met diabetes. Het gespreksmodel is bedoeld als hulpmiddel voor zorgverleners om zorg op maat te kunnen leveren. Naast gezondheidsgerelateerde factoren (zoals HbA1c, bloeddruk en lipiden) worden ook persoonsgerichte factoren (zoals kwaliteit van leven, ziekteperceptie, zelfmanagementmogelijkheden en sociale context) meegewogen in de behandeling. Een vergelijkbaar NDF-persoonsgericht gespreksmodel voor volwassenen is inmiddels succesvol geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen en huisartspraktijken.



DIËTIST

HUISARTS

BEWEEGCOACH © NDF





Knelpunten in kaart

NDF-programma's zijn bedoeld om structureel aandacht te geven aan doelgroepen en thema's die dat nodig hebben. Doel van het NDF-programma 'Zorg op maat voor ouderen met diabetes' is zorgverleners ondersteuning te bieden om de zorg voor deze doelgroep persoonsgericht in te richten. We brengen bestaande knelpunten in kaart met betrekking tot inhoud, organisatie en financiering van de zorg aan ouderen met diabetes en ontwikkelen structurele oplossingen.

Meer weten over dit NDF-programma? Of heeft u suggesties of ervaringen die u met ons wilt delen? Neem contact op met Pauline Mourits: p.mourits@diabetesfederatie.nl of via 033-4480845

vaardigheden, zoals al gedaan wordt in bijvoorbeeld Alzheimercafés. Denk aan 'ouderencafés' (algemeen of diabetes specifiek) waar ouderen, hun mantelzorgers, maar ook professionals kennis kunnen opdoen en ervaringen kunnen delen.

Hokjes

Bij de zorg voor de oudere met diabetes zijn vaak veel verschillende zorgverleners betrokken. De informatieoverdracht en kennisdeling tussen alle verschillende betrokken beroepsgroepen gaat niet altijd goed. Het grootste knelpunt als het gaat om de organisatie van zorg blijkt het 'hokjes denken'. Het delen van informatie en het voortbouwen op beschikbare informatie wordt als moeilijk ervaren, ook door de (on)mogelijkheden van ICT-systemen. Concreet leidt dit tot te weinig samenwerking, te weinig informatieoverdracht en te weinig kennisdeling. Bovendien wordt het netwerk van de oudere nog veel te weinig benut. Dit terwijl persoonsgerichte zorg aan ouderen met diabetes juist vraagt om een integrale aanpak van de zorg, zonder hokjes denken, waarin de vraag van de patiënt centraal staat en de zorg daar omheen wordt georganiseerd. Gelukkig wordt op steeds meer plekken in het land de ouderenzorg al integraal opgezet. Een mooie ontwikkeling, waarbij het wel belangrijk is dat er voldoende aandacht blijft voor diabetes-specifieke kennis en vaardigheden.

Ouderen met diabetes die meerdere medicijnen slikken, hebben meer kans op (vermijdbare) bijwerkingen en ervaren vaak een verminderde kwaliteit van leven en meer gezondheidsklachten [7]. Ouderen met diabetes waarbij sprake is van polyfarmacie, nemen hun medicijnen bovendien niet altijd volgens voorschrift. Vooral als het hen niet goed duidelijk is waarvoor ze de medicatie moeten gebruiken. Zorgverleners moeten hier alert op zijn en medicatie-veranderingen niet alleen met de oudere zelf, maar bijvoorbeeld ook met een familielid of verzorgende bespreken. Ook een eenvoudiger innameschema kan helpen bij veilig medicijngebruik.

Andere signalen

Ouderen met diabetes hebben een verhoogd risico op hypo's, onder andere vanwege een verminderde voedselinname en verkeerd medicatiegebruik. Het beloop van een hypo kan ernstiger zijn en de gevolgen groot. Denk aan vallen en het

breken van een heup, een ziekenhuisopname en het verlies van zelfstandigheid. Hypo's manifesteren zich anders bij ouderen en niet iedereen weet dat. Mogelijke signalen zijn duizelingen, incontinentie, verwardheid of desoriëntatie, slechte coördinatie en concentratie, slaperigheid, licht gevoel in het hoofd, zweten en bleek zien [8]. Zorgverleners, maar ook de oudere zelf en diens mantelzorgers, moeten deze andere signalen van een hypo herkennen zodat tijdig ingegrepen kan worden.

Kracht van herhaling

Het is belangrijk educatie en voorlichting aan ouderen met diabetes en mantelzorgers op maat aan te bieden. Op een toegankelijke manier, gebruikmakend van de kracht van herhaling en rekening houdend met eventueel aanwezige cognitieve beperkingen. Ouderen en hun mantelzorgers zouden daarnaast ook meer kunnen leren van elkaars kennis en

Bronnen >>>

- [1] Zorginstituut Nederland (ZIN). *Verkenning notitie screeningsfase Zinnige Zorg. Endocriene ziekten, voedings- en stofwisselingsstoornissen. 2017*
- [2] Sociaal en Cultureel Planbureau. *Kwetsbare ouderen. Den Haag, februari 2011*
- [3] Verenso. *Multidisciplinaire Richtlijn Diabetes. Verantwoorde Diabeteszorg bij kwetsbare ouderen thuis en in verzorgings- of verpleeghuizen. Utrecht 2011*

- [4] Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, et al. *Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. JAMA Intern Med. 2015;175(3):356-362*
- [5] Hart HE, Rutten GE, Bontje KN, et al. *Overtreatment of older patients with type 2 diabetes mellitus in primary care. Diabetes Obes Metab 2018; 1-4.; 1*
- [6] Braspenning J, Jansen B and Wennekes L.

Indicatoren: meten ze zorg of registratie? Huisarts en wetenschap 2011; 54: 681.

- [7] Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: *Inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën Lemmens LC, Weda M RIVM Rapport, 2013*
- [8] Verenso. *Multidisciplinaire Richtlijn Diabetes. Verantwoorde Diabeteszorg bij kwetsbare ouderen thuis en in verzorgings- of verpleeghuizen. Utrecht 2011 <<*



COLUMN BIJZONDER ...

VEERLE HUIGEN

► **Als je bedenkt dat insuline als geneesmiddel nog geen honderd jaar geleden zijn intreden deed en voor die tijd diabetes type 1 een doodvonnis was, dan is oud worden met type 1 eigenlijk heel bijzonder. Via mijn werk ontmoette ik Mieke*. Zij heeft al vijftig jaar diabetes type 1 en heeft nog een uitstekende gezondheid. Of in ieder geval: een veel betere gezondheid dan ik had verwacht. Want vijftig jaar geleden was diabetes type 1 zo anders dan het nu is. Gezonde oude mensen met diabetes type 1 zijn voor mij inspirerend; ze geven me hoop op een complicatieloze toekomst. Als zij het de afgelopen vijftig jaar voor elkaar hebben kunnen boksen, dan moet het mij toch ook wel lukken, met alle ontwikkelingen en technologie van nu?**

Maar, hoe is het eigenlijk precies voor die ouderen mensen? Wat zijn hun behoeften? En zijn al die nieuwe ontwikkelingen waar ik als jonkie zo enthousiast over ben, wel iets voor hen? Ik ben bijvoorbeeld dolblij met mijn kleine Kaleido-pomp, maar mijn vader (zonder diabetes en nog geen 70 jaar) zou de cartridge er niet in of uit kunnen klikken. Ook de touchscreen van bijvoorbeeld de Ypsopump lijkt me een uitdaging als je tientallen jaren vingerprikken gewend bent. Aan de andere kant, Mieke gebruikt wel een Omnipo; was een van de eersten die overging op Fiasp, gebruikt de Freestyle Libre en is altijd op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen. Zij gelooft ook in de kunstmatige alvleesklier en kan niet wachten tot ze die mag gaan gebruiken.

Maar toch, houden we wel genoeg rekening met de steeds groter wordende groep oudere mensen met type 1? Alles moet

GEZONDE OUDE MENSEN MET
DIABETES TYPE 1 ZIJN VOOR MIJ
INSPIREREND; ZE GEVEN ME HOOP OP
EEN COMPLICATIELOZE TOEKOMST.

kleiner, mooier, compacter, met meer technologie en algoritmes en een koppeling aan je smartphone. Zitten ouderen daar wel op te wachten? Zit ik daar over 40 jaar op te wachten?

Ik hoop nog steeds dat diabetes type 1 tegen die tijd is genezen of in ieder geval veel makkelijker te behandelen is, met een kunstmatige alvleesklier bijvoorbeeld of door inkapselingstechniek. Mocht dat niet zo zijn, dan hoop ik toch op z'n minst dat m'n zorgverleners en de fabrikanten 'mijn doelgroep' niet vergeten ...

* Mieke is een schuilnaam ◀

Veerle Huigen, coördinator Communicatie en Projecten bij JDRF Nederland, heeft zelf diabetes type 1 sinds 2013.

VRAAG & ANTWOORD

antwoord op de vraag van pagina 9

Het juiste antwoord is A.

Bij bepaling van anti-GAD wordt gekeken of er sprake is van antistoffen tegen de eigen insuline producerende cellen in de alvleesklier.

GELEZEN IN

GELEZEN IN NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE, 11 JULI 2018

AUTEURS: H.E. (BERTIEN) HART, GUY E.H.M. RUTTEN, KYRA N. BONTJE EN RIMKE C. VOS

EEN KORTE SAMENVATTING
VAN HET ONDERZOEK

Overbehandeling van oudere patiënten met diabetes mellitus type 2 in de eerste lijn

DOOR: MARGRIET BONTHUIS,
DIABETESVERPLEEGKUNDIGE
EN REDACTIEELID DIABETES PRO

DOOR OBSERVATIONEEL ONDERZOEK IS NAGEGAAN IN HOEVERRE PATIËNTEN VAN 70 JAAR OF OUDER MET DIABETES MELLITUS TYPE 2 EEN BEHANDELING VOLGEN MET GEPERSONALISEERDE HBA1C-STREEFWAARDEN CONFORM DE NHG-STANDAARD 'DIABETES MELLITUS TYPE 2', MET EEN FOCUS OP OVERBEHANDELING

► Methode

Van 1002 patiënten met diabetes type 2 uit 5 gezondheidscentra zijn routinematig gegevens over de zorgverlening verzameld. Patiënten ≥ 70 jaar werden verdeeld in 3 subgroepen op basis van hun HbA1c-streefwaarde (53, 58 en 64 mmol/mol) en per subgroep definieerden we 'overbehandeling'. In de onderzoekspopulatie werden diverse subgroepen met elkaar vergeleken: < 70 jaar met ≥ 70 jaar, HbA1c-streefwaarde ≤ 53 mmol/mol met een streefwaarde > 53 mmol/mol, en patiënten op streefwaarde met over- en onderbehandelde patiënten. Resultaten Van de

DE MEERDERHEID VAN DE OVERBEHANDELDE PATIËNTEN WAS KWETSBAAR EN GEBRUIKTE VIJF OF MEER MEDICIJNEN.

319 patiënten ≥ 70 jaar had een derde al 10 jaar of langer diabetes. De 165 patiënten met een HbA1c-behandelddoel > 53 mmol/mol hadden vaker microvasculaire complicaties (54,0 vs. 35,2%) en macrovasculaire complicaties (33,3 vs. 17,7%). Zij gebruikten vaker ≥ 5 medicijnen (87,3 vs. 53,2%) en waren vaker kwetsbaar (44,2 vs. 13,9%) dan patiënten met de HbA1c streefwaarde ≤ 53 mmol/mol. Van de 165 patiënten werden er 64 (38,8%) overbehandeld; dit komt neer op 20% van alle patiënten ≥ 70 jaar. De meerderheid van de overbehandelde patiënten was kwetsbaar en gebruikte ≥ 5 medicijnen; 1 op de 5 rapporteerde hypoglykemie en bijna 30% had een val gerapporteerd. Conclusie: Zorg op maat voor ouderen met diabetes type 2 wordt nog niet goed in praktijk gebracht. Een aanzienlijk aantal ouderen met diabetes wordt overbehandeld, met mogelijk schadelijke consequenties. De definitie van een HbA1c-ondergrens kan overbehandeling helpen voorkómen. Uitkomst-indicatoren in de vorm van gemiddelden per praktijk of zorggroep zijn weinig zinvol.

Het is nooit aangetoond dat strenge glykemische instelling meerwaarde heeft bij oudere patiënten die die al langere tijd diabetes mellitus type 2 hebben en bij wie al vasculaire complicaties zijn opgetreden. Ouderen met diabetes type 2 lopen meer risico op een hypoglykemie door



fotografie: Ben Vulkers

verminderde voedselinname en verkeerd medicijngebruik. Er is een verband tussen hypoglykemie en lage kwaliteit van leven, ontwikkeling van dementie, cardiovasculaire complicaties, valpartijen en zelfs verhoogde mortaliteit. Recentelijk publiceerde de American Diabetes Association een schema met streefwaarden voor HbA1c die variëren van 53-69 mmol/mol voor verschillende patiëntengroepen. De NHG-standaard 'Diabetes mellitus' uit 2013 bevat een HbA1c-algoritme dat is gebaseerd op de resultaten van grote, invloedrijke onderzoe-

ken als ACCORD, ADVANCE en VADT. Met dit HbA1c-behandeldoel werd het mogelijk een persoonlijk HbA1c-behandeldoel vast te stellen op basis van de leeftijd van de patiënt, de intensiteit van de behandeling en de duur van de diabetes (zie info HbA1c-algoritme). In Nederland wordt ongeveer 85 procent van de patiënten met diabetes type 2 behandeld in de eerste lijn. Gegevens uit de registratie 'Transparante Keten zorg' tonen de percentages patiënten die een HbA1c-waarde ≤ 53 mmol/mol hebben en degenen die een HbA1c-waarde > 69 mmol/

mol hebben. Deze percentages geven echter geen inzicht in de gepersonaliseerde hyperglykemiebehandeling. Zowel in de Verenigde Staten als in Europa zijn er aanwijzingen dat ouderen met diabetes type 2 overbehandeld worden. Wij bepaalden de mate van gepersonaliseerde hyperglykemiebehandeling van ouderen met diabetes mellitus type 2 in de eerste lijn, met een focus op overbehandeling.

*Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in Diabetes, Obesity and Metabolisms (2018;20:1066-9) met als titel 'Overtreatment of older patients with type 2-diabetes mellitus in primary care' «

Kernpunten

De behandeling van ouderen met diabetes mellitus type 2 is in de praktijk nog onvoldoende gericht op gepersonaliseerde HbA1c-streefwaarden. Een aanzienlijk aantal ouderen met diabetes type 2 lijkt te worden overbehandeld. Ouderen met diabetes type 2 die overbehandeld worden zijn vaak kwetsbaar en gebruiken ≥ 5 verschillende medicijnen. 1 op de 5 ouderen met diabetes type 2 die overbehandeld worden meldt hypoglykemie, en 1 op de 3 meldt valincidenten. De definitie van een HbA1c-ondergrens kan helpen om overbehandeling van ouderen met diabetes type 2 te voorkomen. Uitkomstindicatoren in de vorm van gemiddelden per praktijk of zorggroep zijn weinig zinvol. De NHG-standaard 'Diabetes mellitus' bevat een algoritme waarmee het mogelijk is voor een individuele patiënt een persoonlijke HbA1c-streefwaarde te berekenen. Volgens dit algoritme zouden patiënten ≥ 70 jaar die behandeld worden met alleen een leefstijladvies of metformine als monotherapie een HbA1c-waarde ≤ 53 mmol/mol als behandeldoel moeten nastreven. Patiënten in dezelfde leeftijdscategorie die meer glucoseverlagende medicatie gebruiken dan alleen metformine en die 10 jaar diabetes hebben, kunnen een HbA1c-waarde ≤ 58 mmol/mol nastreven; bij een diabetesduur ≥ 10 jaar wordt hun HbA1c-streefwaarde ≤ 64 mmol/mol. «

Diabetesverpleegkundigen en Kwaliteitsregister V&V

DOOR: SASKIA VAN BRONKHORST,
ADVISEUR REGISTERS

UIT VRAGEN DIE BIJ DE HELPDESK BINNENKOMEN, BLIJKT DAT HONDERDEN DIABETES-VERPLEEGKUNDIGEN ACTIEF BEZIG ZIJN MET HET BIJHOUDEN VAN HUN DESKUNDIGHEID IN HET KWALITEITSREGISTER V&V. TEGELIJKERTIJD BLIJKT DAT ER SOMS NOG ONDUIDELIJKHEID BESTAAT OVER DE OPZET VAN HET REGISTER. DAAROM ZETTEN WE HIER DE BELANGRIJKSTE VRAGEN NOG EENS OP EEN RIJTJE.

KWALITEITSREGISTER V&V

► Wie gaat er eigenlijk over het Kwaliteitsregister?

Wie bepaalt de regels?

Het Kwaliteitsregister is een onafhankelijk register. Onafhankelijk betekent in dit geval dat een onafhankelijk college de regels bepaalt, bijvoorbeeld voor herregistratie. In het college zijn de belangrijkste gebruiksgroepen van het register vertegenwoordigd: verpleegkundigen en verzorgenden, werkgevers en aanbieders van scholing. Besluiten van het college moeten worden goedgekeurd door het bestuur van V&VN. Het bestuur let er bijvoorbeeld op dat een besluit in overeenstemming is met de professionele standaard. Het praktische beheer van het register ligt in handen van medewerkers van V&VN.

Wat is de rol van V&VN Diabeteszorg?

V&VN Diabeteszorg bepaalt de toelatings-eisen voor het deskundigheidsgebied diabeteszorg. Bovendien bepaalt de afdeling welke scholing geaccrediteerd kan worden voor dit deskundigheidsgebied. Dat doet de afdeling niet zelf, maar daarvoor vaardigt zij enkele beoordelaars af, die deze rol namens de beroepsgroep op zich nemen. Beoordelaars zijn ervaren diabetesverpleegkundigen die goed kunnen vaststellen of een scholing voldoet aan de bijzondere eisen van hun eigen vakgebied. Trouwens, er worden nog twee beoordelaars gezocht, dus als je belangstelling hebt, neem dan contact op via diabeteszorg@venvn.nl.

Wat kan ik allemaal bijhouden in mijn portfolio?

Grosso modo staan er in je portfolio twee categorieën voor deskundigheid:

geaccrediteerde scholing en niet-geaccrediteerde leeractiviteiten (ODA). Volg je een geaccrediteerde scholing, dan zet de aanbieder van de scholing deze in je portfolio. Niet geaccrediteerde leeractiviteiten voer je zelf in. De norm voor geaccrediteerde scholing is 80 uur per vijf jaar, de norm voor niet-geaccrediteerd leren 104 uur per vijf jaar.

Ik heb een scholing op mijn eigen vakgebied diabeteszorg gevolgd. Waar kan ik die in kwijt in het Kwaliteitsregister?

Scholing die je volgt op je eigen vakgebied, kan geaccrediteerd worden voor het Kwaliteitsregister. Bovendien kan die scholing een specifieke accreditatie krijgen voor het deskundigheidsgebied Diabeteszorg. Als diabetesverpleegkundige kun je jouw inschrijving in het Kwaliteitsregister uitbreiden met een inschrijving in het deskundigheidsgebied Diabeteszorg. Dat betekent dat 40 van de 80 uur geaccrediteerde scholing die je volgt zo'n specifieke diabeteszorg-accreditatie moet hebben.

In de andere 40 uur kun je jouw specifieke vakkennis verder versterken, want specifiek geaccrediteerde scholing telt ook altijd mee voor de algemene norm van 80 uur. Maar, je kunt ook geaccrediteerde scholing volgen op verwante vakgebieden, zoals dialyse. En tenslotte kun je geaccrediteerde scholing volgen waarmee je je algemene (verpleegkundige) competenties versterkt, zoals een communicatietraining. In de scholingsagenda van het Kwaliteitsregister, die je kunt vinden op de homepage van het Kwaliteitsregister, vind je een actueel overzicht van alle geaccrediteerde scholing, algemeen en per deskundigheidsgebied, en doorzoekbaar op regio en onderwerp.

Wat zijn ODA's?

Als verpleegkundige leer je op veel manieren: van formele scholing, zoals cursussen en symposia, maar ook van het lezen van een vakblad, intercollegiale toetsing met collega's, het houden van een presentatie of allerlei vormen van leren op de werkplek. Elke activiteit waar je van hebt geleerd, die een leerdoel heeft en waarbij je reflecteert op wat je hebt geleerd, kun je opvoeren onder ODA. In je portfolio kun je deze activiteiten opvoeren door op de overzichtspagina op 'Overige deskundigheidsbevorderende activiteiten' te klikken. In een registratieperiode van vijf jaar kun je op die manier 104 uur deskundigheidsbevordering invullen. Op de website van het Kwaliteitsregister en in je portfolio kun je de 'Richtlijn Overige Deskundigheidsbevorderende Activiteiten' vinden. Daarin is een lijst met activiteiten opgenomen die we kwalificeren als ODA, met per activiteit de tijd die je hiervoor kunt opvoeren.

De eisen in het Kwaliteitsregister V&V zijn veel lager dan in het EADV-register. Klopt dat?

Nee, dat klopt niet. Wel is het zo dat de normen en accreditatie van het EADV-register anders zijn dan die van het Kwaliteitsregister. Bovendien richtte het EADV-register zich voor een groot deel op scholing binnen het eigen vakgebied, terwijl het Kwaliteitsregister veel meer ruimte biedt voor generieke scholing die je volgt als verpleegkundige. Door de ODA's kan leren in de volle breedte meetellen.

Binnenkort moet ik op voor herregistratie. Hoe gaat dat in zijn werk?

Moet je op voor herregistratie, dan krijg je daar vanaf drie maanden voor afloop van je lopende registratieperiode bericht van in je mailbox. Zorg ervoor dat je alle deskundigheidsbevorderende activiteiten in je portfolio hebt gezet en hou ook in de gaten of alle geaccrediteerde scholing er al in staat. Overigens verloopt je herregistratie als verpleegkundige in het Kwaliteits-

register apart van de herregistratie in het deskundigheidsgebied Diabeteszorg, ook als je je op dezelfde datum hebt ingeschreven. Je krijgt dus steeds twee berichten, en moet dus ook twee keer de voorgeschreven stappen volgen.

Wat gebeurt er als ik niet aan de herregistratie-eisen kan voldoen?

Mocht je niet aan de herregistratie-eisen kunnen voldoen, dan kun je eenmalig voor een van beide varianten van 'herregistratie beperkte duur' kiezen. Dit betekent dat jouw registratieperiode één of 2,5 jaar opschuift. Let op, de scholingsuren die je in het eerste jaar of 2,5 jaar hebt gevolgd, ben je kwijt. Lukt het na die uitstelperiode nog altijd niet om aan de norm te voldoen, dan wordt jouw registratie doorgehaald. En helaas betekent het doorhalen van jouw algemene registratie dat ook jouw registratie in het deskundigheidsgebied vervalt. Andersom is dit overigens niet zo. Heb je onvoldoende voor diabeteszorg geaccrediteerde scholing gevolgd, dan kun je als verpleegkundige gewoon geregistreerd blijven in het Kwaliteitsregister.

Als ik vragen heb over het bijhouden van mijn deskundigheid, bij wie kan ik dan terecht?

Op de website van het Kwaliteitsregister (www.kwaliteitsregister.venvn.nl) is veel informatie te vinden over de achtergrond en werking van het register. Daar kun je ook de webberichten vinden waarmee wij gebruikers op de hoogte houden van nieuwe ontwikkelingen, zoals recent de lancering van de Kwaliteitsregister-app. Heb je vragen over de werking van je portfolio of herregistratie, stuur dan een mail naar registers@venvn.nl of bel met 030-2919050. «



99+ Een geheim .. of geluk?

► Waarom worden sommige mensen zo oud? Is het puur geluk of bestaat er een nog niet ontrafeld geheim? Twee artsen Hans van Hateren en Nanno Kleefstra spraken met tien vitale eeuwelingen op zoek naar het antwoord op deze vraag.

Een onderzoek naar de zin en onzin van de behandeling van diabetes, bloeddruk en cholesterol bij ouderen. Het resultaat? Tien bijzondere en totaal verschillende levensverhalen, met prachtige foto's van

Ben Vulkers die we in dit nummer van *Diabetes Pro* mochten gebruiken.

De opbrengsten van dit boek gaan naar wetenschappelijk onderzoek. ◀



EVENTEN- KALENDER 2018/2019

EVENTEN

SCHOLINGEN HEALTH INVESTMENT

Voor meer informatie over onderstaande scholingen: www.healthinvestment.nl

**REGIOSCHOLINGEN
V&VN DIABETESZORG NAJAAR 2018**
"Diabetes door dik en dun"

2 Oktober 2018
West
Zaantheater - Zaandam

4 Oktober 2018
Mid-West
Van der Valk Hotel - Nieuwerkerk a.d. IJssel

30 Oktober 2018
Noord
Van der Valk Hotel - Assen

1 November 2018
Oost
Reehorst - Ede

5 November 2018
Zuid
Apollo Hotel - Breda

12 Oktober 2018
6e Landelijke Diabetescongres
Reehorst - Ede

8 November 2018
10e Alpha Omega Congres
Reehorst - Ede

29 November 2018
9e BIG5 Ouderencongres
Reehorst - Ede

13 Juni 2019
**Nationaal Diabetesverpleegkundigen
Congres 2019**

Tot 1 december geldt er een speciaal Early Bird-tarief van € 50,- daarna bedraagt de deelnemersbijdrage € 75,-.
Reehorst - Ede

SCHOLINGEN SCHEM

Voor meer informatie over onderstaande scholingen: www.schem.nl

31 Oktober 2018
Expert Meeting
Cardiovasculair risicomanagement bij diabetes en verhoogd CV-risico.
Hotel Wientjes - Zwolle

1 November 2018
Type 1 en Sport
Omnisportcentrum - Apeldoorn

13 November 2018
Praktische insuliner therapie
Een verdiepingscursus in combinatie met een E-learning
Van der Valk Hotel - Leeuwarden



CONTOUR[®]



snel, 5 seconden testtijd



eenvoudig in gebruik



optionele geavanceerde functies

HELPT BIJ HET EENVOUDIG METEN VAN UW BLOEDGLUCOSE



- Direct uit de verpakking te gebruiken
- Groot display en grote knoppen
- Maaltijdmarkering
- Verbeterde prikpen
MICROLET[®]NEXT in startpakket
- Nauwkeurig^{1,2,3} meten
- Voldoet aan alle kwaliteitseisen zoals omschreven in de Kwaliteitsstandaard Diabeteshulpmiddelen⁴



Wilt u meer weten over deze bloedglucosemeter?

Wij helpen u graag. Bel gratis met onze klantenservice: 0800 235 22 937
Of lees meer over de Contour producten op www.diabetes.ascensia.nl

1. CONTOUR[®] bloedglucosemeter handleiding.
2. Bailey T et al. Performance evaluation of the CONTOUR[®] blood glucose monitoring system, with an updated meter algorithm, in the hands of users. Abstract 58. Presented at the 8th international conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD); 18–21 February 2015; Paris, France.
3. Harisson B et al. Accuracy evaluation of the CONTOUR[®] blood glucose monitoring system with an updated meter algorithm. Poster presented at the 8th international conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD); 18–21 February 2015; Paris, France.
4. www.keuzehulpbloedglucosemeter.nl

