

DIABETESPRO

JAARGANG 33

► **THEMA** **DE VROUW - DE MAN**

Over passie voor het vrouwenhart,
seksuele disfuncties en geslachtsgebonden
verschil in effectiviteit van afvalprogramma's

► **EXPERTISCENTRUM** **V&VN DIABETESZORG**

► **DIABETES-APPS**

Gebruiken we ze?

Regioscholingen

V&VN Diabeteszorg

(voorheen EADV-regiobijscholingen)

Voorjaar 2018

ZUID	Maandag 5 maart 2018
NOORD	Donderdag 22 maart 2018
WEST	Dinsdag 10 april 2018
MID-WEST	Dinsdag 17 april 2018
OOST	Dinsdag 24 april 2018

Najaar 2018

WEST	Dinsdag 2 oktober 2018
MID-WEST	Donderdag 4 oktober 2018
NOORD	Dinsdag 30 oktober 2018
OOST	Donderdag 1 november 2018
ZUID	Maandag 5 november 2018

COLOFON

Uitgever

Health Investment
Oudegracht 6, 3511 AM Utrecht
T +31 (0)30-22 31 797
E info@healthinvestment.nl

Hoofdredacteur

Marijke Overkamp-Wichart,
diabetesverpleegkundige

Redactie

Roelf Holtrop, huisarts
Margriet Bonthuis, diabetesverpleegkundige
Arianne van Bon, internist-endocrinoloog
Tammy Faassen, (kinder)diabetesverpleegkundige
Harold de Valk, internist
Kinzie Pulles, diëtist
Jet Jonker, praktijkondersteuner diabetes

Eindredactie

Marrian Enserink, Nadox teksten

Basisontwerp en vormgeving

Eric Huysdens & Leon Gerritse,
Huyswerk communicatie

Drukwerk

Groen Media

Redactieadres

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

Advertentie-exploitatie

Health Investment
Oudegracht 6, 3511 AM Utrecht
T +31 (0)30-22 31 797
E marieke.schooleman@healthinvestment.nl

Abonnement

Diabetes Pro verschijnt vier keer per jaar. Om Diabetes Pro te ontvangen moet u lid of buitengewoon lid zijn van V&VN Diabeteszorg. Leden en buitengewone leden van V&VN Diabeteszorg 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 VERSCHILLEN

In 2017 is Nederland van de 16e naar de 32e plaats gedaald op de ranglijst van het World Economic Forum voor landen met gelijkheid tussen mannen en vrouwen. De media hebben hier uitgebreid aandacht aan besteed. Ongelijkheid in inkomen en politieke macht is in ons land zelfs toegenomen. Hoewel mannen en vrouwen in Nederland voor de wet al sinds 1974 gelijk zijn, zijn zij dat in de praktijk dus nog steeds niet.

Toen we als redactie vorig jaar de thema's voor 2018 uitkozen, was één ervan 'man/vrouw en diabetes'. Het was nog net voor de landelijke discussie over genderdiversiteit en we waren gewoon nieuwsgierig of er verschillen zijn in de diabetesbehandeling van mannen en vrouwen, maar ook wilden we meer weten over de rol die hormonen spelen bij diabetes en de invloed die diabetes heeft op seksualiteit.

Onze aandacht in dit nummer gaat onder meer uit naar het vrouwenhart. Cardioloog en gezondheidswetenschapper Janneke Wittekoek schreef er een boek over. Vrouwen met diabetes hebben een hoger risico op hart- en vaatziekten dan mannen. Dit komt onder meer doordat diabetes bij vrouwen gepaard gaat met andere risicofactoren. In de strijd tegen hart- en vaatziekten bij vrouwen is het dus de hoogste tijd dat er een actief preventief beleid gevoerd gaat worden.

Zo'n gezonde leefstijl is natuurlijk ook heel belangrijk voor mannen. Diëtist Ruben Snelders merkt dat mannen vaak minder bereid zijn om diëten een beperking te laten zijn op hun leven. Maar als zij eenmaal de eerste stap hebben gezet en de knop is om, zijn ze weer vaker succesvoller in de rest van het traject. Zo blijft 'leefstijl' ook in het nieuwe jaar een belangrijk thema in onze spreekkamers.

Marijke Overkamp-Wichart, diabetesverpleegkundige en hoofdredacteur Diabetes Pro.

NIEUW

Fruit & Groente Spread, lekker voor op brood!



Nieuw! Blue Band Fruit & Groente Spread zit boordevol fruit, groente en peulvruchten. Er blijft dus weinig ruimte over voor andere ingrediënten, zoals extra suiker. Het heeft wel de heerlijke zoete smaak van de fruit & groente, terwijl het **60 tot 80 % minder suiker** bevat dan jam**. Blue Band Fruit & Groente spread is dus verantwoord genieten!



*Bevat alleen suikers die er van nature in voorkomen. **Uitgaande van de gemiddelde jam, halvajam en marmelade in Nederland.

THEMA

DE VROUW - DE MAN

Sekseverschillen verwijzen naar biologische verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij genderverschillen gaat het om zowel psychologische als sociologische verschillen tussen beide geslachten, die zich uiten in mannelijke en vrouwelijke houdingen en gedragingen.



14

'MEER GEZIEN EN GEHOORD'

Naar verwachting wordt komend najaar het nieuwe Diabetesjaargesprek over het hele land uitgerold. Bij dit gespreksmodel horen handzame tools die (huis)artsen, praktijkondersteuners en verpleegkundigen bij hun gesprekken kunnen inzetten.

26

MAAK SEKSUALITEIT BESPREEKBAAR

Ondanks het gegeven dat seksuele disfuncties vaak voorkomen bij diabetes blijft het één van de meest genegeerde complicaties in de diabeteszorg.

40

SPORT EN BEWEGEN: EEN 'HEIKEL' ONDERWERP

Hoeveel informatie moet je geven, hoeveel discussies moet je voeren? Hoeveel moet je gaan in het helpen zoeken naar laagdrempelig aanbod?

- | | | | |
|-----------|---------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------|
| 3 | Van de redactie | 36 | 'Mama heeft diabetes' |
| 6 | Kort nieuws | 37 | Column Veerle Huigen |
| 8 | 5 vragen | 38 | Gelezen in |
| 9 | Column Anita Faber | 39 | Handige app |
| 10 | Diabetes-apps:
gebruiken we ze? | 40 | Sport en bewegen:
een 'heikel' onderwerp |
| 14 | 'Meer gezien en gehoord' | 43 | Evenementenkalender |
| 18 | Het vrouwenhart | | |
| 22 | Hormonen maken de man
én de vrouw | | |
| 26 | Maak seksualiteit bespreekbaar | | |
| 29 | Beperkte verschillen | | |
| 30 | Legt sekseverschil gewicht
in de schaal? | | |
| 34 | Mannen meer moeite
met eerste stap | | |

Handboek zwangerschapsdiabetes

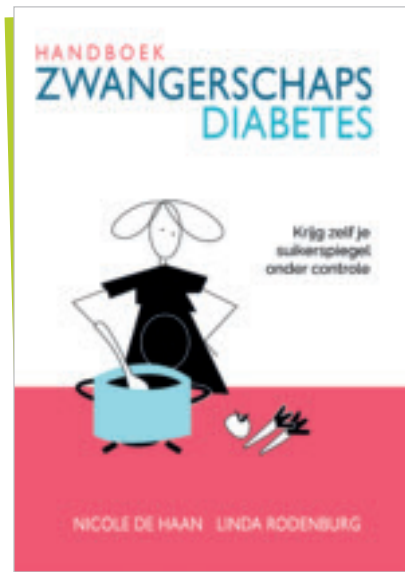
► Over zwangerschap valt genoeg te lezen, maar als een vrouw diabetes krijgt tijdens de zwangerschap kan dat het verloop, de bevalling en de gezondheid op lange termijn negatief beïnvloeden. Het Handboek Zwangerschapsdiabetes is een naslagwerk dat dan goed van pas kan komen.

Het handboek geeft antwoord op vragen als:

- Wat is zwangerschapsdiabetes;
- Waarom krijg je het;
- Wat zijn de gevolgen voor je kind;
- Wat is eraan te doen;
- Welke invloed heeft je eetpatroon op je suikerspiegel;
- Hoe krijg je zelf je suikerspiegel onder controle.

Het boek geeft een heldere uitleg over de laatste wetenschappelijke inzichten en biedt praktische adviezen om via voeding en leefstijl de suikerspiegel weer onder controle te krijgen. Het richt zich op zwangere vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben of een hoog risico lopen het te krijgen door bijvoorbeeld overgewicht of omdat er diabetes type 2 in de familie voorkomt. Daarnaast is het boek een handig naslagwerk voor de verloskundige en andere professionals die betrokken zijn bij de zorg voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes.

Het handboek Zwangerschapsdiabetes is geschreven door diëtisten Nicole de Haan en Linda Rodenburg en is verkrijgbaar bij bol.com ◀



MedApp: nooit meer de medicatie vergeten

► MedApp is een nieuwe medische applicatie die gebruikers meer grip biedt op hun medicatie. Correcte inname van medicatie is belangrijk, maar meerdere medicijnen en verschillende inname momenten maken dat soms lastig. In samenwerking met databedrijf Sentiance introduceert MedApp daarom 'slimme wekkers'. Sentiance verzamelt data van gebruikers en voorspelt daarmee geschikte momenten voor een alarm. De slimme wekkers gaan dus pas af wanneer de gebruiker dat het beste uitkomt.

Gebruikers scannen bijvoorbeeld de barcodes van hun medicijnen en stellen later de inname momenten in. Op die manier ontstaat een persoonlijk innameschema. Zo wordt medicatie niet meer vergeten en therapietrouw gefaciliteerd. De standaardwekker van Medapp gaat af op vaststaande en door de gebruiker gekozen momenten, dus ook als de gebruiker bijvoorbeeld onderweg is. Maar, als de gebruiker onderweg is kan hij of zij de wekker op dat tijdstip misschien niet aanvinken, in dat geval zal er later nog een herinneringsmoment komen.

Therapietrouw

Om de kans op vergeten te verkleinen, houden de slimme wekkers rekening met tijden dat de gebruiker niet in staat is om medicatie in te nemen. De kosten van therapieontrouw lopen op tot miljarden euro's per jaar. MedApp zou een hulpmiddel kunnen zijn bij het terugdringen van deze kosten. Uit onderzoek onder 250 gebruikers heeft 75 procent aangegeven dat de app geholpen heeft geholpen om therapie-trouw daadwerkelijk te verbeteren.

Privacy

De privacy van gebruikers is gewaarborgd, omdat de gegevens op geen enkele manier gedeeld worden en alleen verzameld worden op basis van expliciete toestemming van de gebruiker. Gebruikers krijgen toegang tot de slimme wekkers door de Onderzoeks-module (Android) of Testlab (IOS) aan te zetten. Dit kan onder meer in het hoofdmenu. Als deze module aanstaat, kunnen de slimme wekkers worden geactiveerd.

Voor meer informatie: www.medapp.nu ◀

Beste idee: 'Zwangerschapsdiabetes en dagelijkse kost'

► Tijdens het jubileumsymposium van Diabetes en Nutrition Organization (DNO) op 24 november 2017 werd het project 'Zwangerschapsdiabetes & dagelijkse kost' van Corien Maljaars gekozen als beste idee ter verbetering van de voedingszorg voor mensen met een hoog risico op diabetes. Aanpassingen in de voeding zijn een belangrijke basis van de behandeling. Corien Maljaars is diëtiste. Ze maakte animatievideo's over voeding en zwangerschapsdiabetes die vrouwen op hun telefoon, tablet of app kunnen bekijken voor of na een bezoek aan

de diëtiste. Betekenisvolle blended care: e-health in combinatie met persoonlijk advies door de diëtist.

Op Werelddiabetesdag presenteerde de International Diabetes Federation dat een op de zeven zwangere vrouwen zwangerschapsdiabetes heeft en dat bijna de helft van de vrouwen met zwangerschapsdiabetes binnen enkele jaren na de bevalling diabetes type 2 ontwikkelt.

Voor meer informatie: www.corienmaljaars.nl ◀

NDF Stakeholdersdialoog: Real Time Continue Glucose Monitoring

► De Nederlandse Diabetesfederatie start een NDF Stakeholdersdialoog Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM). De nieuwe dialoog, die mede mogelijk wordt gemaakt door het ministerie van VWS, richt zich op de ontwikkeling van een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard met landelijke kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige RTCGM.

Binnen de diabeteszorg staat RTCGM volop in de belangstelling. Recent nog werd op advies van de Rondetafel Diabeteszorg

besloten om twee extra groepen mensen met diabetes in aanmerking te laten komen voor RTCGM als verzekerde zorg. Vrouwen met diabetes die zwanger willen worden en mensen met diabetes type 1 die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemieën en/of ongevoeligheid om hypoglykemie waar te nemen. Bovendien vormt RTCGM een onderdeel van innovatieve closed loop-systemen die in ontwikkeling zijn. De ontwikkelingen op dit terrein gaan snel, een eerste systeem heeft al goedkeuring gekregen van de Amerikaanse toezichthouder en de verwachting is dat deze in 2018 naar Europa komt.

Daarmee wordt ook gehoor gegeven aan de uitnodiging van Zorginstituut Nederland dat aangeeft het zeer wenselijk te vinden als diverse partijen zelf criteria gaan formuleren waaraan goede diabeteszorg moet voldoen. Daarmee ontstaan breed gedragen kwaliteitscriteria die voor zorgverleners leidend zijn voor de inhoud en organisatie van de zorg, die de patiënt inzicht geven in wat hij of zij kan verwachten, en die zorgverzekeraars kader bieden voor de inkoop van de zorg. «

Wish Flower

► Steeds vaker delen jongeren hun gevoelens en gedachten over diabetes in een blog of op een website. Zo ook de 26-jarige Lauriëtte uit Rotterdam. Haar site heet Wish Flower, en ze schrijft blogs over lifestyle en mindstyle, maar ook over haar ziekte en hoe ermee te leven. Over leuke dingen, en soms ook over de minder leuke dingen.

Begin 2015 is Lauriëtte gediagnostiseerd met diabetes type 1, waardoor haar leven ingrijpend is veranderd. Door hier open over te zijn en haar ervaringen te delen, merkt ze dat ze de diabetes beter een plekje in haar leven kan geven. Schrijven is voor haar niet alleen een uitlaatklep of een middel tot zelfreflectie, maar vooral ook een manier om haar verhalen en inspiratie te delen met de rest van de wereld.

Ook voor diabeteszorgverleners kan het nuttig zijn haar website eens te bezoeken, om een inkijkje te krijgen in het leven van een jonge vrouw met diabetes type 1. Over haar ervaringen met minimed infusiesets, haar overstap naar de insulinepomp, haar zoektocht, en de strijd om diabetes type 1 te accepteren.



Benieuwd geworden?

Volg Wish Flower via Facebook, Twitter, Instagram, Bloglovin en RSS. «

Nieuw boek: 'Samen beslissen' over zorgreductie en meer patiënttevredenheid

Eind 2017 is het eerste boek verschenen over het onderwerp 'Betere zorg door samen beslissen', geschreven door Teunis en Hageman.

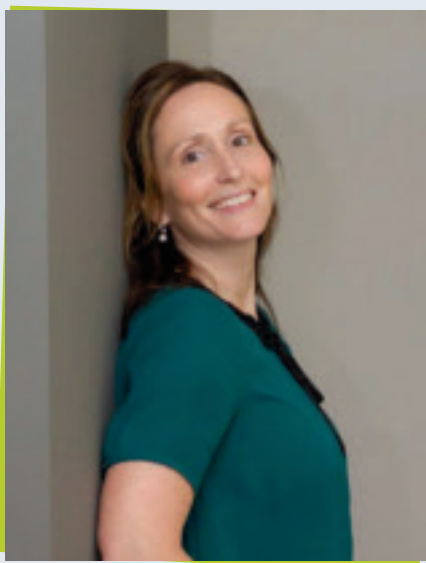
Patiënten moeten vaak in korte tijd veel moeilijke beslissingen nemen die directe gevolgen hebben voor hun leven op korte of lange termijn. Daarom is het van belang dat ze weten welke keuzes mogelijk zijn en dat zorgverleners patiënten ondersteunen bij het maken van dergelijke keuzes. Samen beslissen vereist gedragsverandering van zorgprofessionals, patiënten, organisaties en soms ook verandering van financiering. Teunis en Hageman onderzochten aan Harvard Medical School in Boston het effect van gezamenlijke besluitvorming. Zij ontdekten in de praktijk dat patiënten veel beter geïnformeerd konden worden.

Hageman en Teunis willen een stimulerende en verbindende rol spelen op dit gebied. Gericht op goedkopere zorg, minder versnippering, efficiëntie en duidelijkheid voor de patiënt. Ze schreven het boek 'Samen beslissen: waarom moeilijk doen als het samen kan'. In het boek komen zowel dokters als patiënten aan het woord. «



Margreet Mazier, praktijkverpleegkundige bij huisartsenpraktijk Harderwijk en specialist chronische nierschade bij Medicamus

DOOR: JET JONKER, PRAKTIJKONDERSTEUNER DIABETES, OUDERENZORG CVRM, HUISARTSENPRAKTIJK ERMELO



Margreet Mazier, foto: Kyra Bouman

► 1. Wat doe je precies in je werk?

Ik werk als verpleegkundig specialist in een huisartsenpraktijk in Harderwijk waar ik spreekuur doe voor alle voorkomende klachten. Daarnaast ben ik actief binnen de chronische zorg, dat wil zeggen de diabeteszorg, astma- en COPD-zorg, cardiovasculaire zorg en de ouderenzorg. Naast deze baan werk ik voor de zorggroep als projectleider voor het regioproject chronische nierschade. Dit project begeleidt huisartsenpraktijken bij de registratie en behandeling van chronische nierschade van hun patiënten.

2. Op welke manier ben je bij diabetes betrokken?

Een aantal uur per week hou ik spreekuur voor mensen met diabetes mellitus type 2. Het is mooi om als verpleegkundig specialist alle facetten van de behandeling te kunnen doen. Zo komt ook de behandeling van chronische nierschade aan bod. Als verpleegkundig specialist ben ik afgestudeerd op het onderwerp 'chronische nierschade binnen de eerste lijn', gericht op betere registratie en behandeling van chronische nierschade. Uit onderzoek blijkt dat bijna dertig procent van de mensen met diabetes nierschade ontwikkelt. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. Nierschade is niet te voorkomen, maar vroegtijdige behandeling kan er wel voor zorgen dat ernstige nierschade en cardiovasculaire complicaties worden voorkomen. Omdat wij in de eerste lijn deze nierschade vaak als eerste ontdekken, zijn wij ook de aangewezen behandelaars om er vroegtijdig mee aan de slag te gaan. Op regionaal niveau zijn we daarom een project gestart om de registratie en behandeling van chronische nierschade te optimaliseren. Op deze manier willen we onze patiënten met diabetes, maar ook met cardiovasculair risico nog beter behandelen.

3. Kun je een praktijkervaring delen?

Veertien jaar geleden begon ik met het opzetten van het diabetesspreekuur in de praktijk waar ik nog steeds werk. Dit betekent dat ik sommige mensen al jaren begeleid. Ik zie dat bepaalde omstandigheden er, soms na jaren, toe kunnen leiden dat er een positieve omslag komt in leefstijl en daardoor ook in de diabetes. Ook zie ik dat de gestructureerde zorg op praktijkniveau heeft geleid tot zichtbare verbetering op het gebied van controles en registratie.

4. Zijn er ontwikkelingen die je hoop geven op genezing?

In mijn werk ontmoet ik alleen patiënten met diabetes type 2. Bij deze groep patiënten zie ik soms dat de diabetes verdwijnt bij afvallen of een streng koolhydraatarm dieet. Het is dus mogelijk. Helaas zie ik ook vaak dat de diabetes weer terugkeert zodra mensen hun discipline verliezen. Het vraagt dus veel doorzettingsvermogen van de patiënt en een continue stimulans van de hulpverlener. Dit staat natuurlijk los van alle ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied die hoop geven op nieuwe behandelingen en op het voorkomen van diabetes.

5. Welke tips heb je voor diabeteshulpverleners?

Zorg ervoor dat patiënten snappen wat hun ziekte inhoudt, hoe het lichaam werkt, wat de mogelijke complicaties zijn en wat zij zelf kunnen bijdragen. Dit geldt zeker ook op het gebied van chronische nierschade!

margreetmaz@gmail.com «



VAN DE VOORZITTER EXPERTISECENTRUM V&VN DIABETESZORG

Na een intensieve periode van transitie zijn we dit jaar echt van start gegaan als kersverse afdeling V&VN Diabeteszorg!

Aan het begin van elk nieuw beleidsjaar, meestal in januari, trekt het bestuur zich een aantal dagen terug. We brainstormen, we discussiëren en we hakken knopen door als het mogelijk is. Zo ook dit jaar. Alle input die we de afgelopen jaren van jullie hebben ontvangen, in welke vorm dan ook, heeft geleid tot een nieuw meerjarig beleids- en actieplan.

In de toekomst willen we onverminderd diabeteszorg (blijven) leveren die recht doet aan doelmatigheid en kwaliteit. Diabeteszorg die zo veel mogelijk wordt onderbouwd met 'evidence' en die onze cliënten maximaal betreft in de besluitvorming. Diabetesverpleegkundigen baseren hun handelen hierbij op het beroepsprofiel van de regieverpleegkundige en (hiervan afgeleid) het 'Beroepsdeelprofiel Diabetesverpleegkundige'.

Van harte welkom bij V&VN Diabeteszorg: hét expertisecentrum van en voor alle verpleegkundigen die expert zijn in diabeteszorg of zich erin willen verdiepen.

Alleen gaan we misschien sneller, maar samen komen we verder!

Anita Faber, voorzitter V&VN Diabeteszorg

VRAAG & ANTWOORD

Wanneer kan bepaling van het c-peptide zinvol zijn bij diabetes type 2?

- A. Bij twijfel over het type diabetes (type 1, 2 of LADA).
- B. Bij secundaire diabetes mellitus als gevolg van pancreasschade (recidiverende pancreatitis).
- C. Bij overgewicht met ernstige insulineresistentie.
- D. In alle bovengenoemde situaties.

Lees het antwoord op pagina 39

Diabetes-apps

GEBRUIKEN WE ZE?

DOOR: CÂTHY JANSEN,
OPRICHTER STICHTING ÉÉNDIABETES

IN SEPTEMBER EN OKTOBER 2017 STOND OP ONZE WEBSITE EEN VRAGENLIJST OVER HET GEBRUIK VAN DIABETES-APPS. TIJDENS HET ALPHA OMEGA CONGRES, VORIG JAAR NOVEMBER IN EDE, BESPRAKEN ANNE JACOBS, REDACTIELID STICHTING ÉÉNDIABETES EN IK DE UITKOMSTEN MET DE DIABETESVERPLEEGKUNDIGEN. DIE UITKOMSTEN WERDEN GOED ONTVANGEN, DAAROM DELEN WE ZE OOK GRAAG MET JULLIE.

► Het RIVM deed in 2015 onderzoek naar het gebruik van medische apps. In samenwerking met Diabetesvereniging Nederland deden 240 mensen met zowel diabetes type 1 als type 2 mee aan dit onderzoek. Hieruit kwam naar voren dat slechts 31 procent van de respondenten een app gebruikt voor het reguleren van de bloedsuikers, waarvan het grootste gedeelte de app Helpdiabetes en de Koolhydraatkenner gebruikt. Er deden 91 mensen met diabetes type 1 mee aan dit onderzoek en de leeftijd van de respondenten lag beduidend hoger dan de doelgroep van Stichting ééndiabetes (slechts 44 mensen met een leeftijd onder de 40 jaar). Wij waren daarom benieuwd of de uitkomsten anders zouden zijn onder onze eigen doelgroep. Een doelgroep die enigszins vergroeid is met zijn of haar smartphone.

Wie deden er mee?

In september en oktober hebben 128 mensen met diabetes type 1 onze vragenlijst ingevuld. Van deze mensen was 83 procent vrouw en 17 procent man, wat redelijk overeenkomt met onze Facebook-statistieken (77 procent vrouw en 23 procent man). Van de respondenten was 85 procent tussen de 18 en 35 jaar oud, 109 jongvolwassenen (dé doelgroep van ééndiabetes).

'IK WIL ZO'N APP DIE EEN PUSHBERICHT STUURT ALS ER EEN ANDERE DIABEET IN DE BUURT IS.'

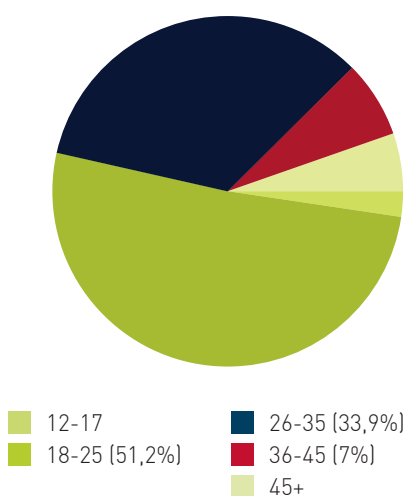
Pomp en pen

Van deze 128 respondenten spuiten er 38 mensen insuline (29,7 procent) en gebruikt de rest een insulinepomp. De meeste mensen gebruiken de Medtronic 640G, op de voet gevolgd door de Omnipod. Wij vonden het opvallend dat 19,5 procent van de respondenten de Freestyle Libre gebruikt, 9,4 procent een Dexcom CGM en 10,2 procent de Enlite CGM van Medtronic, een totaal van 39 procent gebruikt dus een glucosesensor. Er is ook een vrij grote groep van 11,7 procent mensen die het gebruik van een CGM of Freestyle Libre afwisselen met gewoon prikken. De rest van de respondenten (46,1 procent) gebruikt alleen een bloedsuikermeter om de bloedsuikerwaardes te meten.

Koolhydraten tellen

We hebben in onze vragenlijst onderscheid gemaakt tussen apps voor het tellen van koolhydraten en overige diabetes-apps. Van de 128 respondenten geeft 48 procent aan nooit een app te gebruiken voor het

Figuur 1: Hoe oud ben je?





Al vijf jaar draait Stichting ééndiabetes volledig op vrijwilligers. Hun doel is jongvolwassenen met diabetes type 1 te stimuleren positief en zelfstandig met hun diabetes te leven, door oprechte ervaringen te delen via verschillende kanalen.

tellen van koolhydraten en 20 procent van de respondenten zegt überhaupt nooit koolhydraten te tellen, maar het meer op fingerspitzengefühl te doen. Slechts 30 procent van de respondenten gebruikt een app voor het tellen van koolhydraten en 3 procent gebruikt Google.

Van de mensen die wel een app gebruiken voor het tellen van koolhydraten, zijn dit de favorieten:

- ▶ Fatsecret (31 procent)
- ▶ Mijn Eetmeter (30 procent)
- ▶ MyFitnessPal (21 procent)
- ▶ Koolhydraatkenner (12 procent)

Redenen

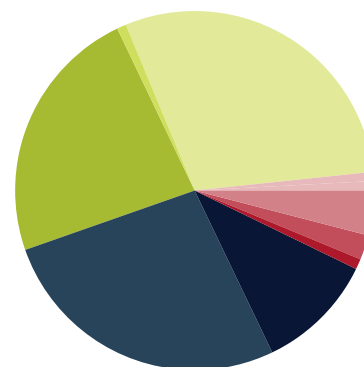
Wij waren benieuwd naar de redenen waarom mensen wel of geen app gebruiken voor het koolhydraten tellen. De meest genoemde redenen zijn: om nieuwe producten op te zoeken en omdat men de smartphone toch altijd bij zich heeft, het simpelweg makkelijker is. Ook geven sommige respondenten aan betere bloedsuikers te krijgen door koolhydraten te tellen en gebruikt men een app ter referentie. Eén van de respondenten schrijft: 'Ik vind het vooral handig ter controle, om na te gaan of dat wat ik zelf in mijn hoofd

heb over producten wel klopt. Maar ook om nieuwe dingen op te zoeken en vervolgens mijn dosis insuline erop aan te passen.' Het is wellicht interessanter om te weten waarom de overgrote meerderheid (68 procent) van de respondenten geen app gebruikt voor het tellen van koolhydraten? Allereerst zegt men de meeste producten wel uit het hoofd te kennen en als tweede reden om geen app te gebruiken wordt 'tijdrovend' genoemd. Er is natuurlijk de grote groep van 20 procent die überhaupt geen koolhydraten telt en de hoeveelheid insuline inschat op gevoel, maar er zijn ook respondenten die aangeven gezocht te hebben, maar geen enkele app fijn gevonden te hebben. Eén van de respondenten schrijft: 'Mijn persoonlijke inschatting is tot nog toe altijd genoeg geweest. Ik heb ook gemerkt dat het spuiten van insuline geen exacte wetenschap is. De ene keer heb ik meer nodig dan de andere keer.'

Andere diabetes-apps?

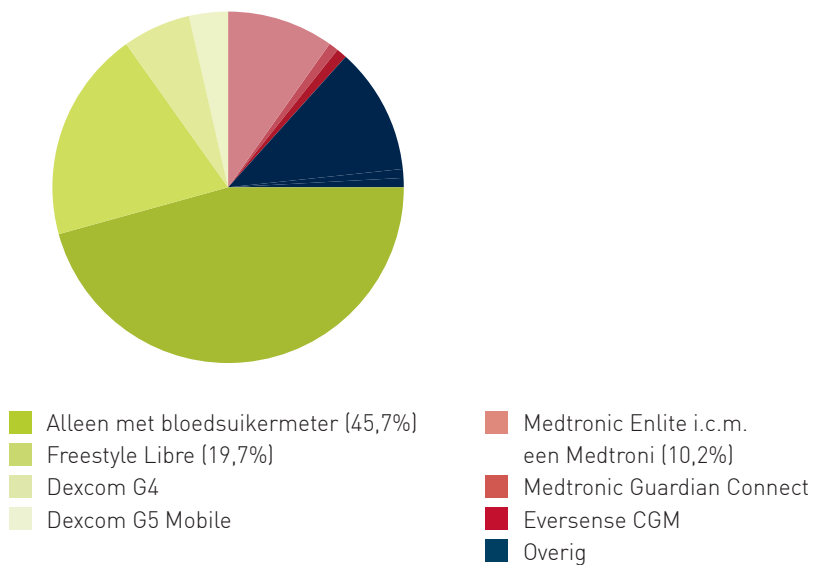
Uiteraard waren we ook benieuwd of men dan andere diabetes-apps gebruikt. Een grote groep van 48 procent gebruikt geen apps. De overige 52 procent van de respondenten gebruiken veel verschillende apps. Er is er niet eentje die er duidelijk ▶

Figuur 2: Pompem of spuiten? Wat gebruik jij?



- Omnipod (23,4%)
- Ypsopump
- Insulinepennen (29,7%)
- Overige
- Accu-Check Insight (29,7%)
- Accu-Check Spirit Combo
- Animas Vibe
- Medtronic Minimed Veo (10,9%)
- Medtronic 640G (26,6%)

Figuur 3: Meten is weten!
Hoe meet jij op dit moment voornamelijk je bloedsuikerwaardes?



uitspringt. Het aantal gebruikers van apps als MySugr (een logboek-app), de app van Diasend (de app van de software om je pomp, meter of sensor mee uit te lezen) en Librelink (de Android-app om de Freestyle Libre mee te scannen) ligt in onze resultaten vrij dicht bij elkaar. Daarnaast gebruikt een kleine groep respondenten een Medical ID-app en een HbA1c converter (om de nieuwe HbA1c-waardes van mmol/mol om te rekenen naar de oude procenten – ik ben er ook zo eentje).

Overwegingen

Van de mensen die wél een app gebruiken, gebruikt men de app als logboek en om meer inzicht te krijgen in de bloedsuikerwaardes. Daarnaast gebruiken sommigen een app om ook beweging en andere voedingswaardes te kunnen tracken. Eén van de respondenten geeft aan: *‘Af en toe gebruik ik een diabetes-app om mezelf weer even wat discipline bij te brengen wat betreft meten en bolussen.’* Van de mensen die geen app gebruiken zeggen de meesten dat het niet nodig is, men redt het ook zonder app. Daarnaast is er een groep respondenten die nooit aan een app heeft gedacht of niet eens wist dat er zo veel diabetes-apps waren. Net als bij het koolhydraten tellen, is de derde meest genoemde reden dat het te veel tijd en moeite kost om alles in te vullen. Ook hier zegt een aantal respondenten nog geen fijne app gevonden te hebben en zeggen (terecht) ook een aantal mensen dat alle informatie in principe opgeslagen is in de insulinepomp. Eén van de respondenten vertelt: *‘Ik heb een tijdje geprobeerd om al-*

les bij te houden in een app, maar ik vergeet steeds mijn bloedsuikerwaardes in te voeren. Het voegt voor mij dan niks toe.’

Niet compatibel

Wij vragen ons wel af of al deze medische apps de smartphonemarkt goed genoeg kunnen bijbenen. Meer en meer nieuwe producten in diabetesland werken met een app, maar tegelijkertijd zien wij ook dat de app voor de Dexcom G5 en de mobiele Dario-bloedsuikermeter bijvoorbeeld niet compatibel zijn met alle smartphones. De Freestyle Libre kan inmiddels ook met de Librelink-app gescand worden, maar werkt niet met iPhone (de Freestyle Libre werkt met Near Field Communication (NFC) en iPhones hebben geen NFC chip). Daarbij hebben veel nieuwe smartphones een sterkere NFC-chip gekregen (zodat we met onze telefoon contactloos kunnen betalen bijvoorbeeld), maar deze chip is té sterk voor de sensor en maakt sommige sensoren zelfs kapot*. (*informatie op basis van gebruikerservaringen uit onze community)

Gemis?

Wij waren benieuwd welke app onze achterban op dit moment mist. Van alle reacties die wij kregen op deze vraag hebben wij er zeven geselecteerd die het beste alle reacties samenvatten: *‘Eén die de data van mijn Fitbit combineert met de data uit de CGM! Nu doe ik dat zelf op gevoel, maar daar kan volgens mij zo veel meer mee gedaan worden!’*

‘Een sensor die mijn waardes automatisch

naar een app stuurt, zodat het ziekenhuis daarmee grafieken kan inzien, er opmerkingen kan bijzetten en zo patronen kan herkennen. Ik wacht nog steeds op een app van Diabeter.’

‘Ik wil zo’n app die een pushbericht stuurt als er er een andere diabeet in de buurt is.’
‘Een online-afsprakensysteem voor het ziekenhuis. Wat een drama is dat afspraken plannen zeg.’

‘Een app die al mijn data combineert (hoeveel insuline ik geef, wat m’n waardes zijn) en op basis daarvan adviseert hoe ik eventueel iets kan aanpassen om hypo’s/hypers te voorkomen.’

‘Ik wil één app die alles kan: meten, insuline berekenen en het toedienen/aansturen van mijn pomp.’

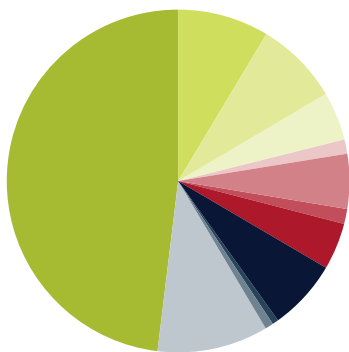
‘Ik mis geen apps, eerder een genezing :-)’

Online community

Van de éémdiabetes-achterban kunnen we wel stellen dat de grote meerderheid actief is op social media. We vroegen ons daarom af of de respondenten ook andere mensen met diabetes type 1 volgen op social media. En jawel, 104 respondenten (81 procent) geven aan andere mensen met diabetes type 1 te volgen via Facebook (47 procent), Instagram (28 procent), YouTube (14 procent), Twitter (9 procent) en via Snapchat (2 procent).

De 24 mensen die geen andere mensen met diabetes type 1 volgen op social media

Figuur 4: Gebruik jij andere diabetes-apps?



- Ik gebruik geen diabetes apps (48%)
- Mysugr (8%)
- Diasend app (8%)
- Librelink (5%)
- Dexcom G5 app (1%)
- HbA1c Converter (5%)
- MedAngel One (1%)
- Medical ID (5%)
- Fitbit (7%)
- Glooko (1%)
- Dario (1%)
- Overig (10%)

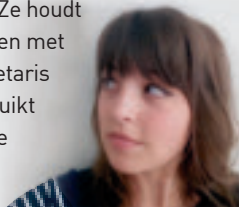
zeggen daar geen behoefte aan te hebben, geen leuke accounts te weten of zeggen genoeg te hebben aan zichzelf en vinden deze accounts demotiverend werken. Eén van de respondenten schrijft hierover: *‘Veel mensen maken van diabetes een heel groot ding in hun leven, terwijl ik liever gewoon leef en mijn diabetes daarop aanpas. Ik hoef daarom ook niet per se te weten hoe diabetes het dagelijks leven van anderen beïnvloedt.’*

De groep respondenten die wél andere mensen met diabetes type 1 volgen, geven aan het interessant te vinden te zien hoe andere mensen met diabetes omgaan. Ook deelt men tips, informatie en ervaringen op social media. Daarbij geven ook een hoop respondenten aan de herkenning bij anderen fijn te vinden, dit geeft ze het gevoel dat ze niet de enige zijn die tegen bepaalde diabetesproblemen aanlopen. Een kleine groep respondenten geeft zelfs aan nieuwe vriendschappen uit deze contacten overgehouden te hebben. Eén van de respondenten schrijft:

‘Ik vind het interessant om te zien hoe zij dingen aanpakken. Ook haal ik daar mijn motivatie uit om verantwoord met mijn ziekte om te gaan.’

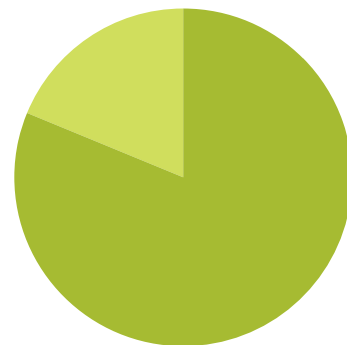
Over de schrijfster

Câthy Jansen (1986) studeerde in 2008 af als fysiotherapeut. Na drie jaar gewerkt te hebben in Nederland en negen maanden als fysiotherapeut in Tanzania, werkt ze tegenwoordig als communicatiecoördinator bij ViCentra in Utrecht. Ze houdt van salsadansen, kokkerellen, lezen en reizen. In 2013 richt ze samen met Jasper en Matthijs Stichting ééndiabetes op en sindsdien is ze secretaris en webmaster. Câthy heeft diabetes type 1 sinds haar vijfde en gebruikt sinds 2004 een insulinepomp, sinds dit jaar de Kaleido in combinatie met de Freestyle Libre. Ze is ook te volgen op Instagram.



Figuur 5: Volg jij mensen met diabetes type 1 diabetes op social media?

- Ja (81%)
- Nee (19%)



Wie volgen?

Aangezien de meerderheid van de respondenten van ons onderzoek positief zijn over het volgen van andere mensen met type 1 op social media, laten we daarom afsluiten met een beetje sociale inspiratie:

Onze ééndiabetes-vrijwilligers zijn bijna allemaal te volgen op Instagram: Matthijs, Anne, Sanne, Donja, Nora, Inge, Christine, Veerle, Lisanne, en Annemieke & Jan. Daarnaast kun je bijvoorbeeld de reislustige Nederlandse dames Bea en Lauriëtte volgen of de sportieve Irene en Sebastiaan. Diabetes type 1 discrimineert niet en je vindt op Instagram voor ieder wat wils. Reizen, sporten, eten, muziek of gewoon de dagelijkse beslommeringen van werk of studie; er zijn inmiddels genoeg nationale en internationale accounts te vinden die jou kunnen inspireren of gewoon helpen met dat stukje herkenning. Zoek eens via hashtags: #diabadass, #t1dlookslikeme, #T1D, #diabetesproblems, #diabeticlife of #eendiabetessquad. Ik volg bijvoorbeeld nog: Rowena uit Engeland, die graag aan een paal hangt, de Franse diëtiste en diabetes vlogger Elise, de Duitse Steffi reist voor haar werk en hobby de wereld over, Tine uit Duitsland leeft naar haar hashtag #icaneateeverything, de Oostenrijkse Anna maakt prachtige foto’s, de Australische Matt deelt zijn dagelijkse beslommeringen met diabetes en ik volg uiteraard ook onze ééndiabetes-ambassadeurs; opkomend muzikant Angelo en schrijfster en wedding-planner Loes. «

KOEPELWOORDEN

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

'Meer gezien en gehoord'

ENTHOUSIASME OVER NIEUW DIABETESJAARGESPREK

DOOR: DANA PLOEGER, JOURNALIST,
IN OPDRACHT VAN DE
NEDERLANDSE DIABETES FEDERATIE

DIT NAJAAR WORDT HET NDF-DIABETESJAARGESPREK GEÏNTRUCED, DE OPVOLGER VAN DE JAARLIJKSE DIABETESCONTROLE 'OUDE STIJL'. EEN SPECIALE TOOLKIT ONDERSTEUNT ZWEL ZORG-VERLENERS ALS PATIËNTEN HIERBIJ. ZO STAPT IEDEREEN GOED VOORBEREID DE SPREEKKAMER IN.

► Alex de Koning (72 jaar, diabetes type 2) mopperde geregeld op zijn diabetes-verpleegkundige. 'Het lijkt wel of ik alleen uit mijn HbA1c en overgewicht besta, ze praat over niets anders', zei hij na zijn laatste jaarcontrole via de standaardmethode. Bij het nieuw ontwikkelde 'Diabetesjaargesprek' ging het anders. Alex kreeg eerst een gesprekskaart thuisgestuurd, zodat hij alvast kon nadenken over de thema's die hij wilde bespreken. Tijdens het consult werden met Alex ook andere zaken besproken, zoals zijn depressieve gevoelens, zijn gebrek aan motivatie om gezond te eten en zijn beweegpatroon. 'Nu ik meer over mezelf kon vertellen, kwamen we op andere doelen voor de komende tijd. Ik ga mijn wandelingen uitbreiden en ik ga met een diëtiste praten over koolhydraatarme voeding. Ik voelde me meer gezien en gehoord', reageerde De Koning.

Persoonlijke aandacht

Alex de Koning maakte bij zijn huisarts kennis met het Diabetesjaargesprek, ontwikkeld door de Nederlandse Diabetes Federatie in samenwerking met het veld.

Dit gesprek kenmerkt zich door een persoonlijke aanpak: de patiënt staat niet alleen centraal, het geeft ook richting aan de aanpak van de aandoening, klachten en gezondheidsproblemen op basis van gezamenlijke besluitvorming. 'NDF Personalized Diabetes Care' stapt af van standaard zorg en borgt persoonlijke aandacht. Daarbij is het de bedoeling dat de patiënt zelf ook een deel van de zorg op zich neemt – voor zover haalbaar.

Samen beslissen

Het Diabetesjaargesprek is in het hele land uitvoerig onderzocht onder artsen, diabetesverpleegkundigen en patiënten. Die laatste groep waardeert dit gesprek met een gemiddeld rapportcijfer van 8,6. Zij voelen zich meer betrokken bij het consult en 95 procent geeft aan met de arts te hebben overlegd over persoonlijke doelen. Zo'n 90 procent zegt dat de arts verschillende behandelmogelijkheden heeft besproken en de voor- en nadelen begrijpelijk heeft uitgelegd. Ook zorgverleners zijn positief over het gespreksmodel: ze vinden dat het model goed inzicht geeft in de

persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Het gespreksmodel helpt hen om beter samen te beslissen over de te nemen stappen en doelen in het behandelplan, maar ook over de zorg die nodig is om deze doelen te kunnen behalen. Internist Ginette Carels in reactie op het gespreksmodel: 'Door de nieuwe gesprekstechnieken komen zaken naar boven drijven, die ik niet wist. Bij een vrouw ontdekte ik bijvoorbeeld dat ze niet goed prikte. Hierdoor kwam er onvoldoende insuline in haar lichaam; een verklaring voor haar hoge HbA1c. Je hebt een intenser gesprek en beter contact; hierdoor kun je beter afspraken maken over wat nodig is voor het toekomstige jaar.'

Naar verwachting wordt komend najaar het nieuwe Diabetesjaargesprek over het hele land uitgerold. Bij dit gespreksmodel horen enkele handzame tools die (huis)artsen, praktijkondersteuners en verpleegkundigen kunnen gebruiken om het gesprek handen en voeten te geven. Deze speciale toolkit is begin dit jaar ontwikkeld door NDF samen met huisartsen, internisten en patiënten – en ondersteund door NovoNordisk.



De toolkit is gratis verkrijgbaar en bestaat uit drie onderdelen: een gesprekskaart (voor de patiënt), een wachtkamerposter en een spreekkamerkaart (voor de zorgverlener), die eenvoudig zelf uit te printen zijn. Zorgverleners kunnen ervoor zorgen dat patiënten, net als Alex de Koning, de gesprekskaart voor het Diabetesjaargesprek thuis ontvangen. Op de kaart staan vier hoofdthema's: lijf, leefstijl, welzijn en zelfzorg. Ieder thema bestaat uit zes onderdelen en wordt weergegeven met aansprekende illustraties – dus ook geschikt voor laaggeletterden. Zo gaat het bij leefstijl niet alleen over voeding en bewegen, maar ook over alcohol/drugs, roken, slapen en stress. En er is ruimte voor psychosociale onderwerpen, zoals: somberheid, begrip van de omgeving, voor jezelf zorgen en beleving van de diabetes. Enkele vragen op de kaart stimuleren patiënten aan te kruisen welk onderwerp(en) ze willen bespreken. Ook is er ruimte voor persoonlijke aantekeningen.

Meer bewust

Enkeel in de wachtkamer ziet de patiënt de bijgeleverde wachtkamerposter met opnieuw dezelfde thema's. Hierdoor realiseert hij of zij zich opnieuw wat mogelijke gespreksonderwerpen zijn tijdens de afspraak. De poster herinnert de patiënt ook aan de gesprekskaart en zijn of haar eigen voorbereiding op het consult. Mocht een patiënt de kaart niet hebben ontvangen of zijn vergeten, dan kan de assistent de gesprekskaart alsnog uitreiken en kan de kaart terplekke worden ingevuld. Bij binnenkomst in de spreekkamer

herkent de patiënt gelijk de kaart die de zorgverlener op tafel heeft liggen. Deze spreekkamerkaart heeft dezelfde herkenbare uitstraling en plaatjes en dient als ondersteuning voor het gesprek. Ook bevat de kaart een tiental openingsvragen voor de zorgverlener. Een dergelijke voorbereiding van een gesprek zorgt ervoor dat tijdens het consult de belangrijkste onderwerpen met de patiënt besproken worden. Doordat een patiënt op verschillende plaatsen de voorbereidingskaart met de verschillende onderwerpen tegenkomt, kan dit de patiënt helpen meer bewust te worden van alle aspecten rond diabetes. Tot slot worden gezamenlijk de doelen, de behandeling en de zorginzet bepaald.

Het is belangrijk dat zorgverleners geschoold worden in de nieuwe aanpak. Mocht je dat nu al willen, vraag dan informatie op bij de NDF. Op de website is de toolkit gratis te downloaden: diabetesfederatie.nl/ndf-personalizeddiabetescare



KOPPELWOORDEN

Open vragen voor de arts of diabetesverpleegkundige om het consult meer inhoud te geven:

- ▶ Wat wilt u vandaag zeker bespreken?
- ▶ Kunt u mij iets meer vertellen over dit onderwerp?
- ▶ Wat is er veranderd sinds onze vorige afspraak?
- ▶ Waar loopt u nog meer tegenaan; wellicht iets wat u moeilijk vindt om te vertellen?
- ▶ Waar heeft u behoefte aan?
- ▶ Wat zou u graag anders willen zien?
- ▶ Welk doel wilt u bereiken?
- ▶ Wat is concreet haalbaar voor u?
- ▶ Aan welke stappen denkt u zelf om weer vooruit te kunnen?
- ▶ Wat heeft u nodig om uw doel te halen en wat denkt u zelf te kunnen en/of wie kan hierbij helpen?
- ▶ Heeft u het vertrouwen dat dit gaat lukken?
- ▶ Welke afspraak kunnen we hierover maken?

Voordelen van het Diabetesjaargesprek:

- ▶ Meer inzicht in het dagelijks leven met diabetes;
- ▶ Meer inzicht in de ideeën over de aandoening, die leven bij de patiënt;
- ▶ Patiënt is meer aan het woord;
- ▶ Mensen voelen zich betrokken bij de behandeling;
- ▶ Behandeldoelen en behandelplannen worden gezamenlijk bepaald (dat blijkt haalbaar in 80 procent van de gevallen);
- ▶ De verwachting is dat de zorg meer doelmatig zal zijn, doordat de behandeling en zorginzet worden afgestemd op de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden op het gebied van zelfmanagement van de patiënt. «







► THEMA-ARTIKELEN

- 18** Het vrouwenhart
- 22** Hormonen maken de man én de vrouw
- 26** Maak seksualiteit bespreekbaar
- 29** Beperkte verschillen
- 30** Legt sekseverschil gewicht in de schaal?
- 34** Mannen meer moeite met eerste stap

THEMA DE VROUW - DE MAN

Wereldwijd wordt veel onderzoek gedaan naar verschillen tussen mannen en vrouwen met diabetes mellitus type 2. Deze onderzoeken laten zien dat diabetes mellitus type 2 een negatievere invloed heeft op de gezondheid van vrouwen dan op die van mannen. Arts-onderzoeker Steven Hendriks onderzocht de vraag of er sekse- en genderverschillen bestaan in de zorg voor mensen met diabetes mellitus type 2 die worden behandeld in de eerste lijn in Nederland. In dit themadeel meer hierover.

Vrouwen met diabetes hebben onder meer een hoger risico op hart- en vaatziekten dan mannen. Volgens cardioloog en gezondheidswetenschapper Janneke Wittekoek is het de hoogste tijd voor actief preventief beleid. Het verschil is deels te verklaren doordat diabetes bij vrouwen vaker gepaard gaat met andere risicofactoren. Ook blijkt uit onderzoek dat het bij vrouwen lastiger is om de diabetes goed te behandelen en het dus langer duurt voordat de juiste streefwaarden van bloedsuikers worden bereikt.

Mannen hebben soms ook wel last van hormonen, benoemt internist Harold de Valk. Als een man ouder en zwaarder wordt kan er een hypogonadisme (lage spiegel van geslachtshormonen) optreden. Meestal bij mannen met diabetes type 2. Waarschijnlijk door de metabole en endocriene consequenties van de obesitas kan de aansturing van de testikels door de hypofyse worden gestoord, met als gevolg lage testosteronwaarden. Gezonde leefstijladviezen kunnen een positief effect hebben.

redactie.diabeteszorg@venvn.nl

Het vrouwenhart

HOOGSTE TIJD VOOR ACTIEF PREVENTIEF BELEID!

THEMA



DOOR: DR. JANNEKE WITTEKOEK,
CARDIOLOOG EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPER

HART- EN VAATZIEKTEN VORMDEN TOT VOOR KORT DOODSOORZAAK NUMMER ÉÉN BIJ VROUWEN. MET NAME NA HET 65E LEVENSJAAR BELANDEN VEEL VROUWEN IN HET MEDISCHE CIRCUIT TEN GEVOLGE VAN KLACHTEN VAN HART- EN VAATZIEKTEN. IN DE JAREN '70 ZIJN ER VOOR HET EERST RICHTLIJNEN OPGESTELD OM HART- EN VAATZIEKTEN TE VOORKOMEN. HET IS INMIDDELS WEL BEKEND DAT VERANDERINGEN IN LEEFSTIJL, EN DAARMEE HET VERBETEREN VAN RISICOFACTOREN, DE STERFTE DOOR HART- EN VAATZIEKTEN DOET AFNEMEN.

► Er komt steeds meer bewijs dat er verschillen tussen mannen en vrouwen zijn in het proces van atherosclerose. Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen. Bij vrouwen met pijn op de borst wordt vaak ischemie aangetoond, maar is er bij aanvullend onderzoek meestal geen obstructief vaatlijden en daarbij hebben zij over het algemeen een goede linkerventrielfunctie. Dit wordt ook wel de 'gender paradox' genoemd. Het lijkt erop dat de klachtenpatronen bij vrouwen samenhangen met microvasculaire disfunctie, ook wel microvasculaire angina pectoris genoemd. Abnormale reactiviteit van de kransslagaders (spasmen) wordt vaker gezien bij vrouwen, in tegenstelling tot de obstructieve afwijkingen die worden gezien bij mannen [zie tabel 1, bron: Nederlandse Hartstichting].

Pathofysiologie atherosclerose

Het verlies van de endotheelfunctie in de kransslagaders en de microcirculatie van het hart kan aanleiding geven tot spasmen en (hevige) POB-klachten. Door het ontbreken van obstructief vaatlijden worden deze klachten vaak niet goed begrepen en

worden zij terugverwezen naar de huisarts, met persisterend POB-klachten en zonder preventieve ischemie en (fatale) ritme-stoornissen. Bij vrouwen met microvasculaire angina pectoris of coronairspasmen heeft antiangineuze medicatie wel degelijk nut. Het verlicht klachten en het verbetert de endotheelfunctie en de kwaliteit van leven. Ook is de inzet van preventieve medicatie van belang, omdat onderzoek heeft aangetoond dat bij deze groep vrouwen een grotere kans bestaat op het ontwikkelen van obstructief vaatlijden later in het leven.

Risicofactoren in kaart

Een gezonde leefstijl met een normaal gewicht, gezond dieet en veel bewegen is de basis van goede preventieve zorg. Bij vrouwen is het belangrijk om onderscheid te maken tussen de levensfase vóór en na de overgang. Meer dan 80 procent van de vrouwen na de overgang heeft één of meer risicofactoren. Bij het bepalen van het risico op hart- en vaatziekten is het van belang om de risicofactoren goed in kaart te brengen en te behandelen. Het inschatten van het risico op hart- en vaatziekten is vergelijkbaar tussen mannen

ROND DE OVERGANG VERANDERT DE VETVERDELING BIJ VROUWEN VAAK VAN DE VROUWELIJKE 'PEERVORM' NAAR DE MANNELIJKE 'APPELVORM'. HET TOEGENOMEN BUIKVET KAN LEIDEN TOT STOORNISSEN IN DE SUIKER- EN/OF VETSTOFWISSELING EN HOGE BLOEDDRUK.

en vrouwen. Echter het verhoogde risico dat is geassocieerd met hypertensie en diabetes, en ook het beschermende effect op het hart van regelmatige beweging en matig alcoholgebruik, is groter bij vrouwen dan bij mannen. Tabel 2 laat een overzicht zien van de belangrijkste risicofactoren/aandachtspunten bij de evaluatie van het risico op hart- en vaatziekten bij vrouwen. Leefstijlaanpassingen en/of medicamenteuze behandeling ten aanzien van deze factoren vormen het speerpunt in een effectief preventief beleid.

Roken

Roken is een zeer belangrijke beïnvloedbare risicofactor van hart- en vaatziekten bij vrouwen. Het is de belangrijkste risicofactor voor het hartinfarct bij vrouwen jonger dan 55 jaar. Roken versterkt het ontstekingsproces in de bloedvaten, waarmee aderverkalking veelal gepaard gaat. Ook activeert roken het stollingssysteem.

Tot slot is een belangrijke negatieve invloed van roken de beschadiging van de oestrogeenreceptor in de bloedvatwand. Hierdoor worden de vaten stugger en stijver wat kan leiden tot hoge bloeddruk en pijn op de borstklachten. De combinatie van de pil en roken heeft een negatief effect op het stollingssysteem en verhoogt de kans op trombose. Als het roken gestaakt wordt, treedt op relatief korte termijn een verbetering op van de bloedvaten en neemt het hartvaatriscio af. Dus in het kader van preventie speelt een actief tabaksontmoedigingsbeleid een belangrijke rol.

Hoge bloeddruk

Hoge bloeddruk is een risicofactor die heel veel voorkomt bij vrouwen. De oorzaken hiervoor zijn multifactorieel. In de menopauze leidt het vasthouden van zout en vocht tot hogere bloeddrukken dan voor de menopauze. Op 60-jarige leeftijd heeft meer dan 50 procent van de vrouwen een verhoogde bloeddruk. Dat wil zeggen een bovendruk van > 140 mmHg en/of een onderdruk > 90 mmHg. Hoge bloeddruk geeft een verhoogd risico op beroertes, verdikking van de hartspier en kan uiteindelijk leiden tot hartfalen. Deze veranderingen van de hartspier kunnen zich uiten in kortademigheidsklachten, hartkloppingen en pijn op de borst. Hoge bloeddruk komt twee tot drie keer vaker voor bij vrouwen die orale anticonceptie gebruiken, en vooral bij vrouwen met overgewicht. Het adequaat behandelen van de bloeddruk reduceert het risico op hart- en vaatziekten drastisch en past in een actief preventief beleid. Tot slot is het van belang om vrouwen die een hoge bloeddruk hebben gehad tijdens de zwangerschap goed te monitoren gezien de vijf maal hogere kans op het ontwikkelen van hoge bloeddruk op latere leeftijd en daarmee dus een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten.

Vetstofwisselingsstoornissen

Bij vrouwen is er een sterkere fluctuatie van



de bloedvetten. Door hormonale veranderingen neemt het LDL-cholesterolgehalte ('slechte' cholesterol) ongeveer met 10-14 procent toe na de overgang. Bij vrouwen is een verlaagd HDL ('goed' cholesterol) en een verhoogd triglyceriden (een andere vetachtige stof in ons lichaam) een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Het is van belang om het cholesterol spectrum te meten en adequaat te behandelen, gezien de risicoreductie op hart- en vaatziekten.

Overgewicht

Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van diabetes, hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten. Rond de overgang verandert vaak de vetverdeling bij vrouwen. De vetverdeling verandert van de vrouwelijke 'peervorm' (vetophoping op billen en heupen) naar de mannelijke 'appelvorm' (vetophoping in en op de buik). Het toegenomen buikvet kan leiden tot stoornissen in de suiker- en/of vetstofwisseling en hoge bloeddruk. Het voorkomen van gewichtstoename speelt dus een belangrijke rol in de preventie van hart- en vaatziekten.

Diabetes mellitus

Vrouwen met diabetes hebben een hoger risico op hart- en vaatziekten dan mannen. Dit is deels te verklaren doordat diabetes bij vrouwen vaker gepaard gaat met andere risicofactoren. Verder blijkt uit onderzoek dat het bij vrouwen lastiger is ►

Man-vrouw-verschillen in de cardiologie

- 1 Vrouwen hebben meer symptomen en lichamelijke beperkingen, maar laten minder vaak obstructief vaatlijden zien dan mannen in het gehele spectrum van acute coronaire syndromen ('gender-paradox')
- 2 'Pijn op de borst' zonder obstructief vaatlijden komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen.
- 3 'Pijn op de borst' en onwel bevinden bij vrouwen correleert niet met de ernst van vaatvernauwingen
- 4 Jonge vrouwen en vrouwen van middelbare leeftijd laten een slechtere uitkomst zien na een acuut coronaire syndroom dan mannen van dezelfde leeftijd, ondanks dat er sprake is van minder ernstig vaatlijden.

Tabel 1

Biografie

Janneke Wittekoek is cardiologe, gezondheidswetenschapper en oprichtster van de Heartlife Klinieken. Zij volgde haar opleiding in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en heeft lange tijd in het buitenland doorgebracht om zich verder te specialiseren in preventie van hart- en vaatziekten. Ze heeft een bijzondere interesse in het vrouwenhart en is actief in de werkgroep Hart voor Vrouwen van de Nederlandse Hartstichting. Daarnaast is Janneke Wittekoek lid van de commissie Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie van de Nederlandse Vereniging Van Cardiologie (NVVC). Haar passie voor preventie en het vrouwenhart uitte zich onder andere door het geven van talloze lezingen en presentaties door het hele land voor bedrijven. Ze schreef er ook een boek over. 'Het Vrouwenhart' is verkrijgbaar in de boekhandel en een deel van de opbrengsten van haar boek gaan naar de Stichting Hart voor Vrouwen voor meer wetenschappelijk onderzoek naar vrouwen en hart- en vaatziekten, hartvoorvrouwen.nl. «

om de diabetes goed te behandelen en het dus langer duurt voordat de juiste streefwaarden van bloedsuikers worden bereikt. Voorts is diabetes een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van hartfalen. Diabetes tijdens de zwangerschap geeft een 7-12 keer hogere kans geeft op het ontwikkelen van diabetes later in het leven. Het is dus in het kader van preventie van belang om met name deze vrouwen goed te monitoren.

Rol van oestrogenen

Oestrogenen hebben een gunstig effect op de binnenbekleding van de vaatwanden en remmen daarmee het proces van aderverkalking. Daarbij hebben oestrogenen een natuurlijk vaatverwijdend effect. Vrouwen in de vruchtbare leeftijd die hormonale stoornissen hebben of een oestrogeentekort hebben daarmee een hoger risico op het ontwikkelen van vroegtijdige aderverkalking.

Depressie en acute stress

Alhoewel depressie en stress niet officieel in het rijtje staan van de risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten, laten onderzoeken zien dat deze wel degelijk een rol kunnen spelen bij hart-

en vaatziekten bij vrouwen. Depressie, chronisch emotionele stress en acute stress, zoals belangrijke life-events, zijn geassocieerd met het acute infarct. Het zogenoemde 'gebroken hart-syndroom' wordt bijna alleen gezien bij vrouwen. Door ernstige emotionele stress kan het klinische beeld ontstaan van een acuut hartinfarct met alle daarbij horende symptomen. Ook het elektrocardiogram en echocardiogram laten aanwijzingen zien voor een infarct. Maar bij aanvullend onderzoek zijn er vaak geen afwijkingen te zien aan de kransslagaders. Meestal zijn alle verschijnselen na een paar maanden geheel verdwenen. In een volledig preventiebeleid bij vrouwen is het dus van belang om de emotionele status te evalueren en eventueel te behandelen

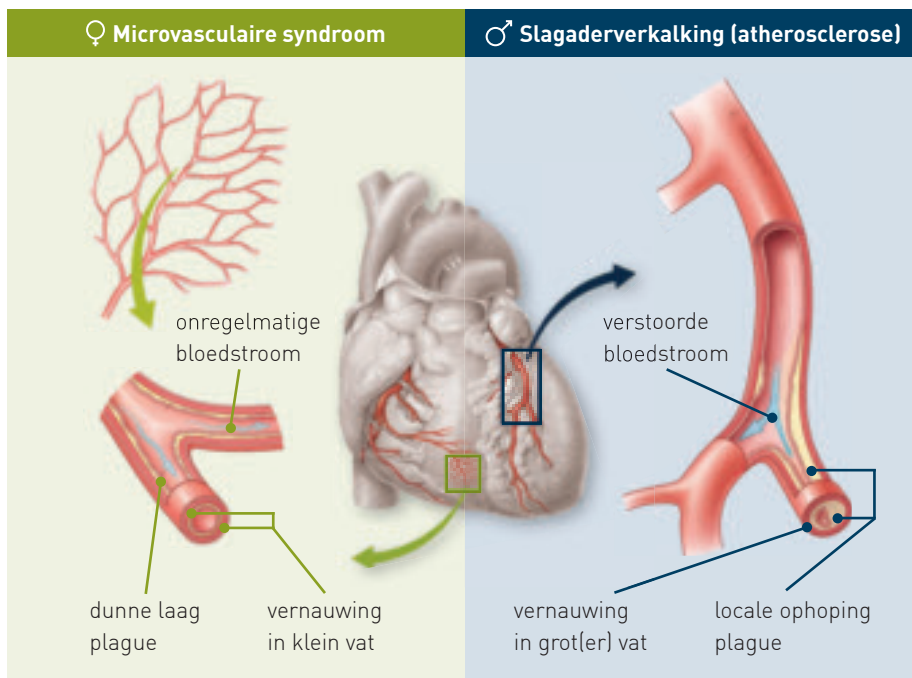
Tot slot

In de strijd tegen hart- en vaatziekten bij vrouwen is het de hoogste tijd dat er een actief preventief beleid gevoerd gaat worden. De vrouwen zelf, de huisartsen en medisch specialisten moeten actief op zoek gaan naar potentiële risicofactoren en deze adequaat (laten) behandelen. Tijdige behandeling zal de kwaliteit en de kwantiteit van het leven aanzienlijk verbeteren.

Risicofactoren en aandachtspunten bij de evaluatie van het risico op HVZ bij vrouwen

Risicofactoren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Roken ▶ Hoge bloeddruk ▶ Vetstofwisselingsstoornissen ▶ Overgewicht ▶ Diabetes mellitus ▶ Familiegeschiedenis t.a.v. hart en vaatziekten
Vrouwspecifieke risicofactoren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zwangerschapgerelateerde risicofactoren (i.e. zwangerschapshypertensie en zwangerschapsdiabetes) ▶ Hormonale afwijkingen/gynaecologische voorgeschiedenis ▶ Menopauze
Overig	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Depressie en angst ▶ Bewegingspatroon en sportbeoefening

Tabel 2 Geadapteerd (Bron: Gynaecardiologie 2011 A.H.E.M. Maas, dr. A.L.M. Lagro)



Figuur 1; Pathofysiologie atherosclerose. Endotheeldysfunctie in het microvasculaire vaatbed door inflammatoire factoren, oxidatieve stress, oestrogeendeficiëntie, insulineresistentie, risicofactoren, perifere embolisatie etc.etc.

CASUS: VROUW VAN 53 JAAR MET MICROVASCULAIR VAATLIJDEN

Patiënte werd verwezen voor een second opinion naar de cardioloog vanwege persisterende POB-klachten en vermoeidheid. Ze was drie maanden eerder naar de cardioloog geweest waar geen cardiale afwijkingen werden gevonden.

Anamnese: Patiënte loopt wekelijks tien kilometer hard, klaagt over afgenomen inspanningstolerantie en kortademigheid. Ze heeft geen POB bij hardlopen maar bij navraag wel bij abrupte temperatuurveranderingen. Ze omschrijft het als een zwaar gevoel dat uitstraalt naar beide armen, het is niet echt pijnlijk.

Risicofactoren: Menopausaal, positieve familie anamneses, roken in de voor-geschiedenis (15 jaar geleden gestopt), obstetrische anamnese normaal, alcohol 2-3 glazen/dag.

Lichamelijk Onderzoek: BMI=26, bloeddruk: 145/90 mmHg, pols: 70 regulair, normale harttonen, geen hartgeruizen.

Lab: glucose: 5 mmol/L, Totaal cholesterol: 6,9 mmol/L, LDL-cholesterol: 3,5 mmol/L, HDL cholesterol: 1,3 mmol/L, Triglyceriden: 4,5 mmol/L.

Aanvullend cardiaal onderzoek: ECG en inspannings-ECG normaal,

geen klachten tijdens de test. Vasculaire scan van d a. carotis laat matig ernstige plaquevorming zien. Nucleaire perfusiescan: ischemie in de voorwand van het hart. Hartkatheterisatie: wandonregelmatigheden, geen obstructief vaatlijden.

Follow-up: Bloeddruk en lipidspectrum geoptimaliseerd met een ACE-remmer en een statine. Advies: afvallen, minder alcohol. Start lage dosering b-blokker t.a.v. AP-klachten. Klachtenvrij na drie maanden.

Leerpunten:

- ▶ Klachten zonder obstructief vaatlijden
- ▶ Risicofactoren moeten ALTIJD geoptimaliseerd worden
- ▶ Statine en Ace-remming hebben een bewezen gunstig effect op het endotheel en vermindert daarmee klachten
- ▶ Bloeddruk en lipiden waren niet goed gereguleerd
- ▶ Antiangineuze medicatie effectief bij micro-AP
- ▶ Limitatie van diagnostische testen bij vrouwen.
- ▶ Protocol: geen behandeling volgens protocol cardiovasculair risicomanagement. Personalized medicine: Behandelen risicofactoren is klachtenvrij maken en prognose verbeteren.

Bronvermelding ▶▶▶

- (1) European's Institute of Women's Health
- (2) Het Vrouwenhart begeerd maar miskend: Leidraad CVRM bij vrouwen 1023 ME Wittekoek, Y Appelman BSL, Houten
- (3) Mendelsohn ME et al. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *N Engl J Med* 1999; 340: 1801-11
- (4) Bairey Merz CN et al. Hypo-oestrogenemia of hypothalamic origin and coronary artery disease in premenopausal women: a report from the NHLBI-sponsored WISE study. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41:413-19
- (5) Shaw LJ et al. Postmenopausal women with a history of irregular menses and elevated androgen measurements at high risk for worsening cardiovascular event-free survival. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:1276-84
- (6) Ossewaarde ME et al. Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy. *Epidemiology* 2005; 16:556-62
- (7) Handboek vrouw-specifieke geneeskunde, Fauser, Lagro, Bos, 2013 Prelum uitgevers, Houten.
- (8) Mosca L, Benjamin. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women, 2011 update (AHA) *circulation* 2011; 123:1243-62).
- (9) Richtlijnen vergelijking Cardiovasculair Risicomanagement en coronairlijden BSL M.E. Wittekoek et.al
- (10) Assessment and Management of Cardiovascular risk in Women" a short guide for menopause physicians 2007
- (11) AHA/ASA Guideline: Guidelines for the Prevention of Stroke in Women. *Stroke*. 2014;45:000-000
- (12) Nathalie Slopen et al. Job strain, Job insecurity, an incident cardiovascular disease in the Women's Health Study: results from a 10-year prospective study. *PLOS* July 2012, vol. 7. p. 1-12
- (13) Birna Bjarnason-Wehrens et. Al. Gender-Specific issues in cardiac rehabilitation: do women with ischemic heart disease need specially tailored programmes? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 14:163-171 2007 ◀◀

THEMA

Hormonen maken de man én de vrouw

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

HORMONEN MAKEN DE MAN ÉN DE VROUW, OOK ALS ZE DIABETES HEBBEN. IN DIT ARTIKEL GEEF IK ENKELE VOORBEELDEN VAN DE WISSELWERKING. BELANGRIJKE ONDERWERPEN DIE IN DE SPREEKKAMER NOGAL EENS TER SPRAKE KOMEN ZIJN: DE INVLOED VAN DE MENSTRUELE CYCLUS OP DE GLUCOSEREGULATIE, DE INVLOED VAN DE GLUCOSEREGULATIE OP DE CYCLUS, HET POLYCYSTEUS-OVARIUMSYNDROOM EN DE INVLOED VAN DE OVERGANG OP DE GLUCOSEREGULATIE. EN, OM DE MAN NIET TE VERGETEN: DE ENDOCRIENE GEVOLGEN VAN OBESITAS.

► De menstruele cyclus bestaat uit de folliculaire fase (rijping van het follikel), de ovulatie (eisprong) en daarna de luteale fase (opbouw endometrium), eindigend in de menstruatie zelf. Bij vrouwen zonder diabetes neemt de insulineresistentie toe rond de ovulatie en stijgt verder in de luteale fase met daardoor een hogere insulinebehoefte [1]. Doordat de β -cellen goed zijn, kan de hogere insulinebehoefte makkelijk worden opgevangen. Er zijn wel grote verschillen tussen vrouwen en dat betekent dat bij de ene vrouw de insulineresistentie enorm toeneemt en bij de andere (bijna) niet. De toename van de insulineresistentie wordt toegeschreven aan hogere plasma-waarden oestradiol en progesteron.

Individuele variatie

Wanneer dit bij vrouwen zonder diabetes voorkomt, hoe is het dan bij vrouwen met diabetes? Recent is gebleken in een studie naar goed-gereguleerde vrouwen met diabetes type 1 met de closed-loop (glucose-sensor gekoppeld aan een insulinepomp) dat er ook hier een grote individuele variatie is in de veranderingen van de insulinegevoeligheid en daardoor insulinebehoefte tijdens de cyclus [2] Het bleek dat bij een deel van de vrouwen er inderdaad een toename van de insulineresistentie was in het tweede deel van de cyclus (42 procent van de vrouwen), bij 36 procent juist een afname en bij 22 procent geen verandering. Bij driekwart was het patroon elke cyclus hetzelfde, bij een kwart helemaal niet. Wel is een plotse toename van de insuline-



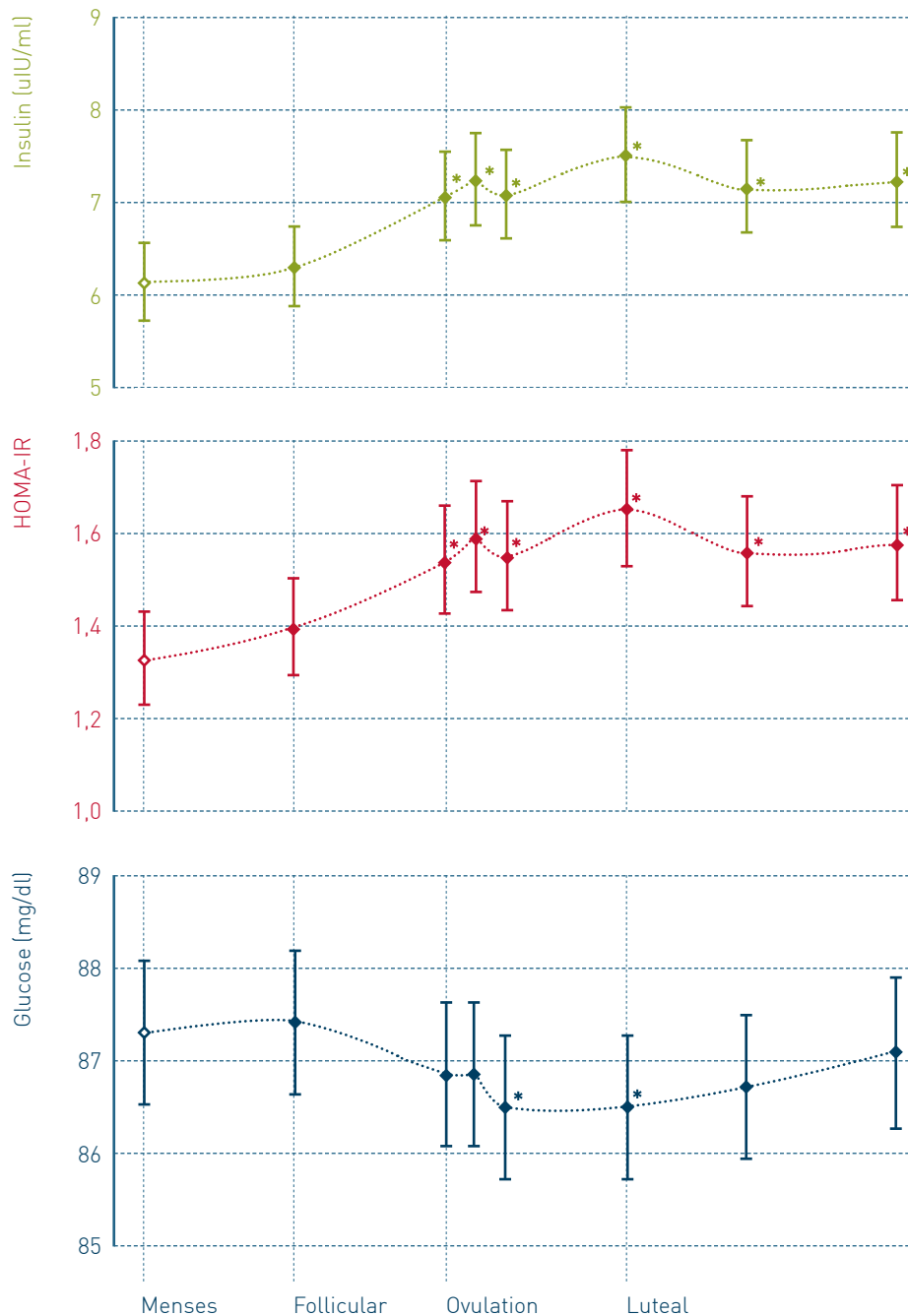
Figuur 1: J. Clin Endocrinol Metab, december 2010, 95(12):5435-5442

gevoeligheid net voor de menstruatie meer gemeengoed, met een grotere kans op hypo's als gevolg.

Betekenis voor de praktijk: Er is geen standaard effect van de menstruele cyclus op de insulineresistentie bij vrouwen met diabetes type 1, maar er kan wel degelijk een individueel groot effect zijn. Premenstruele hypoglykemie is wel een ding en misschien versterkt dit ook premenstruele klachten. Dus: frequent en gericht meten van de bloedglucoses om een patroon te ontdekken.

Invloed van glucoseregulatie

Wisselwerking tussen glucoseregulatie en de cyclus gaat beide kanten op: ook de regulatie zelf heeft een invloed op de cyclus. Bij slechte regulatie (daar zijn geen goede afkappunten voor, maar zeg vanaf een HbA1c-waarde van 70 mmol/mol) neemt de kans toe dat er een verstoring van de menstruele cyclus is die toe te schrijven is aan de hyperglycemie. Die verstoring betekent een afwijkende cycluslengte en/of minder of geen menstruaties (oligo-amenorrhoe). Veel vrouwen maken zich zorgen en hebben de soms niet uitgesproken, angstige gedachte dat de vruchtbaarheid ook een stuk minder zal zijn in de toekomst en dat kinderen krijgen moeilijk zo niet onmogelijk is geworden. Maar met verbetering van de regulatie komen de menstruaties meestal weer terug. Toch kan een verwijzing naar een gynaecoloog zinvol zijn om andere oorzaken uit te sluiten of aan te tonen.



Betekenis voor de praktijk: Oligo-amenorrhoe is een belangrijke afwijking die vele oorzaken kan hebben. Eentje daarvan is een slecht gereguleerde diabetes. Indien het niet lukt de glucoses te verbeteren of wanneer de oligo-amenorrhoe

blijft bestaan, is een verwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd.

PCOS, obesitas en diabetes

PCOS staat voor polycysteus-ovarium-syndroom en heeft een aantal kenmerken. ▶



EEN PLOTSE TOENAME VAN DE INSULINEGEVOELIGHEID NET VOOR DE MENSTRUATIE IS MEER GEMEENGOED, MET EEN GROTERE KANS OP HYPO'S ALS GEVOLG.

Wanneer er twee of meer kenmerken zijn [de Rotterdam-criteria, tabel 1], dan heeft iemand de diagnose 'PCOS'. Het komt voor bij waarschijnlijk rond de 11 procent van de Nederlandse vrouwen in de vruchtbare periode. Obesitas is geen criterium voor de diagnose, maar wordt bij hen wel vaak gevonden. PCOS komt ook voor bij vrouwen zonder overgewicht. In tegenstelling tot de slecht-gereguleerde vrouwen met diabetes type 1, is er bij PCOS wél een fors risico op verminderde fertiliteit. Er is ook, in ieder geval deels door de obesitas, een verhoogde frequentie van diabetes type 2. Bij de vrouwen zonder diabetes type 2 is een sterk verhoogd risico op zwangerschapsdiabetes. Noors (interventie)-onderzoek liet zien dat bij week X, de oGTT bij Y afwijkend was [Figuur 2]. Een belangrijke en essentiële stap in de behandeling van vrouwen met PCOS en overgewicht/obesitas is gewichtsvermindering. Leefstijl is ook hier een belangrijke fundament van de behandeling. In de huidige setting zijn er bij deze patiënten geen goede effectieve geneesmiddelen en moeten we het hebben van deze leefstijlaanpassingen. Heeft zij wel diabetes, dan kan in de eerste plaats metformine gegeven worden, in combinatie met leefstijladviezen. Bij onvoldoende effect is een GLP1-analoog de logische volgende stap (SU maakt haar alleen maar weer dikker, laat staan insuline). Bij goede verlaging van het gewicht kan de menstruatie weer komen opdagen. Waak ervoor dat ze al te enthousiast worden en plots zwanger terugkomen: een GLP1-analoog is niet geregistreerd voor de zwangerschap. Dan rest niets anders dan insuline.

Betekenis voor de praktijk: Denk aan PCOS en bij PCOS aan diabetes en bij PCOS en zwangerschap aan goede voorlichting en adequate screening bij de zwangerschaps-wens en gedurende de zwangerschap.

De overgang

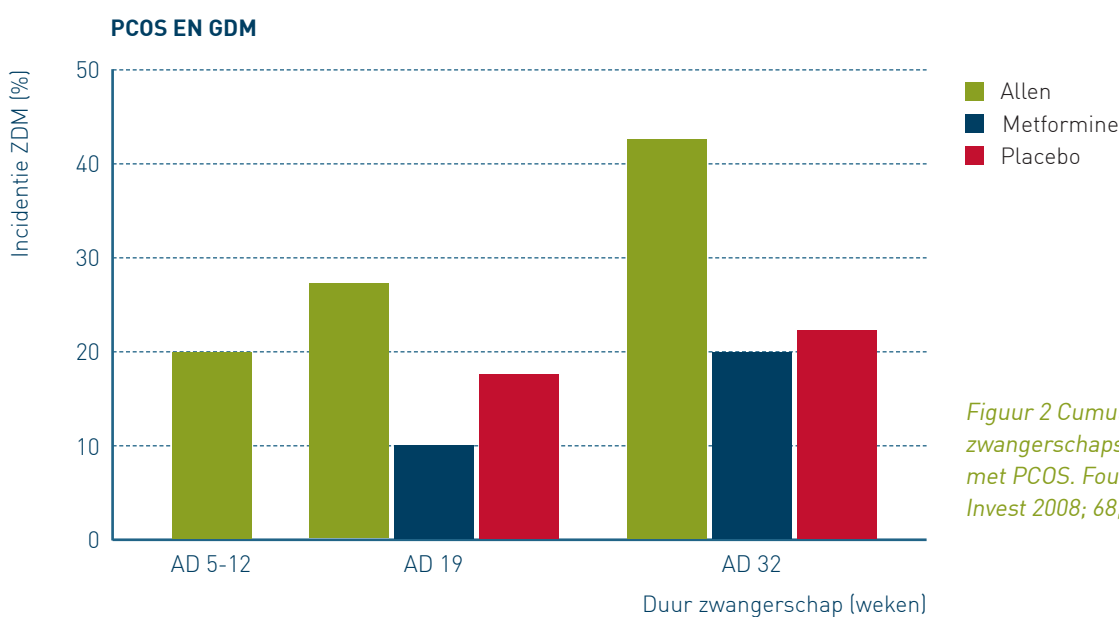
We hebben het nu gehad over de vruchtbare periode, maar wat gebeurt er aan het einde daarvan, tijdens de overgang. Dit is niet een moment in de tijd, maar een periode die maanden of jaren kan beslaan. In deze periode zijn er natuurlijk vele hormonale veranderingen die er samen voor zorgen dat in zijn algemeenheid het lichaamsgewicht stijgt, de bloeddruk wat stijgt en de lipiden misschien wat ongunstiger worden. Een mooie setting waarin iemand net het laatste zetje kan krijgen om diabetes te ontwikkelen, meestal maar niet uitsluitend diabetes type 2. Sommige patiënten hebben wel GAD-antistoffen en worden gedefinieerd als een diabetes type 1 (Late Auto-immune Diabetes in Adults (LADA)). Deze naamgeving speelt vanaf het 35e levensjaar. Bij vrouwen met diabetes type 1 zijn er onvoldoende aanwijzingen om te zeggen dat de menopauze eerder komt dan bij vrouwen zonder diabetes [4].

Betekenis voor de praktijk: De overgang is qua tijd en vorm een grillig fenomeen die zich bij eenieder anders manifesteert. In het algemeen verslechtert het cardiovasculaire risicoprofiel: behandeling daarvan is even belangrijk als behandeling van de diabetes en goede voorlichting en leefstijladviezen zijn op hun plaats. En denk aan het screenen op diabetes bij hen die het nog niet hebben of dachten te hebben.

De 'Rotterdam-criteria' voor PCOS

1. Cystes van het ovarium (gezien bij echografie in het algemeen)
2. Oligo-amenorrhoe
3. Hyperandrogenisme of virilisatieverschijnselen

Tabel 1



Figuur 2 Cumulatieve frequentie van zwangerschapsdiabetes bij vrouwen met PCOS. Fougner et al. *Scand J Clin Invest* 2008; 68; 771-6

De man

En de man, heeft hij dan helemaal geen last van de hormonen? Wel een beetje. Wanneer de man ouder en zwaarder wordt, kan er zeker een hypogonadisme optreden. Meestal dus bij mannen met een diabetes type 2. Waarschijnlijk door de metabole en endocriene consequenties van de obesitas (vooral intra-abdominaal) is de aansturing van de testikels door de hypofyse gestoord met als gevolg lage testosteronwaarden. Testosteron slikken, spuiten of smeren heeft in deze setting niet zo veel zin en heeft bijwerkingen. De oplossing is ... leefstijl aanpassing en gewichtsvermindering indien de man te zwaar is. **Betekenis voor de praktijk:** Ook voor de man zijn de leefstijladviezen bij het klimmen van de jaren essentieel en kunnen hem nog wat eigen testosteron opleveren (ook voor de botten!)

Literatuur ▶▶▶

- (1) Yeung EH, Zhang C, Mumford SL et al. Longitudinal study of insulin resistance and sex hormones over the menstrual cycle: the BioCycle Study. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 5435-5442.
- (2) Brown SA, Jiang B, McElwee-Malloy M et al. Fluctuations of hyperglycemia and insulin sensitivity are linked to menstrual cycle phases in women with T1D. *J Diab Sci Technol* 2015; 9: 1192-1199.
- (3) Fougner KJ, Vanky E, Carlsen SM. Metformin has no major effects on glucose homeostasis in pregnant women with PCOS: results of a randomized, double-blind study. *Scand J Clin Invest* 2008; 68: 771-6.
- (4) Yarde F, van der Schouw YT, de Valk HW et al. Age at menopause in women with type 1 diabetes mellitus: the OVADIA study. *Hum Reprod* 2015; 30: 441-6. ◀◀

THEMA

Maak seksualiteit bespreekbaar

KIES HET JUISTE MOMENT

DOOR: TAMMY FAASEN,
(KINDER)DIABETESVERPLEEGKUNDIGE
TREATANT ZORGGROEP LOCATIE BETHESDA
EN REDACTIELID DIABETES PRO

HET IS EEN BEKEND GEGEVEN DAT 'ZIEK ZIJN' GROTE INVLOED KAN HEBBEN OP ONS SEKSUELE LEVEN. HIERMEE DOELEN WE NIET ALLEEN OP HET SEKSUEEL PRESTEREN, MAAR OOK OP VERLANGENS EN GEVOELENS VAN INTIMITEIT. SEKSUELE PROBLEMEN BIJ PATIËNTEN MET DIABETES KUNNEN LICHAAMELIJK VAN AARD ZIJN, MAAR OOK PSYCHOLOGISCHE EN RELATIONELE FACTOREN SPELEN EEN ROL. ZO KAN HET AL DAN NIET ACCEPTEREN VAN EEN CHRONISCHE ZIEKTE, DUS OOK DIABETES, INVLOED HEBBEN OP HET SEKSUEEL WELBEVINDEN.

► Ondanks het gegeven dat seksuele disfuncties vaak voorkomen bij diabetes blijft het één van de meest genegeerde complicaties in de diabeteszorg. Zowel de patiënt als wij, de zorgverleners, hebben vaak moeite met het bespreekbaar maken van seksuele problemen. Wat kunnen we er nu aan doen om dit wél bespreekbaar te maken in de spreekkamer? Ten eerste: ons ervan bewust zijn dat het een rol kan spelen voor patiënten, en dat er een verschil is tussen de problemen die mannen en vrouwen ervaren. Mannen hebben vooral te maken met ejaculatiestoornissen en een verminderde zin in seks, meestal ten gevolge van beschadigingen aan de bloedvaten en de zenuwen, verergerd door psychologische factoren.

Ook vrouwen geven aan verminderde zin in seks te hebben, daarnaast spelen lubricatieproblemen en dyspareunie een rol. Schommelende bloedglucosewaarden kunnen eveneens seksueel disfunctioneren als gevolg hebben, immers bij langdurig hoge bloedglucosewaarden kunnen bacteriën en schimmels een infectie veroorzaken of kan vermoeidheid ontstaan. Andere belangrijke oorzaken die voor zowel mannen als vrouwen gelden, zijn onzekerheid

en angst. Diabetes kan het vertrouwen in het eigen lichaam behoorlijk aantasten, maar ook de angst voor hypo's kan tijdens het vrijen een rol spelen. Verder kan het dragen van een insulinepomp ervoor zorgen dat patiënten zich minder aantrekkelijk voelen of een schaamtegevoel hebben.

Ter sprake brengen

Als we ons bewust zijn van bovenstaande oorzaken en het feit dat patiënten zelf moeilijk over eventuele seksuele problemen praten tijdens een consult, betekent dit dus dat wij zorgverleners dit onderwerp ter sprake dienen te brengen. Om ervoor te zorgen dat het gesprek prettig verloopt, is het belangrijk het juiste moment te kiezen en duidelijk te maken dat seksualiteit een aspect is van gezondheid dat door een chronische ziekte beïnvloed kan worden. Het is uiteraard verstandig om daarbij rekening te houden met normen en waarden die sterk kunnen verschillen door verschillen in cultuur, religie en opvoeding. Wees je ook bewust van je eigen normen en waarden en opvattingen over seksualiteit. Verder is het belangrijk dat je de juiste bewoordingen kiest, passend bij de patiënt, waarbij je erkent dat het niet altijd even makkelijk is om over seksualiteit te praten.

Hou rekening met je eigen professionele grenzen en verwijs door indien nodig. Een seksueel counselingsmodel, zoals PLISSIT zou een hulpmiddel kunnen zijn om het onderwerp bespreekbaar te maken.

PLISSIT staat voor:

- **Permission:** je geeft de patiënt ruimte om over eventuele seksuele problemen te kunnen praten door bijvoorbeeld te vertellen dat diabetes het seksuele leven kan beïnvloeden en of ze hier ook vragen over hebben.
- **Limited information:** uitleg geven over wat normaal is met betrekking tot diabetes en seksualiteit en eventueel oorzaken noemen van seksueel disfunctioneren of het meegeven van een informatiefolder.
- **Specific Suggestions:** eventueel specifiek advies geven naar aanleiding van de vragen en/of het aanpassen van medicatie, waarbij je aangeeft dat dit de eerste stap is en indien dit niet het beoogde resultaat heeft er verder gekeken kan worden.
- **Intensive Therapy:** uitleg geven over mogelijke verwijzingen en wanneer te verwijzen.



Uiteraard is gebruik van het model hiernaast een dynamisch proces en kan het zijn dat je niet alle stappen doorloopt of dat je soms een stap teruggaat.

Eerste adviezen kunnen we vaak zelf geven, zoals zorgen voor een betere regulatie of adviezen en tips ter voorkoming van een hypo tijdens het vrijen. En tips en adviezen bij het gebruik van een insulinepomp en voorkoming van een hyper bij het afkoppelen van de pomp. Ook bij bijwerkingen van bepaalde bloeddrukverlagende medicatie en medicatie die gegeven wordt bij nierinsufficiëntie kunnen wij een rol spelen door in overleg met de internist de medicatie te veranderen.

Doorverwijzen

Bij mogelijke verwijzingen is het belangrijk dat we kennis hebben van de verwijsmogelijkheden in de buurt. Vaak heeft een ziekenhuis wel een seksuoloog in dienst of een psycholoog/psychotherapeut die gespecialiseerd is in het diagnosticeren en zelfstandig behandelen van seksuele problemen. Anders is er wellicht extern een seksuoloog waarnaar je kunt doorverwijzen. Meestal is een behandeling bij een seksuoloog kortdurend en kunnen zij, al dan niet in teamverband, patiënten zelfstandig helpen met alle vragen en problemen op het gebied van seksualiteit. Bij de Nederlandse wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) kun je seksuologen vinden in de buurt. De titel 'seksuoloog' is echter niet beschermd. Iedereen kan zich zo noemen. Alleen de titel 'seksuoloog NVVS' staat borg voor kwaliteit die toetsbaar is. Seksuologen met

deze titel hebben voldaan aan de kwaliteitseisen van de NVVS en staan geregistreerd bij het Nederlands Register voor Seksuologie. Deze eisen hebben betrekking op de opleiding en de werkervaring op het terrein van de seksuologie in relatie tot de basisdiscipline van arts of psycholoog en bieden de garantie van een netwerk waarin veel ruimte bestaat voor onderling overleg bij het zoeken naar een oplossing voor problemen. Ze werken meestal in een tweedelijnsinstelling of hebben een eigen praktijk (bron: nvvs.nl).

Humor

Ondanks het feit dat jongeren meestal geen last hebben van seksuele disfuncties kunnen ze er wel behoefte aan hebben om over seks te praten. Vaak vinden ze dit te persoonlijk om met een vreemde te bespreken, omdat ze zich ervoor schamen. Hoe maak je ze het als zorgverlener makkelijker toch hierover te praten? Ook hier geldt weer dat een veilige, prettige sfeer belangrijk is, en dat de jongere zich op zijn/haar gemak moet voelen bij dit onderwerp. Benadruk altijd dat je een ►

TIPS EN ADVIEZEN DIE WIJ KUNNEN GEVEN:

- Benadruk het belang van goede regulatie door bespreekbaar te maken wat de invloed is van hoge waardes op het seksueel functioneren. Frequent hoge waardes kunnen schimmelinfecties tot gevolg hebben die de zin aan seks negatief beïnvloeden. Ook kunnen hoge waardes invloed hebben op de aanmaak van testosteron.
- Geef adviezen ter voorkoming van een hypo tijdens en/of na het vrijen.
- Geef adviezen over de omgang met een insulinepomp tijdens het vrijen.
- Bevorder een gezonde leefstijl: voldoende bewegen, gezond eten, niet te veel stress. Dit is belangrijk voor zowel mannen als vrouwen, want bij een gezondere leefstijl voelen mensen zich energiever en dat kan ook een positieve invloed hebben op het seksueel functioneren. Bij meer bewegen stijgt ook het testosteron gehalte bij mannen, waardoor de behoefte aan seks toeneemt.
- Geef informatie, bijvoorbeeld in de vorm van foldermateriaal of websites waar informatie te vinden is.
- Breng medicijngebruik in kaart en wijzig eventueel medicatie als dit een verminderde zin in seks als bijwerking heeft.
- Bespreek oorzaken en behandelmogelijkheden voor erectiestoornissen, maar houdt daarbij rekening met je eigen deskundigheid en professionele grenzen. Verwijs tijdig door.
- Heb oog voor en wees alert op signalen van depressie en/of vermoeidheid en maak deze bespreekbaar om zo tot een adequate behandeling/verwijzing te komen.
- Gebruik middelen om de lubricatie te verbeteren.
- Wees alert op signalen van seksueel disfunctioneren en geef de ruimte om hierover open te praten.



PROBLEMEN BIJ VROUWEN

- ▶ Door jarenlang hoge waarden kunnen de bloedvaten aangetast worden, waardoor de doorbloeding van de vagina en clitoris aangetast wordt en deze minder vochtig worden, wat zorgt voor een verminderde behoefte en pijn tijdens het vrijen
- ▶ Eveneens door hoge bloedglucosewaarden wordt de kans op schimmelinfecties vergroot. Een schimmelinfectie kan leiden tot een infectie in de vagina die vervolgens zorgt voor een verminderde behoefte of pijn tijdens het vrijen.

PROBLEMEN BIJ MANNEN

- ▶ Ook bij mannen kan door jarenlang hoge waarden een beschadiging optreden van de bloedvaten en zenuwen. Dit kan zorgen voor erectiestoornissen
- ▶ Ejaculatiestoornissen, bijvoorbeeld waarbij de zaadlozing in de blaas terecht komt. Veelvoorkomende oorzaak hiervan is dat het kringpiertje tussen de blaas en prostaat niet meer sluit vanwege beschadiging aan de zenuw (autonome neuropathie) Tevens kan het zijn dat de ejaculatie helemaal uitblijft.
- ▶ Bij overgewicht in de vorm van veel abdominaal vet kan het testosteron afbreken wat een verminderde behoefte aan seks ten gevolg kan hebben.

PROBLEMEN ZOWEL BIJ MANNEN EN VROUWEN

- ▶ Verminderde behoefte aan seks door psychologische en/of relationele factoren
- ▶ Verminderde behoefte door een verlaagd zelfbeeld ten gevolge van het hebben van een chronische ziekte.
- ▶ Angst voor hypo's tijdens of na het vrijen.
- ▶ Angst voor hypens bij eventueel afkoppelen van een insulinepomp.
- ▶ Vermoeidheid door schommelende bloedglucosewaarden die zich kan uiten in slaapproblemen en depressie.

beroepsgeheim hebt en dat je er niet met de ouders over zult praten als zij dat niet willen. Bij jongeren onder de zestien jaar mag je wel informatie delen met ouders zonder toestemming van de jongere. Begin altijd met een algemeen praatje over seksualiteit, dit heeft een drempelverlagende werking en maakt het voor jongeren makkelijker om zelf vragen te stellen. Tevens krijgen ze zo informatie zonder dat ze persoonlijk hoeven te worden. Respecteer altijd de privacy van de jongere, neem vragen en zorgen serieus, en geef geen oordeel. Ook het gebruik van humor kan positief werken en haalt de spanning er een beetje af. Het bespreekbaar maken van de seksualiteit moet een vast onderdeel worden in de diabeteszorg, om het seksueel welbevinden te behouden en te bevorderen, en zo een positieve bijdrage aan de kwaliteit van leven te leveren.

Op de Nationale Diabetesdag van 16 maart aanstaande verzorgt Bert-Jan de Boer een sessie over 'Seks en diabetes'. Aan de orde komt: het bespreekbaar maken, het wel/niet doorverwijzen en jouw eigen rol en betrokkenheid.

Anne-Bijlsma Rutte is op 10 januari jongstleden gepromoveerd aan de Vrije Universiteit in het beter bespreekbaar maken van seksuele problemen met behulp van het PLISSIT-model.

Bronnen ▶▶▶

- (1) www.nvvs.info
- (2) www.seksindepraktijk.nl
- (3) www.seksualiteit.nl
- (4) www.vumc.nl/afdelingen/diabetescentrum
- (5) www.deparsekeizerin.nl
- (6) www.tijdschriftvoorseksuologie.nl ◀◀

Beperkte verschillen

DOOR: KINZIE PULLES, DIËTIST PULLES
DIËTISTENPRAKTIJK IN HEYTHUYSEN
EN REDACTIELID DIABETES PRO

WERELDWIJD WORDT VEEL ONDERZOEK GEDAAN NAAR VERSCHILLEN TUSSEN MANNEN EN VROUWEN MET DIABETES MELLITUS TYPE 2. DEZE ONDERZOEKEN LATEN ZIEN DAT DIABETES MELLITUS TYPE 2 EEN NEGATIEVERE INVLOED HEEFT OP DE GEZONDHEID VAN VROUWEN DAN OP DIE VAN MANNEN. ARTS-ONDERZOEKER STEVEN HENDRIKS ONDERZOECHT DE VRAAG OF ER SEKSE- EN GENDERVERSCHILLEN BESTAAN IN DE ZORG VOOR MENSEN MET DIABETES MELLITUS TYPE 2 DIE WORDEN BEHANDELD IN DE EERSTE LIJN IN NEDERLAND.



► Sekseverschillen verwijzen naar biologische verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij genderverschillen gaat het om zowel psychologische als sociologische verschillen tussen beide geslachten, die zich uiten in mannelijke en vrouwelijke houdingen en gedragingen. De verschillen zijn in kaart gebracht op het gebied van cardiovasculaire risicofactoren, sterfte, kanker, welzijn, zelfmanagement en zorgbeoordeling. Het onderzoek laat zien dat er slechts beperkte sekse- en genderverschillen bestaan bij eerstelijns patiënten met diabetes type 2 in Nederland. Bovendien hebben deze verschillen veelal geen consequenties voor de dagelijkse praktijk. De kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk voor mannen en vrouwen met diabetes type 2 wordt steeds beter. Het aantal diabetespatiënten met te hoge bloedsuikerwaarden, een hoge bloeddruk en een hoog cholesterol neemt steeds verder af.

Leefstijl

Er zijn wél verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft leefstijl. Het aantal vrouwen met obesitas blijft stabiel, maar het aantal mannen met obesitas neemt de afgelopen jaren alleen maar toe. Het percentage van rokende vrouwen met diabetes type 2 is de afgelopen jaren onveranderd gebleven, terwijl bij mannen een duidelijke daling zichtbaar is. Op het gebied van leefstijl wordt aanbevolen extra aandacht te besteden aan sekse- en genderspecifieke zorg. Hierbij is het bij mannen van belang te investeren in preventie van obesitas vanwege toenemende prevalentie. Bij de behandeling van vrouwen zou de focus moeten liggen op het ontwikkelen van methodes om de stabiel blijvende prevalentie van obesitas en roken te doorbreken.

Het is voor patiënten met diabetes type 2 belangrijk om zelf een actieve rol te nemen in de behandeling. Dit vereist een zekere

mate van zelfvertrouwen, kennis en vaardigheden (patiëntactivatie). Het onderzoek toont aan dat de mate van patiëntactivatie tussen mannen en vrouwen niet verschilt. Dit betekent dat de patiënten op hetzelfde niveau van patiëntactivatie benaderd kunnen worden, ongeacht hun geslacht.

Verhoogd risico

Kanker komt vaker voor bij mensen met diabetes type 2 dan in de algemene populatie. Vrouwen met diabetes type 2 hebben zelfs al een verhoogd risico op kanker in de periode voorafgaand aan de diagnose diabetes. Dit wordt waarschijnlijk verklaard door een verhoogde incidentie van postmenopauzale borstkanker. Postmenopauzale borstkanker is namelijk gerelateerd aan obesitas. Gewichtstoename is zeer aannemelijk in de periode voorafgaand aan het ontwikkelen van diabetes type 2. Dit maakt dat borstkanker in screeningsprogramma's mogelijk vaker wordt gediagnosticeerd bij deze vrouwen. Verder hebben vrouwen met diabetes type 2 in combinatie met obesitas een verhoogd risico op baarmoeder- en eierstokkanker. Mogelijk is er dus extra aandacht nodig voor symptomen hiervan. Ondanks dit verhoogde kanker-risico heeft diabetes type 2 steeds minder invloed op de levensverwachting. Mannen met diabetes type 2 zonder nierschade leven waarschijnlijk even lang als mannen in de algemene populatie. Vrouwen met diabetes type 2 zonder nierschade leven wel degelijk korter dan vrouwen in de algemene populatie. De oorzaak hiervoor moet nog verder worden onderzocht.

Arts-onderzoeker Steven Hendriks baseert zich in zijn promotieonderzoek op patiënten die deelnamen aan de langlopende ZODIAC-studie, een prospectieve observationele cohortstudie van mensen met type 2-diabetes die in de huisartsenpraktijk zijn behandeld. «

Legt sekseverschil gewicht in de schaal?

VERSCHIL MAN/VROUW IN ONDERZOEK NAAR AFVALPROGRAMMA'S

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

MANNEN EN VROUWEN VERSCHILLEN IN KENMERKEN DIE DE KANS VAN SLAGEN BIJ EEN POGING TOT GEWICHTSREDUCTIE BEÏNVLOEDEN. ZO HEBBEN MANNEN IN RELATIE TOT VETMASSA EEN GROTER PERCENTAGE SPIERMASSA EN EEN DAARMEE SAMENHANGEND RUSTMETABOLISME EN TOTAAL ENERGIEVERBRUIK DAN VROUWEN. OOK IS DE MOGELIJKE IMPACT VAN INSPANNING OP GEWICHTSAFNAME BIJ MANNEN GROTER. VROUWEN HEBBEN DAARENTEGEN WEER HOGERE CONCENTRATIES LEPTINE DIE EEN EETLUST-REGULERENDE WERKING HEEFT EN DAARMEE DE ENERGIE-INTAKE BEPERKT.

► Recent herlas ik dit in een in 2015 verschenen systematische review over de vraag of er geslachtsgebonden verschil is in de effectiviteit van interventieprogramma's om af te vallen. Dit was aanleiding tot reflectie vanuit de praktijk over verschillen tussen vrouwen en mannen bij gewichtsproblematiek [1].

Bij interventieprogramma's voor gewichtsvermindering lijken mannen aanvankelijk sneller en uiteindelijk meer af te vallen dan vrouwen. Vrouwen vallen uiteindelijk ook een substantieel aantal kilo's af, maar blijken in vergelijking met mannen beter in staat te zijn bereikt gewichtsverlies naderhand te behouden. Voor zowel mannen als vrouwen lijkt het zinvol om ter ondersteuning bij de wens om af te vallen een combinatie van zowel dieet als beweegprogramma aan te bieden. Daarnaast is het nodig niet alleen te faciliteren bij gewichtsafname maar ook te ondersteunen bij programma's om bereikte gewichtsvermindering te consolideren.

Bewegen tot afvallen

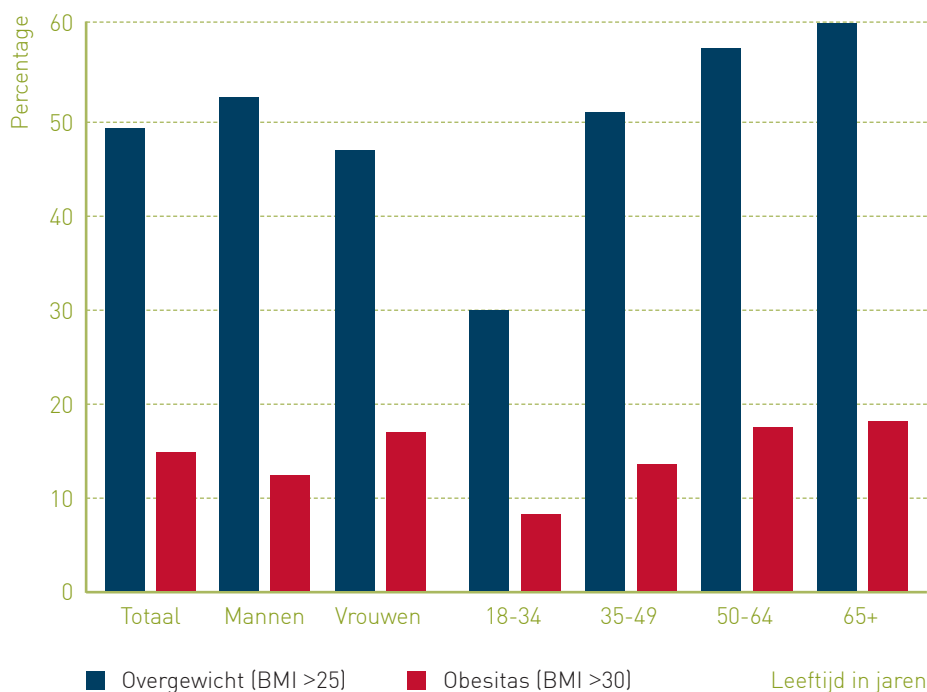
Hoe actief zijn we als behandelaars om

de optie van gewichtsvermindering bij ons behandelplan te betrekken? Is het onze eigen inertie of het negatieve verwachtingspatroon over de (on)mogelijkheden die we bij onze patiënten koesteren, waardoor we ons misschien niet maximaal inspinnen om de mensen in onze spreekkamer te bewegen tot afvallen. Dikke dokters brengen de noodzaak tot gewichtsreductie sowieso minder ter sprake dan hulpverleners zonder overgewicht. Volgens de review van Williams et al. hoeven hulpverleners uiteindelijk geen geslachtsspecifieke benadering te hanteren om vrouwen of mannen te begeleiden bij het afvallen. Wel dienen we als zorgverleners ons ervan bewust te zijn dat overgewicht epidemiologische verschillen vertoont tussen mannen en vrouwen.

Overgewicht

In 2016 had bijna de helft (49,2 procent) van de Nederlanders van 18 jaar en ouder overgewicht. Overgewicht komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij obesitas is dat andersom: meer vrouwen hebben obesitas dan mannen. In totaal heeft 14,2 procent van de Nederlanders van 18 jaar en ouder obesitas. Overgewicht

18 JAAR EN OUDER



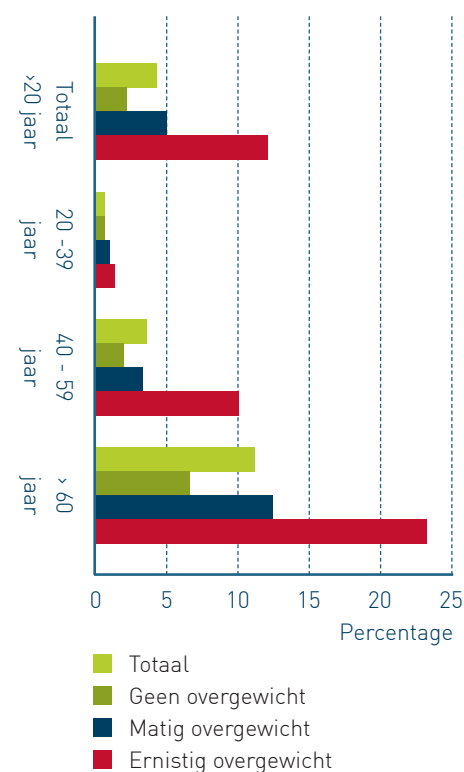
Figuur 1: overgewicht en obesitas bij mannen en vrouwen in Nederland, verdeeld naar leeftijdscategorieën [2].

neemt toe met de leeftijd. Bij mannen neemt het overgewicht vanaf 65 niet verder toe. Bij vrouwen blijft overgewicht toenemen naarmate zij ouder worden [zie figuur 1].

Ontstaan

Overgewicht predisponeert in sterke mate voor belangrijke comorbiditeit, waaronder diabetes type 2, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol en hart- en vaatziekten. De samenhang tussen overgewicht en het ontstaan van diabetes type 2 is complex en nog niet geheel ontrafeld. Onderzoekers naar het Whitehall II-cohort, onder leiding van D. Vistisen [3], hielden bij een grote groep ambtenaren uit Londen die achttien jaar werden gevolgd, tussen 1991 en 2009 secuur de veranderingen in BMI bij van alle deelnemers. 6705 van hen hadden geen diabetes bij het begin van de studie. Ze werden elke vijf jaar getest en uiteindelijk kregen 645 deelnemers tijdens de studieduur de diagnose diabetes type 2. Deze 645 deelnemers die tijdens de studie diabetes type 2 hadden ontwikkeld werden gecategoriseerd in drie groepen: de grootste groep (604 individuen) had over de jaren een stabiel overgewicht (BMI 28,1

toen de diagnose diabetes 2 werd gesteld). Vijftien deelnemers namen in de loop der jaren voortdurend toe in gewicht (BMI 41,1), en het resterende deel (26 personen) bleek al zeer lang obees te zijn (BMI 32,7), sommigen zelfs al minstens 18 jaar voordat ze diabetes kregen. De onderzoekers concludeerden dat de gemakkelijke aanname dat de meeste patiënten bij wie diabetes type 2 wordt vastgesteld betrekkelijk recent in gewicht zijn toegenomen of obees zijn, onjuist is. Het ontstaan van diabetes type 2 in relatie tot overgewicht - dat langer aanwezig is of recent is toegenomen - is niet zo eenvoudig te voorspellen. Diabetes type 2 wordt als een heterogene ziekte beschouwd waarbij obesitas of overgewicht langs verschillende routes en pathofysiologische mechanismen tot diabetes leiden. Belangrijke elementen in het ontstaan van diabetes type 2 bij overgewicht zijn: 1. Toename van intra-abdominaal buikvet, productie van grote hoeveelheden toxische verzuren die door de lever niet optimaal verwerkt worden en daar stapelen en het ontstaan van insulineon gevoeligheid van diverse weefsel en organen (spierweefsel, lever) waardoor de glucoseopname wordt ▶



Figuur 2: Diabetes naar leeftijd en overgewicht [4].

bemoelijk. Diabetes type 2 wordt pas manifest wanneer de pancreas niet meer het surplus aan insuline kan produceren die nodig is om de ontstane insulineresistentie te compenseren. Een derde van de mensen met overgewicht krijgt diabetes type 2 [zie figuur 2 en figuur 3]. De reden dat niet iedereen met overgewicht diabetes type 2 ontwikkelt is een kwestie van erfelijke aanleg. Ook etniciteit speelt een rol: Hindoestaanse mensen met overgewicht blijken bijvoorbeeld vijfmaal zoveel kans te hebben om diabetes te ontwikkelen dan blanke westerlingen. Voor Turkse en Marokkaanse mensen geldt de factor twee. Met mensen zonder overgewicht die toch diabetes ontwikkelen is meestal iets anders aan de hand. Vaak blijkt het dan om diabetes type 1 te gaan of een genetisch type van diabetes.

Intensieve leefstijlinterventies

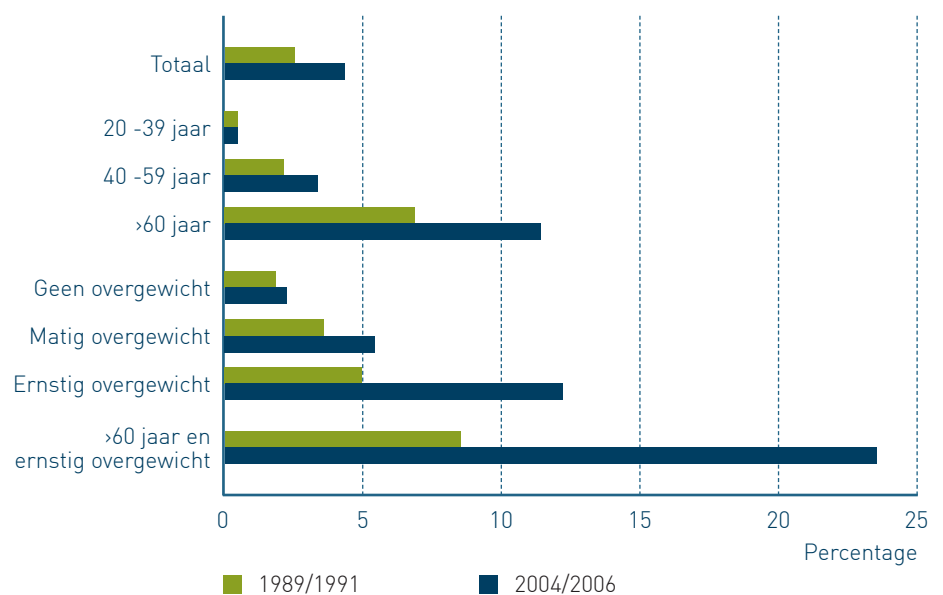
De Finse Diabetes Prevention Study [5] en de Amerikaanse Diabetes Prevention Program studie [6] toonden enkele jaren geleden al aan dat intensieve leefstijlinterventies de hoeksteen vormen om diabetes te voorkomen bij hoog risicogroepen. In

beide studies werd bij de deelnemers in de interventiegroep op slechts een paar jaar tijd een daling van de diabetesincidentie met 58 procent vastgesteld ten opzichte van de controlegroep. Ook in een recente meta-analyse [7] werden deze resultaten bevestigd. Hoewel geen van de studies was opgezet met de intentie om seksverschillen in het ontstaan van diabetes bij hoog-risicopersonen te detecteren bleek een gewichtsreductie van > 3 procent lichaamsgewicht bij mannen wel in een sterkere afname te resulteren in het aantal risicofactoren voor het ontstaan van diabetes type 2 [8].

Gewichtsbeperving als behandeldoel

We beoordelen behandel mogelijkheden voor diabetes type 2 steeds meer vanuit de impact die ze hebben op lichaamsgewicht. Betacelmimetica zoals SU-derivaten en insuline staan bekend om hun negatieve invloed op lichaamsgewicht. De UKPDS-studie liet zien dat starten met insuline in het eerste behandeljaar gepaard gaat met 2,5 kilogram gewichtstoename voor elke daling van HbA1c met 11mmol/mol. Metformine is relatief gewichtsneutraal en

Figuur 3: De stijging zit vooral in de groep mensen met ernstig overgewicht, in het bijzonder de ouderen. Het percentage zwaarlijvige ouderen met diabetes is sinds 1989-1991 bijna verdrievoudigd [4].



ACTIEVE BENADERING NODIG

Interventies voor afvallen bij patiënten met overgewicht of obesitas lonen. Zowel om comorbiditeit, waaronder het ontstaan diabetes type 2, te voorkomen als om diabetes type 2 'behandelbaar' te houden. Van zorgverleners mag een actieve benadering verwacht worden om patiënten op overgewicht aan te spreken en daar vervolgens een inspanning aan te verbinden om patiënten met overgewicht of obesitas te motiveren deel te nemen aan een interventieprogramma om af te vallen. In de eerste lijn moeten hulpverleners zich inspannen om zich hiertoe in netwerken in de vorm van ketenzorg multidisciplinair te organiseren. De interventieprogramma's hebben de grootste kans van slagen als ze multidisciplinair zijn opgezet, gebaseerd zijn op de meest recente richtlijnen en zich zowel richten op dieetadvies als op meer bewegen. De inspanning voor behandelinterventies rond afvallen moet zich richten naar de inzichten uit de epidemiologie: focus op de grootste groep met een relatief matig overgewicht (hierin zal door het voorkomen van relatief veel gewichtsgeassocieerde ziekte belangrijke gezondheidswinst gehaald kunnen worden), focus tevens op ouderen omdat overgewicht/obesitas met stijgende leeftijd een groter probleem vormt en sterk verbonden is met het ontwikkelen van diabetes type 2. Richt je als hulpverlener niet alleen op initieel gewichtsverlies maar investeer ook in begeleiding om bereikt gewichtsverlies te consolideren. Staar je tot slot in de hulpverlening bij overgewicht niet blind op de eventuele verschillen die mannen en vrouwen in hun patroon bij afvallen vertonen.

behandeling met GLP-1-receptor-agonisten resulteert bij een deel van de patiënten in een zeker gewichtsverlies. Bij therapie met deze GLP-1-analogen zijn er echter ook non-responders (zowel voor wat betreft HbA1c-vermindering als voor gewichtsverlies), bovendien met toename van de behandelduur bij incretinetherapie het effect op gewichtsbeheersing af (centra in de hersenen die betrokken zijn bij verzadiging een eetgedrag lijken minder gevoelig te worden voor exogeen toegediende GLP-1-receptor-agonisten. Intensivering van diabetesbehandeling roept niet zelden een spanningsveld tussen HbA1c-afname en gewichtsstijging op waarvan de nettowinst voor de patiënt niet altijd inzichtelijk is; een gewichtstoename van vijf kilogram gaat gepaard met 30 procent meer hart- en vaatziekten en macrovasculaire ziekten. Dat is een schadelijker effect dan wat 11mmol/mol HbA1c-stijging oproept.

Tijdens de scientific meetings van de EASD in Wenen in 2014 postuleerde een spreker dat kleine veranderingen in eetpatroon of lichaamsactiviteit over een jaar reeds een substantieel effect op het lichaamsgewicht hebben: een boterham per dag meer of dagelijks een half uur wandelen zouden in een jaar, bij gelijk blijven van het verdere patroon, respectievelijk tot 2,5 kilogram gewichtstoename of gewichtsreductie

leiden. Ook hiermee wordt het belang benadrukt om naast caloriebeperking ook lichaamsbeweging te stimuleren. Meestal is het dan ook realistischer om in de spreekkamer via een multidisciplinair behandelplan te werken naar een gewichtsvermindering van 5-10 procent van het concrete lichaamsgewicht dan te streven naar wat voor sommigen een ver verwijderd streefgewicht is. Dit relatief beperkte gewichtsverlies heeft bij overgewicht al een zeer gunstig effect op de glucosehuishouding. Ook voor ons als zorgverleners geldt bij onze inspanning om overgewicht terug te dringen het advies dat stoelt op de preventieparadox die de beroemde epidemioloog Geoffrey Rose 30 jaar geleden formuleerde: 'Een groot aantal mensen dat bloot staat aan een klein risico zal meer ziektegevallen produceren, dan een klein aantal mensen dat blootstaat aan een hoog risico.' Anders gezegd: in de context van diabetespreventie op populatieniveau is het beter te focussen op kleine gewichtsaftakes in de gehele populatie, dan op gewichtsaftake bij mensen met een hoog risico. Diabetespatiënten hebben binnen hun polis bij de meeste ziektekostenverzekeringen recht op een aantal uren dieetadvies. Voor een vergoeding vanuit een aanvullende verzekering geldt geen eigen risico. Is de zorgvrager door huisarts of praktijk-

ondersteuner verwezen via de Ketenzorg Diabetes, CVR (hart en vaatziekte) of COPD (longziekten) dan worden de consulten hieruit vergoed, voor deze vergoeding geldt geen eigen risico. In veel regio's worden door paramedici ondersteunende programma's aangeboden voor diabetespatiënten waarbij zowel dieetadvies als meer bewegen de aandacht krijgen. Voorbeeld van dergelijke programma's zijn de regionale initiatieven die vanuit 'Diabetes challenge' in het land ontstaan. Vrouwen formuleren in de spreekkamer vaker dan mannen een hulpvraag rond lichaamsgewicht. Mogelijk spelen zelfbeeld, lichaamsbeleving en esthetische normen hierbij een grotere rol dan zorgen over gezondheid en risico op ziekte.

Referenties >>>

- (1) Williams RL, et al. Effectiveness of weight loss interventions- is there a difference between men and women: a systematic review. *Obesity Reviews* 2015 (16): 171-186
- (2) www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie
- (3) Vistisen D, et al. Patterns of Obesity Development before the Diagnosis of Type 2 Diabetes: The Whitehall II Cohort Study. 2014 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001602>
- (4) www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2007/27/meer-suikerziekte-bij-overgewicht
- (5) Lindström J. Et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003; 26: 3230-6
- (6) The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP). *Diabetes Care* 2002; 25:2165-71
- (7) Dunkley AJ, Bodicoat DH, Greaves CJ, et al. Diabetes prevention in the real world: effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes and of the impact of adherence to guideline recommendations. *Diabetes Care* 2014;37:922-33
- (8) Perreault, Leigh et al. "Sex Differences in Diabetes Risk and the Effect of Intensive Lifestyle Modification in the Diabetes Prevention Program." *Diabetes care* 31.7 (2008): 1416-1421. <<

THEMA

Mannen meer moeite

ERVARINGEN IN DE DIËTISTENPRAKTIJK: DE VERSCHILLEN TUSSEN MANNEN EN VROUWEN



RUBEN SNELDERS, DIËTIST MIND BODY HEALTH,
DIËTIËK & COACHING
PRAKTIJK NOORDWIJK/SASSENHEIM:

3. Wat zijn je ervaringen vanuit de praktijk? Klopt het dat mannen minder vaak naar de diëtist gaan en zet deze trend zich door of ontstaat er toch een verschuiving?

Het klopt dat mannen minder vaak naar de diëtist gaan. Dit zie ik ook terug in onze praktijk. Het helpt dat ik zelf man ben, want ik hoor van artsen dat ze daardoor de patiënt veel makkelijker kunnen motiveren om bij mij onder behandeling te komen. Dit zou natuurlijk niet zo mogen zijn, maar de praktijk wijst het wel uit. Steeds meer mannen bezochten de afgelopen paar maanden het spreekuur, dit vind ik een positieve trend. Het imago van de diëtist en het vooroordeel daar rondom verandert gelukkig ook.

4. Hoe is de bereidheid van mannen en vrouwen om écht aan de slag te gaan?

Over het algemeen nemen vrouwen eerder de stap naar de diëtist dan mannen. De bereidheid om veranderingen door te voeren is ook niet altijd gelijk. Mannen stellen hier vaker voorwaarden aan en schieten vaker in een onderhandeling operandi.

Ook merk ik dat mannen over het algemeen vaker moeite hebben om een eerste stap te zetten om hun gedrag te veranderen.

Ze zijn minder vaak bereid om het dieet een beperking te laten zijn op hun leven. Maar als mannen de eerste stap hebben gezet en de knop hebben omgezet, zie ik dat ze juist vaker succesvoller zijn in de rest van het traject om hun einddoel te behalen.

Het traject en gewichtsreductie verlopen bij mannen vaker lineair; bij vrouwen zie ik een grilliger verloop.

5. Zijn er verschillen bij het geven van voedingsadviezen?

Ja, de algemene voedingsadviezen voor mannen en vrouwen zijn wel verschillend en ook nog leeftijdsafhankelijk, maar voor het ziektebeeld diabetes verschillen ze verder niet.

6. Welke ervaringen heb jij?

Bij mannen komt de alcoholproblematiek meer voor. Verder valt er winst te behalen in portiegroottes, ook bestaat hun voeding vaak uit meer vet en minder fruit, groenten en vezels. Bij vrouwen speelt portiecontrole ook een belangrijke rol; regelmaat en zoetigheid zijn eveneens veelvoorkomende verbeterpunten. Verder laten vrouwen zich vaker leiden door emotioneel eten. En ze ervaren minder steun van hun thuissituatie/gezin. Vrouwen zien de ziekte meer als een probleem van zichzelf, terwijl mannen het vaker zien als een probleem van het gezin. In de praktijk zie je dus dat, als bij de man diabetes is vastgesteld, vaker het gehele gezin de voedingsgewoonte aanpast. Door de vrouw wordt dan voor het gehele gezin anders gekookt. Bij vrouwen die diabetes hebben zie je vaker dat ze 's avonds twee soorten maaltijden koken. De maaltijd voor henzelf, op basis van het dieet, en de maaltijd voor de rest van het gezin.

7. Hoe is je benadering en behandelwijze? Zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen?

Bij mannen is vaker een tekort aan fysieke beweging en speelt alcohol een grotere rol, dus ligt daar meer focus op. Vrouwen zijn beter in zelfmanagement en pakken het gemakkelijker op. Mannen hebben op dit vlak vaak meer aandacht en onderbouwing nodig. Vrouwen ervaren vaak meer mentale stress van de diagnose diabetes die door de huisarts is gesteld. Natuurlijk zijn er ook verschillen per individu. Het komt er uiteindelijk op aan of je in korte tijd de cliënt kunt aanvoelen. De ene cliënt vaart goed bij een strenge aanpak, de andere niet. <<

► 1. Van wie krijg je vaker verwijzingen, van huisartsen of van praktijkondersteuners?

Bij de huisartsenpraktijken waarmee wij samenwerken verschilt dit per praktijk. Bij sommige praktijken komen alle verwijzingen van de artsen. In andere praktijken zien we met name praktijkondersteuners deze rol vervullen. Elke tussenvorm is mogelijk. Het is afhankelijk van de werkafspraken die in die huisartsenpraktijken zijn gemaakt of de werkafspraken die wij onderling hebben gemaakt.

2. Hebben mannen andere hulpvragen dan vrouwen?

Nee, de hulpvragen zijn hetzelfde. De intrinsieke motivatie en de manier waarop de hulpvragen onder woorden worden gebracht, zijn wel vaak anders. Zo geven mannen bij de intake bijvoorbeeld veel vaker aan dat ze niet willen dat diabetes mellitus type 2 en de diëtietiekbehandeling voor een beperking in hun leven gaan zorgen. Ook merk ik dat mannen vaak meer geneigd zijn om voor 'dat pilletje' te gaan, ook al kan dat voorkomen worden.

met eerste stap



HENKA SPRIENSMA, EIGEN PRAKTIJK
DIËTIST ERMELO; WERKZAAM IN
GEZONDHEIDSCENTRUM DE WITTE PAUW IN
ERMELO EN GEZONDHEIDSCENTRUM ERMELO:

BIJ VROUWEN SPEELT PORTIECONTROLE
OOK EEN BELANGRIJKE ROL,
REGELMAAT EN ZOETIGHEID
ZIJN EVENEENS VEELVOORKOMENDE
VERBETERPUNTEN.

► 1. Van wie krijg je vaker verwijzingen, van huisartsen of van praktijkondersteuners?

Er zijn momenteel, denk ik, evenveel verwijzingen van huisartsen als van praktijkondersteuners. Vooral omdat het werk van de diëtist zich de laatste jaren veel meer toespitst op andere klachten dan welvaartsziekten.

2. Hebben mannen andere hulpvragen dan vrouwen?

Met name bij jonge mannen zie ik een andere hulpvraag. Die is vaak gekoppeld aan hun training in de sportschool of de fysio-fitness. Oudere mannen komen over het algemeen met dezelfde vragen als vrouwen.

3. Wat zijn je ervaringen vanuit de praktijk? Klopt het dat mannen minder vaak naar de diëtist gaan en zet deze trend zich door of ontstaat er toch een verschuiving?

Ik zie inderdaad meer vrouwen dan mannen in mijn praktijk. Helaas heb ik geen percentages beschikbaar. Jongeren raken door negatieve berichtgeving over voeding meer in de war dan ouderen. Denk aan de fipronil in eieren, antibiotica in vlees en kip. Bij ouderen, vooral bij vrouwen, zie ik dat ze in de war zijn door alle diëten die ze al hebben gevolgd. Ze weten niet meer wat een normaal voedingspatroon is.

4. Hoe is de bereidheid van mannen en vrouwen om écht aan de slag te gaan?

Beide groepen komen gemotiveerd binnen. Ze hebben zelf een afspraak gemaakt, dus die stap is gezet. Maar, het volhouden is een ander probleem. Vastgeroeste gewoontes zijn moeilijk om te buigen. Vooral als blijkt, dat afvallen minder snel lukt dan ze hadden gedacht. In reclames lijkt het een fluitje van een cent, maar de praktijk is weerbarstig. Ik zie de beste resultaten in gezinnen, waarbij iedereen meegaat in de leefstijlverandering.

5. Zijn er verschillen bij het geven van voedingsadviezen?

In principe zijn er geen verschillen in voedingsadviezen. Het uitgangspunt voor een diëtist is altijd: de adviezen vanuit de Gezondheidsraad, vertaald naar de Schijf van Vijf. Ieder advies is daarop gebaseerd. De hoeveelheden hangen af van het basaalmetabolisme van de patiënt. Het koolhydraatbeperkte dieet is sinds een paar jaar een oplossing voor diabetespatiënten die ontregeld zijn. Het mag maar drie maanden gevolgd worden, omdat het geen volwaardig voedingspatroon is.

6. Welke ervaringen heb jij?

Ten aanzien van het koolhydraatbeperkt dieet: hiermee behalen we goede resultaten, maar het is niet lang vol te houden. Voor velen is het te afwijkend van hun normale voedingsgewoontes, denk maar eens aan de stampotten in de winterperiode.

7. Hoe is je benadering en behandelwijze? Zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen?

In principe is er geen verschil in benadering en behandeling. Maar ik merk dat ik met mannen vaak verder kom als ik met ze aan de slag ga met apps. Mannen vinden dat interessanter dan vrouwen. ◀

‘Mama heeft diabetes’

DOOR: MARGRIET BONTHUIS,
DIABETESVERPLEEGKUNDIGE
EN REDACTIELID DIABETES PRO

► **Je zult als kind je moeder maar in coma op de bank vinden, als je thuiskomt van een middagje voetballen. Dat is flink schrikken. Het overkomt Jasper van tien in het boek ‘Mama heeft diabetes’. Als een moeder of vader diabetes heeft, merken de kinderen daar waarschijnlijk regelmatig iets van. Alleen al omdat de ouder er dagelijks mee bezig is. Diabetesmoeder Willeke Mulder wilde haar kinderen erover voorlezen, maar zo’n kinderboek bestond nog niet. Inmiddels is ‘Mama heeft diabetes’ verschenen.**

Willeke Mulder: ‘Mijn kinderen krijgen veel mee van mijn diabetes, ze maken situaties mee die voor kinderen beangstigend zijn. Dat hun moeder suf aan tafel zit en cornflakes in de thee giet bijvoorbeeld of de telefoon onder de kraan houdt. Mijn diabetes is instabiel, waardoor hypo’s mij vaak onverwachts overkomen. Iemand anders moet mij dan suiker of ranja geven. Mijn kinderen doen dit als vanzelfsprekend, ze zijn ermee opgegroeid. Maar het is niet altijd fijn. Vandaar mijn wens om een kinderboek te maken over dit onderwerp.’

Van idee naar plan

Willeke vertelt hoe haar wens concreet werd: ‘Ik heb contact opgenomen met Ansje Bootsma, die naast tekstschrijver ook moeder is en diabetes heeft. Samen hebben we een plan gemaakt om het boek uit te geven. Mijn vriend Pepijn attendeerde me op de oproep van het Diabetes Fonds om ideeën in te dienen voor Het Beste Diabetesidee 2017. Elk jaar honoreert het Diabetes Fonds een of meer ideeën die het leven van mensen met diabetes een beetje beter maken. We stuurden ons plan in en het Diabetes Fonds was er enthousiast over. Wij werden een van de twee winnaars en konden aan de slag.’

Tekst

Ansje Bootsma maakte een bouwplan voor het boek en schreef de tekst: ‘Door alles wat Willeke en ik als moeder met diabetes meemaken, was het niet moeilijk om de inhoud te bepalen. Het boek schreef zichzelf als

het ware. De situaties in het boek zijn uit ons leven gegrepen. Zo fietste ik eens met mijn drie dochters terug van het strand op Schiermonnikoog naar de haven, met een kind voorop de fiets. Ik ging steeds langzamer fietsen, begon te slingeren en moest wel stoppen. Ik haalde mijn jongste uit het zitje en ging op de grond zitten. Mijn oudste dochter was toen een jaar of negen en zij was zo kordaat om me druivensuiker te geven, mijn man te bellen en hulp bij het dichtstbijzijnde huis te halen. Het liep gelukkig goed af, maar voor de meiden was het een hele schrik.’

Voor kinderen

‘Mama heeft diabetes’ is een leesboek voor kinderen in de basisschoolleeftijd. Andrea Kruis maakte de tekeningen in het boek. Het is leuk om voor te lezen aan jongere kinderen; oudere kinderen kunnen het zelf lezen. In het boek staan de belevenissen van Eva (8 jaar) en Jasper (10) met hun moeder die diabetes heeft. Zo komen ze bijvoorbeeld te laat op school, omdat mama ‘s morgens een hypo heeft, mogen ze een goed doel verzinnen voor de sponsorloop van hun school en helpt Jasper zijn moeder bij een ernstige hypo. Het boek bevat verder korte en eenvoudige informatieve teksten over diabetes. Willeke: ‘Het lezen van het boek kan kinderen helpen om de nare dingen rondom de diabetes te begrijpen en erover te praten. Ze leren wat er kan gebeuren en hoe ze moeten handelen.’

Verkrijgbaar

Het boek kost €14,99 en is verkrijgbaar via de website mamaheeftdiabetes.nl. Een deel van de opbrengst gaat naar het Diabetes Fonds. Voor meer informatie: info@mamaheeftdiabetes.nl «





COLUMN JAN ... EN ALLEMAN

VEERLE HUIGEN

► **Op mijn 23e werd ik gediagnosticeerd met diabetes type 1. Op dat moment kende ik één ander persoon die het ook had: een mannelijke studiegenoot die wekelijks door zijn huisgenoten gewekt moest worden en AA-drinkjes gevoerd moest krijgen om überhaupt wakker en alert te zijn. Hij werd ontzettend dwars bij een hypo en luisterde niet als wij hem probeerden te helpen. Voor hem was diabetes type 1 altijd bijzaak (en nog steeds trouwens). Het eerste wat ik dan ook zei na mijn diagnose was: 'ik word niet zoals Jan*'.**

Zoals Jan ben ik ook nooit geworden. Maar dat dwarse bij een hypo is volgens mij universeel; het heeft ook bij mij vrij snel intrede gedaan. Laksheid, desinteresse in de ziekte, en anderen je hypo's laten oplossen: dát was bij mij niet aan de orde. Ik associeer die laksheid en desinteresse toch automatisch meer met mannen. Natuurlijk scheer ik ze daarmee allemaal over een kam, zo zwart-wit is het natuurlijk niet. Feit blijft wel dat in georganiseerde groepen van mensen met diabetes type 1 (vrijwilligers, bloggers, mensen die werken in de diabeteswereld) het overgrote deel vrouw is. En dat de posts in Facebook-groepen voor het grootste deel van vrouwen afkomen. Komt dat omdat 'wij' ons meer zorgen maken? Omdat we er simpelweg meer mee bezig zijn? Of is de invloed van diabetes type 1 groter op ons leven dan op het leven van mannen?

Dat laatste geloof ik niet. De invloed van diabetes type 1 is zo groot als dat jij die laat zijn. Jij bepaalt of je wel of niet met een te lage waarde naar bed gaat na een avond stappen. En jij bepaalt wat prioriteit heeft bij de keuze van een insulinepomp. Kies je voor de makkelijkst te vervangen, onopvallendste pomp die je weg kan stoppen en waar je geen omkijken naar hebt? Of wil je een accurate pomp die met een sensor te combineren valt, bijvoorbeeld voor het geval je zwanger wilt worden? Seksverschillen spelen in die keuze natuurlijk een rol, maar verschillen in persoonlijkheid en karakter des te meer.

Uit ervaring weet ik dat de invloed van hormonen op je bloedsuikerspiegel enorm is. Het betekent één keer per maand opnieuw beginnen met het instellen van je ratio's en basaalstand rond de menstruatie. Ook zwanger worden en zijn met diabetes heeft een enorme impact op je leven. Toch denk ik dat diabetes type 1 nou niet bepaald makkelijker is voor mannen dan voor 'ons'. Ze laten er wellicht iets minder van zien. Maar ja, mannen en het delen van hun gevoelens: daar kan ik nog wel drie columns over schrijven ...

**Jan is een schuilnaam om de privacy te waarborgen. ◀*

'IK ASSOCIEER DIE LAKSHEID EN DESINTERESSE TOCH AUTOMATISCH MEER MET MANNEN.'

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

Stuur patiënten na acuut coronair syndroom naar leefstijlprogramma

DOOR: MARGRIET BONTHUIS, DIABETESVERPLEEGKUNDIGE EN REDACTEUR DIABETES PRO

► **Kunnen leefstijlgerelateerde risicofactoren (roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit) verminderd worden bij patiënten met coronaire hartziekte door lokaal georganiseerde leefstijlprogramma's?**

Eerder toonde de RESPONSE-1-trial (RESPONSE staat voor Randomized evaluation of secondary prevention by outpatient nurse specialists) dat secundair-preventieve zorg die wordt gegeven door

verpleegkundigen, resulteert in verbeterde medicamenteuze behandeling van de risicofactoren en een hogere kwaliteit van leven bij patiënten met coronairlijden. Overgewicht, lichamelijke inactiviteit en roken zijn leefstijlgerelateerde risicofactoren van hart- en vaatziekten die over het algemeen lastig te beïnvloeden zijn.

Hoe werd dit onderzocht?

De RESPONSE-2-trial is een gerandomiseerde studie waaraan 15 ziekenhuizen in Nederland meededen. Inclusiecriteria waren patiënten met acuut coronair syndroom en ten minste één leefstijlgerelateerde risicofactor (BMI > 27 kg/m², lichamelijke inactiviteit of roken). Alle patiënten ontvingen reguliere zorg conform de richtlijn, inclusief een door een verpleegkundige geleid leefstijl-preventieprogramma (controlearm). De interventiearm kreeg daarnaast een verwijzing naar een of meerdere lokale leefstijlprogramma's: Weight Watchers, Philips DirectLife (een persoonlijke online-sportcoach) en Luchtsignaal (telefonische begeleiding bij stoppen met roken). Partners konden kosteloos meedoen. De primaire uitkomstmaat was de proportie patiënten die na twaalf maanden ten minste één leefstijlfactor had verbeterd (5% gewichtsreductie, verbetering van zes minuten loopafstand of gestopt met roken), zonder verslechtering van een andere leefstijl.

Belangrijkste resultaten

De primaire uitkomstmaat was bekend bij 711 van de 824 patiënten, van wie 360 in de interventiearm zaten en 351 in de controlearm. Gemiddeld waren de overwegend (79 procent) mannelijke patiënten 59 jaar oud; 21 procent rookte, 87 procent had overgewicht en 63 procent was inactief. In de interventiegroep nam 85 procent deel aan minstens één lokaal leefstijlprogramma. De primaire uitkomstmaat werd in de interventiearm significant vaker behaald dan in de controlearm (risicoratio: 1,43; 95 procent-BI: 1,14-1,78). Met name gewichtsreductie werd vaker behaald in de interventiearm. Daarnaast waren het hebben van een partner en partnerparticipatie aan het leefstijlprogramma gerelateerd aan het verbeteren van leefstijlfactoren.

Consequenties voor de praktijk

Het verwijzen van patiënten met een recent acuut coronair syndroom en ongunstige leefstijlfactoren naar een lokaal georganiseerd leefstijlprogramma, zoals Weight Watchers, heeft een gunstiger effect dan adviezen van dokters en verpleegkundigen alleen.

Besproken artikel: Mitznebo M. et al. Community-based lifestyle intervention in patients with coronary artery disease: the RESPONSE-2 trial. *J Coll Cardiol.* 2017;20:3M-27. ◀



HANDIGE APP 'KIES IK GEZOND?'

DOOR: MARIJKE OVERKAMP, DIABETESVERPLEEGKUNDIGE EN HOOFDREDACTEUR DIABETES PRO

► **Gezonder kiezen op basis van wat je belangrijk vindt? Het Voedingscentrum presenteert de gratis app 'Kies Ik Gezond?' waarmee je producten kunt scannen, opzoeken en vergelijken. De app lijkt een goede aanvulling op de koolhydraatteller en andere apps van het Voedingscentrum, zoals 'Mijn Eetmeter'.**



De kleine lettertjes op het etiket beu? In de app krijg je de voedingswaarden en ingrediënten te zien wanneer je de streepjescode van een product scant. Heb je geen product bij de hand om te scannen? Je kunt in de app ook een product zoeken door een productnaam in te typen of te bladeren door productcategorieën.

Vergelijk eenvoudig producten

Met de Vergelijker in de app kun je eigenschappen van maximaal drie producten met elkaar vergelijken. Zo kun je de voedingswaarden met elkaar vergelijken, maar ook bijvoorbeeld de hoeveelheid suiker, zout of vet. Heb jij aangegeven dat je op zout wilt letten? Dan zie je dit als eerste terug in de Vergelijker. Ook kun je zien of de producten in de Schijf van Vijf staan.

Tips voor alternatieven

Standaard zie je of een product past in de Schijf van Vijf of niet. Bij producten die niet in de Schijf van Vijf passen krijg je gezondere alternatieven te zien of krijg je een handige tip of een link naar een gezonder recept. Mocht je dit niet willen, omdat je bijvoorbeeld alleen op een bepaalde voedingswaarde wilt letten? Dan kun je deze functie uitzetten.

Gezondere keuze bovenaan

Als je een product zoekt, kun je de zoekresultaten sorteren op voedingswaarden. Zo zie je makkelijk in welk product bijvoorbeeld het minste suiker zit. Daarnaast kun je ook sorteren op alfabet of relevantie.

Alleen zien wat jij zoekt

Als je een product zoekt, kun je de zoekresultaten filteren. Je kunt filteren op Schijf van Vijf, supermarkten, merken en productcategorieën. Als je bijvoorbeeld op Schijf van Vijf filtert, dan krijg je alleen de producten te zien die in de Schijf van Vijf staan.

Eigen supermarkt

Je kunt aangeven bij welke supermarkten je boodschappen doet. Dan krijg je de eigen merken van andere supermarkten niet te zien bij het zoeken naar een product.

Verkrijgbaar in Play Store (Android) en AppStore(Apple). «

HANDIGE APP

VRAAG & ANTWOORD

antwoord op de vraag van pagina 9

Antwoord D is het juiste antwoord.

Een toename van het aantal patiënten dat zich op steeds jongere leeftijd met diabetes mellitus type 2 manifesteert, vergroot het risico een LADA over het hoofd te zien. Naar schatting vijf tot tien procent van de patiënten die voor diabetes type 2 worden behandeld, zijn niet juist gediagnostiseerd. Een niet onaanzienlijk percentage van deze mensen heeft LADA.

Bij pancreasschade kan de bepaling van c-peptide informatie geven over de restcapaciteit van nog functionerende bètacellen.

Bij extreem overgewicht en ernstige insulineresistentie kan het c-peptide inzicht geven in de bèta-cel functie. Dit kan van belang zijn bij de keuze voor het al dan niet voortzetten van de behandeling met GLP-1 analogen en DPP-4 remmers. Met de toename van het aantal behandelopties voor diabetes type 2 en meer aandacht voor behandeling op maat, is inzicht in en meewegen van de resterende bèta-celcapaciteit steeds belangrijker aan het worden.

Sport en bewegen: een 'heikel' onderwerp

BEWEGEN ALS ONDERWERP IN DE SPREEKKAMER

DOOR: MIRJAM STUIJ, ONDERZOEKER,
AFDELING METAMEDICA, VU MEDISCH CENTRUM,
AMSTERDAM EN MULIER INSTITUUT, UTRECHT

BEWEGEN WORDT OVER HET ALGEMEEN BESCHOUWD ALS BELANGRIJK ONDERDEEL VAN DE BEHANDELING BIJ DIABETES TYPE 2, MAAR ZORGVERLENERS ERVAREN HET OOK ALS 'HEIKEL' ONDERWERP; IETS WAAR PATIËNTEN NIET PER SE MAKKELIJK TOE GENEIGD ZIJN. UIT GESPREKKEN MET 24 ZORGVERLENERS OVER HUN ERVARINGEN MET DIT ONDERWERP KOMEN TWEE SPANNINGSVELDEN HEEL DUIDELIJK NAAR VOREN: HET BEGRIIP VOOR GEDRAG VAN PATIËNTEN ÉN DE OPVATTINGEN OVER VERANTWOORDELIJKHEDEN. BEWEGEN BLIJKT BINNEN DE DIABETESZORG EEN COMPLEX ONDERWERP.

► 'Bewegen en voeding vormen de basis van de behandeling en dat blijft altijd', aldus een diabetesverpleegkundige. Beide onderwerpen staan hoog in de behandelrichtlijn voor diabetes type 2 en de meeste zorgverleners vertelden dan ook dat ze bewegen vrijwel elk consult aanstippen. Maar ze ervaren ook knelpunten, want blijvend meer gaan bewegen blijkt voor veel patiënten lastig en de kaders van de zorg begrenzen de mogelijkheden. Denk hierbij aan: tijd, focus op waarden en protocollen, en beperkte (blijvende) opties om naar door te verwijzen. Daarbij hebben zorgverleners ook eigen ervaringen met bewegen en opvattingen over gezond leven. Deze elementen komen samen in de twee voornaamste spanningsvelden rondom bewegen als onderwerp in de diabeteszorg.

Begrip en onbegrip

Uit de interviews kwam naar voren dat het begrijpen van gedrag van patiënten en de keuzes die ze maken, vaak tegenstrijdige gevoelens met zich meebrengen. Enerzijds is er begrip voor patiënten die moeite hebben met het oppakken van bewegen. Bijvoorbeeld omdat eigen ervaringen maken dat ze zelf soms minder bewegen

dan ze zouden willen. Of omdat patiënten niet zo'n last hebben van hun diabetes, wat een blijvende focus op (beweeg)gedrag lastig maakt. Ook zijn de sportervaringen in de jeugd van patiënten lang niet altijd positief of maken hun leefomstandigheden het soms lastig, zoals weinig geld of andere problematiek thuis.

Anderzijds kwam er ook geregeld onbegrip in de gesprekken naar voren, vooral door verschillen die zorgverleners tussen henzelf en hun patiënten ervaren. Bijvoorbeeld omdat patiënten er andere opvattingen op nahouden over het belang van gezond leven en het nemen van verantwoordelijkheid. Of dat ze maar een lage prioriteit aan bewegen toekennen. Dit kan frustratie bij zorgverleners opleveren: 'iedereen kan bewegen, ga gewoon buiten wandelen of fietsen'. Een risico hiervan, vertelde een internist, is dat zorgverleners gedemotiveerd raken als ze te weinig resultaat van hun inspanningen zien.

Afstand

De tegenstrijdige gevoelens, de afwisseling tussen meer en minder begrip, kwamen vaak in één gesprek naar voren. Wat het



vooral complex maakt, zijn verschillen tussen zorgverleners en een deel van de patiënten. Niet alleen in opvattingen over gezond leven en ervaringen met sport en bewegen, maar ook in daarmee samenhangende sociaaleconomische posities, zoals verschillen in opleidingsniveau, inkomen of culturele achtergronden. Die afstand maakt het écht doorgronden van de keuzes en het gedrag van patiënten

lastig – iets waar de zorgverleners zich (ten dele) van bewust leken te zijn.

Motiveren en loslaten

Vooraf rondom het thema verantwoordelijkheden kwamen veel vragen naar voren: wie is er verantwoordelijk voor gedragsverandering? Hoever gaat je verantwoordelijkheid als zorgverlener? En vooral: wanneer is het tijd om het onderwerp los

te laten? Hoewel alle zorgverleners aangaven dat de verantwoordelijkheid uiteindelijk bij de patiënt ligt, blijkt het niet gemakkelijk om te bepalen wanneer het tijd is los te laten. Hoeveel informatie moet je geven, hoeveel discussies moet je voeren? Hoever moet je gaan in het helpen zoeken naar laagdrempelig aanbod? Moet je zelf iets aanbieden? Degenen die al langer in het vak zitten, gaven aan dat ze een verandering hebben meegemaakt: van de zorgverlener die zegt wat een patiënt moet doen, naar het begeleiden van patiënten bij gedragsverandering. Ook fysiotherapeuten noemden iets soortgelijks: een omslag van het 'opknappen' van patiënten naar het gezamenlijk zoeken naar een oplossing van meer bewegen in het dagelijks leven inpassen. Motiverende gesprekstechnieken werden daarbij geregeld genoemd als middel om het initiatief bij de patiënt te leggen. Meer werkervaring gaat ook vaak gepaard met veranderende opvattingen over verantwoordelijkheden. Het loslaten van het onderwerp als het echt niet lukt, lijkt een leerproces.

Ondanks de toegenomen aandacht voor beweeggedrag binnen de diabeteszorg, lijkt het belangrijkste repertoire van ►

INTERVIEWSTUDIE

'Sport in Tijden van Ziekte' is een onderzoek naar verhalen over sport en bewegen bij chronische ziekte, specifiek gericht op betekenisgeving en zorgverlening. Centraal staan verhalen van mensen met diabetes, depressie, borstkanker of hiv en ervaringen van hun zorgverleners. Het project wordt uitgevoerd door onderzoekers van de afdeling Metamedica van het VU Medisch Centrum en het Mulier Instituut in samenwerking met verschillende maatschappelijke partners, waaronder de Bas van de Goor Foundation en de Nederlandse Diabetes Federatie. Het wordt gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.

Dit artikel is gebaseerd op een interviewstudie onder 24 zorgverleners, zoals praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen, huisartsen, fysiotherapeuten en een internist. Zie voor de volledige onderzoeksverantwoording: stzverhalen.nl (diabetes > onderzoeksverantwoording). In 2017 verschenen in *Diabetes Pro* vier korte bijdragen gebaseerd op deze deelstudie. In dit artikel staan de belangrijkste bevindingen en conclusies.



WAT 'GOEDE BEWEEGZORG' BEHELST, DAAR VALT GEEN EENDUIDIG ANTWOORD OP TE GEVEN. HET VRAAGT OM SAMEN 'DOKTEREN'.

zorgverleners – informeren, adviseren, bediscussiëren, verwijzen naar (vaak tijdelijk) beweegaanbod – niet voldoende aan te sluiten bij de behoefte van in ieder geval een deel van de patiënten. Zorgverleners zijn zich hiervan bewust en worstelen ermee, blijkt uit de interviews. Sommigen verbreden hun aanbod, bijvoorbeeld door zelf een wandelgroep voor patiënten te starten. Maar ook zij ervaren dilemma's, bijvoorbeeld het moeten investeren van vrije tijd of de moeite die het kost om patiënten elke week weer mee te krijgen.

Wat en hoe

In een recent rapport waarschuwde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid dat de nadruk op individuele verantwoordelijkheid en redzaamheid in onze huidige samenleving (te) veel van burgers vraagt. Weten wat bijvoorbeeld het volgen van een gezonde leefstijl is, is niet hetzelfde als weten hoe dat te realiseren in het dagelijks leven [1]. Op het gebied van bewegen binnen de diabeteszorg, blijkt iets soortgelijks voor zorgverleners op te gaan: bewegen als een belangrijk onderwerp beschouwen, is niet hetzelfde als weten hoe 'goede beweegzorg' te bieden, binnen de huidige kaders van de zorg. Dit maakt dat zorgverleners reflecteren op de vraag wanneer het tijd is de verantwoordelijkheid bij de patiënt te laten. Uit deze studie blijkt dat zorgverleners daarmee worstelen, waarschijnlijk omdat dat ingaat tegen waarvoor ze zijn opgeleid. Wat 'goede beweegzorg' behelst, daar valt geen eenduidig antwoord op te geven. Het vraagt om samen 'dokteren': een gezamenlijk proces waarin zorgverlener en patiënt richtlijnen naar het dagelijks leven vertalen [2]. Dit betekent niet alleen luisteren naar patiënten, maar ook hun verhalen horen, en uitproberen en evalueren wat werkt en wat niet.

Zorgzaam loslaten

Op bepaalde momenten kan loslaten van het onderwerp bewegen ook goede zorg zijn, hoewel het belangrijk is alert te blijven op veranderende behoeften van patiënten. Zelfmanagementgedrag van patiënten is gebonden aan context en kan altijd veranderen [3]. Daaruit volgt dat goede zorgpraktijken ook die kenmerken moeten hebben. Dat vraagt om een focus op de persoon en mogelijk wat minder op zijn of haar waarden. Centraal staat vooral het zoeken naar een goede balans tussen de kaders die de diabeteszorg biedt, de benodigde inspanningen om een blijvende inbedding van bewegen in het dagelijks leven van de patiënt te helpen realiseren en het bewust zijn van eigen opvattingen over gezond leven, sport en bewegen.

Uit deze studie komen twee aanbevelingen naar voren:

- 1. Ten eerste is het van belang dat zorgverleners zich bewust zijn van hun eigen opvattingen en ervaringen met bewegen, sport en gezond leven. Die ervaringen kunnen – bewust en onbewust – impact hebben op de manier waarop zij beweegzorg verlenen en de relatie die zij met patiënten hebben. Dit kan bijvoorbeeld een onderwerp voor intervisie zijn, door te reflecteren op professionele en persoonlijke ervaringen met sport en bewegen en mogelijke overeenkomsten en conflicten hiertussen.**

- 2. Ten tweede is een risico van de huidige nadruk op bewegen, individuele verantwoordelijkheid en kosteneffectieve zorg, in combinatie met de spanningen die zorgverleners ervaren bij het geven van beweegzorg, dat zorgverleners gedemotiveerd raken. Gezien de verwachte toename van het aantal mensen met diabetes type 2, wordt dit mogelijk een nog urgenter onderwerp in de toekomst. Dit vraagt om voldoende toerusting, tijd en verwijsopties voor zorgverleners. Maar het vraagt ook om een bredere erkenning van de complexiteit van het leveren van 'goede beweegzorg', zowel politiek als maatschappelijk.**

Literatuur >>>

- (1)** Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: WRR.
- (2)** Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- (3)** Rosenbek Minet, L.K., Lønving, E-M, Henriksen, J.E. & Wagner, L. (2011). *The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing*. *Qualitative Health Research*, 21, 1115-1126. <<



DIABETES PRO

THEMA-VOORUITBLIK 2018



EVENEMENTEN- KALENDER 2018

FARMACO-NASCHOLING VOOR DIABETESVERPLEEGKUNDIGEN MET VOORSCHRIJFBEVOEGDHEID EN VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN

Een 1-daagse nascholing over het voorschrijven van UR-bloedglucose regulerende medicatie

26 januari 2018

Rotterdam

20 april 2018

Hoewelaken

26 oktober 2018

Zwolle

14 december 2018

Hoewelaken

REGIOSCHOLING V&VN DIABETESZORG

Diabetes: autonoom of auto-immuun?

5 maart 2018

Zuid

Apollo Hotel Breda

22 maart 2018

Noord

Van der Valk Hotel Assen

10 april 2018

West

Zaantheater Zaandam

17 april 2018

Mid-West

Van der Valk Hotel Nieuwerkerk aan den IJssel

24 april 2018

Oost

Van der Valk Hotel Veenendaal

12 oktober

Landelijk diabetescongres

De Reehorst te Ede

8 november 2018

Alpha Omega congres

de Reehorst te Ede





Health Investment

**Nascholingen en congressen en
voor
diabetesverpleegkundigen in 2018**

ALPHA OMEGA CONGRES VLAANDEREN

Donderdag 31 mei 2018

6e LANDELIJK DIABETES CONGRES

Vrijdag 12 oktober 2018

ALPHA OMEGA LUSTRUMCONGRES

Donderdag 8 november 2018

9e BIG5 OUDERENZORG CONGRES

Donderdag 29 november 2018

REGIOSCHOLINGEN V&VN DIABETESZORG

5x voorjaar en 5x najaar 2018

DIABETES & ZWANGERSCHAP

2x najaar 2018



Health Investment

Health Investment hoopt
u te mogen verwelkomen

www.healthinvestment.nl