

De diabetesverpleegkundige en zelfzorg

Student: Sanne van Rumpt
Studentnummer: s0112011
Opleiding: Gezondheidswetenschappen
Instelling: Universiteit Twente

Bacheloropdracht

Begeleider: Dr. H.G.M. Oosterwijk
Meelezer: Dr. Ir. E.J.C van Oost

Datum van indiening: 18 juni 2008
Versie: 2

Samenvatting

Aanleiding

In de diabeteszorg hebben de afgelopen jaren veranderingen plaatsgevonden. Er is meer sprake van transmurale zorg, waarbij de diabetesverpleegkundige in de eerste lijn een belangrijke rol heeft gekregen. Daarnaast is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt steeds groter geworden en is er sprake van zelfzorg. Dit leidt tot de centrale onderzoeksvraag:

‘Op welke wijze gaan diabetesverpleegkundigen in de eerste lijn om met verschillende groepen diabetespatiënten, met betrekking tot zelfzorg?’

Resultaten

De diabetesverpleegkundigen in de regio Arnhem hebben binnen de huisartsenpraktijk verschillende taken. De belangrijkste is het begeleiden van diabetespatiënten. Deze begeleiding vindt plaats door middel van het geven van educatie over de ziekte diabetes, het geven van voorlichting en het geven van advies aan patiënten. Volgens de diabetesverpleegkundigen komt het voor dat de zelfzorg niet altijd volledig goed wordt uitgevoerd. In termen van de theorie van Orem is er sprake van een zelfzorgtekort. Dit zelfzorgtekort wordt veroorzaakt door een gebrek aan motivatie, het referentiekader van de patiënt, de omgeving, een negatief zelfbeeld, een gebrek aan inzicht of door onmacht. Dit zijn psychosociale en bewegingsfactoren, die lijden tot een gebrekkige zelfzorg. Volgens Orem kunnen er beperkingen zijn in de kennis en weten, in oordeel- en besluitvormend gedrag, en in productief gedrag zijn. Bij diabetes lijkt er van alle beperkingen sprake te zijn, maar deze hebben als oorzaak de psychosociale en/of omgevingsfactoren. Er zijn dus geen echte beperkingen op die gebieden. De diabetesverpleegkundige moet ervoor zorgen dat de zelfzorg wel goed verloopt. Het gedrag dat ze uitvoert om dit te bereiken is in termen van de zelfzorgtheorie van Orem ondersteunend en adviserend gedrag.

De diabetesverpleegkundigen in de regio Arnhem onderscheiden verschillende patiëntengroepen. Deze groepen hebben allemaal een eigen benaderingswijze nodig om ervoor te zorgen dat de patiënt alles begrijpt en onthoudt. De verschillende groepen zijn patiënten met een hogere SES, patiënten met een lagere SES en allochtone patiënten. De diabetesverpleegkundige hanteren geen standaardbehandeling per patiëntengroepen maar stemmen hun werkwijze per individu af, vaak op basis van hun intuïtie.

Conclusie

Diabetesverpleegkundigen gaan ondersteunend en adviserend te werk wanneer het om zelfzorg gaat. Dit is niet altijd toereikend. Zij onderscheiden drie verschillende patiëntengroepen, te weten patiënten met een hogere SES, patiënten met een lagere SES en allochtone patiënten. De groepen krijgen een verschillende aanpak, waarbij er door de diabetesverpleegkundige met name gewerkt op basis van intuïtie.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Hoofdstuk 1: Inleiding	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Vraagstelling	5
1.3 Onderzoeksvragen	5
1.4 Onderzoeksaanpak	6
1.5 Methodische verantwoording	6
Hoofdstuk 2: Diabetes en zelfzorg in theorie	7
2.1 Diabetes	7
2.2 Zelfzorg	9
2.3 Verwachtingen	15
Hoofdstuk 3: Diabetes en zelfzorg in de praktijk	16
3.1 De taken van de diabetesverpleegkundige	16
3.2 De diabetesverpleegkundige in het zorgsysteem	17
3.3 Zelfzorg	18
3.4 De zelfzorgtheorie van Orem	21
Hoofdstuk 4: Verschillende patiëntengroepen	24
4.1 Verschillende patiëntengroepen	24
Hoofdstuk 5: Slot	26
5.1 Conclusie	26
5.2 Suggesties voor vervolgonderzoek	27
Literatuurlijst	28
Bijlage 1 – Vragenlijst	30

Voorwoord

Ter afronding van de driejarige bacheloropleiding Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede wordt een onderzoek uitgevoerd, de bacheloropdracht. Voor u ligt het verslag van de bacheloropdracht, het onderzoek, dat ik heb uitgevoerd om mijn bachelor af te ronden. Het onderwerp hiervan is diabetes en er wordt ingegaan op de diabetesverpleegkundige en zelfzorg. Ik heb een onderzoek gedaan naar de wijze waarop de diabetesverpleegkundigen omgaan met zelfzorg. Daarbij heb ik ook gekeken naar de aanwezigheid van verschillende patiëntengroepen.

Graag wil ik mijn begeleider Herman Oosterwijk bedanken voor zijn begeleiding gedurende het onderzoek en voor zijn adviezen en kritische noten. Daarnaast wil ik Ellen van Oost bedanken voor het vervullen van de functie van mellezer. Belangrijk waren de diabetesverpleegkundigen in de regio Arnhem die mij ontzettend hebben geholpen door middel van het geven van interviews. Ik bedank daarvoor Mia Vorstermans, Trudy van Schaik, Miranda Hetterscheid, Irma Muis en Helmie Kramer.

18 juni 2008
Sanne van Rumpt

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Aanleiding

Het aantal mensen met een chronische ziekte neemt in Nederland toe. Deze groep chronisch zieken vraagt erg veel zorg. Er is vaak niet alleen veel zorg nodig, maar ook zorg van verschillende aanbieders. Dat vraagt om veel coördinatie en goede communicatie tussen de verschillende zorgverleners. De overheid erkent hierbij het belang van goed georganiseerde zorg en is in een aantal gevallen initiatiefnemer van landelijke afstemmingsafspraken, die ervoor zorgen dat de zorg voor chronisch zieken goed verloopt. In andere gevallen ligt het initiatief niet bij de overheid, maar krijgen initiatieven om de zorg te optimaliseren weldegelijk steun van de overheid. Natuurlijk handelt de overheid ook met het oog op de kosten van de zorg. Door goede afspraken kan de zorg efficiënter en goedkoper. (RIVM, 2003)

Diabetes type 2, ouderdomsdiabetes, is een chronische ziekte die behoorlijk vaak voorkomt in Nederland. De ziekte komt vooral voor bij mensen boven de 40 jaar. In Nederland zijn er ongeveer 600.000 mensen waarbij diabetes is vastgesteld. Naar schatting zijn er nog eens 250.000 mensen die diabetes hebben maar waarbij nog geen diagnose is gesteld. Van deze 850.000 mensen heeft ongeveer 85 tot 90% diabetes type 2. (Diabetes Fonds, 2008) De verwachting is dat het aantal mensen met diabetes zal blijven stijgen in de toekomst. Op basis van demografische ontwikkelingen is te verwachten dat in de periode van 2005 tot en met 2025 het aantal diabetespatiënten met 32,5% zal toenemen. De demografische ontwikkeling die hierbij van het grootste belang is, is de vergrijzing. Het aantal ouderen zal in Nederland in de komende jaren sterk toenemen en juist bij deze groep komt diabetes type 2 veel voor. Het is waarschijnlijk dat het aantal mensen met diabetes nog harder zal stijgen dan genoemd, vanwege een aantal andere factoren. Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor diabetes en dat komt steeds meer voor in Nederland. Overgewicht zorgt er ook voor dat mensen al op steeds jongere leeftijd diabetes type 2 krijgen. (RIVM, 2007)

Diabetespatiënten hebben verschillende zorg nodig van verschillende zorgverleners. Hierbij kan men denken aan een internist, een huisarts, een diëtist en een diabetesverpleegkundige. Lange tijd is vooral de internist in het ziekenhuis een belangrijke actor in het zorgproces geweest. De diabeteszorg werd bijna volledig in het ziekenhuis geleverd, waarbij de specialist de coördinerende actor was. Zowel controles als behandelingen vonden plaats onder de supervisie van de specialist en waar nodig werden patiënten doorverwezen naar andere specialisten in het ziekenhuis. In de afgelopen jaren zijn er veel initiatieven tot stand gekomen die een verschuiving van deze intramurale diabeteszorg naar transmurale diabeteszorg teweeg hebben gebracht. In deze zogeheten transmurale diabeteszorgprojecten is er sprake van samenwerking tussen verschillende zorgverleners. De patiënten zijn onder behandeling bij de huisarts, die verantwoordelijk is voor diagnosticering, controles en behandelingen. Binnen de huisartsenpraktijk is er de afgelopen jaren veel veranderd. Er is vaker sprake van praktijken waarin meerdere huisartsen werkzaam zijn en er is sprake van een toename van ondersteunend personeel. In het geval van de diabeteszorg is de diabetesverpleegkundige steeds vaker aanwezig in de huisartsenpraktijk. (RIVM, 2003) Soms neemt zij taken van de huisarts over. Op de gebieden waar de kennis en kunde van de huisarts en de diabetesverpleegkundige tekortschieten, worden patiënten doorverwezen. Dit kan zijn naar specialisten in het ziekenhuis, maar het kan ook gaan om deskundigen buiten het ziekenhuis. Daarbij kan er gedacht worden aan een pedicure of een voedingsdeskundige. De transmurale diabeteszorg leidt ertoe dat patiënten vaker worden gecontroleerd en dit heeft een positieve invloed op het verloop van het ziekteproces (RIVM, 2005).

In de transmurale diabeteszorg is het vooral de diabetesverpleegkundige die een belangrijke rol speelt in het zorgproces (RIVM, 2005). De diabetesverpleegkundige geeft de patiënt informatie door middel van kennisoverdracht, maar zorgt ook voor andere dingen. Een aantal van de belangrijkste kerntaken van de diabetesverpleegkundige zijn: het verkennen van de zorgvraag, doelgerichte zorg leveren aan patiënten, het uitvoeren van de behandeling van diabetes, het coördineren van de diabeteszorg en het evalueren van deze diabeteszorg (EADV, 2004). Hierbij is het van groot belang dat de diabetesverpleegkundige de zelfstandigheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt als uitgangspunt beschouwt (EADV, 2008). De verpleegkundige moet ervoor zorgen dat de patiënt met

zijn ziekte kan omgaan, zonder daarbij dagelijkse zorg van professionele hulpverleners nodig te hebben.

Voor een diabetespatiënt is het belangrijk dat deze goed kan omgaan met de ziekte. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat de patiënt de juiste voeding tot zich neemt, aan de hand van een op maat gemaakt voedingsadvies, mede afhankelijk van de activiteiten van de patiënt. Dit advies kan gegeven worden door de behandelaars, maar het is aan de patiënt zelf om dit advies op te volgen en er op de juiste wijze mee om te gaan (diabetes.nl, 2006b). Ditzelfde geldt voor het medicijngebruik, een groot deel van de verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt. Deze vorm van zogeheten zelfzorg is een vorm van gedrag die van zeer grote invloed is op het verloop van de ziekte. Dit gedrag kan voor een deel gestuurd worden door een diabetesverpleegkundige door middel van educatie.

De zelfzorg waar bij diabetes sprake van is, is een ontwikkeling die de laatste jaren in opkomst is tegelijkertijd met de verschuiving naar transmurale zorg. Er zijn minder strikte voorschriften en controles van artsen en er wordt veel meer aan de patiënt zelf over gelaten. Deze ontwikkeling is het gevolg van onder andere maatschappelijke en sociale ontwikkelingen in Nederland. De noodzaak en het belang van zelf een goede leefwijze naleven is bij diabetes in de loop der jaren duidelijker geworden. Omdat dit een positief effect heeft op het ziekteverloop, stimuleren zorgverleners dit. Ook is de 'betutteling' door de overheid sterk afgenomen in de laatste jaren. Ook dat is terug te zien in de gezondheidszorg, er komt meer op de schouders van de patiënt neer. Daarnaast zijn patiënten mondiger geworden en nemen zij zelf meer initiatief. Zo zoeken zij bijvoorbeeld op internet naar informatie over hun klachten en zoeken ze naar een passend ziektebeeld. Dat kan betekenen dat zij minder snel contact opnemen met een zorgverlener of minder snel precies opvolgen wat een zorgverlener zegt. De zorgverleners moeten hierop in spelen door verantwoordelijkheden bij de patiënten neer te leggen. Echter, zij moeten ook benadrukken dat patiënten niet zelf voor arts kunnen spelen omdat zij daar te weinig kennis voor hebben. (diabetes.nl, 2006c). Het is de taak van onder andere diabetesverpleegkundigen om de zelfzorg bij patiënten te stimuleren en te ondersteunen.

Gezien de ontwikkelingen op het gebied van zelfzorg en de verschuiving naar de transmurale zorg in de diabeteszorg, is het interessant om te kijken op welke wijze diabetesverpleegkundigen omgaan met hun patiënten wanneer het gaat om zelfzorg. Hierbij zijn er wellicht verschillende patiëntengroepen te onderscheiden.

1.2 Vraagstelling

Op een juiste manier omgaan met de ziekte diabetes vergt veel kennis, motivatie, vaardigheden (Brouns, 1996) en zelfstandigheid van de patiënt. Het is niet alleen noodzakelijk dat diabetespatiënten bijtijds afspraken maken voor consulten met artsen en/of diabetesverpleegkundigen, maar juist de zelfzorg en leefregels in het dagelijks leven zijn een belangrijke vorm van zorg en helpen om de ziekte onder controle te houden (diabetes.nl, 2006c).

Door een gebrek aan kennis, motivatie, vaardigheden en/of zelfstandigheid, kan deze zelfzorg in de knel komen en kunnen er daardoor problemen ontstaan. Zorgverleners zullen hier aandacht aan moeten besteden onder andere door middel van educatie en zij zullen moeten proberen om de zelfzorg zo goed mogelijk te laten verlopen (Brouns, 1996). De diabetesverpleegkundige wordt in toenemende mate een belangrijke zorgverlener in de eerstelijnszorg voor diabetes. (RIVM, 2007).

We kunnen ons nu afvragen op welke wijze diabetesverpleegkundigen omgaan met hun patiënten wanneer het gaat om zelfzorg.

1.3 Onderzoeksvragen

Om het onderzoek structuur te geven, wordt allereerst de centrale onderzoeksvraag geformuleerd. Deze is af te leiden uit de beschreven probleemstelling. De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek luidt:

'Op welke wijze gaan diabetesverpleegkundigen in de eerste lijn om met verschillende groepen diabetespatiënten, met betrekking tot zelfzorg?'

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, dienen eerst een aantal deelvragen beantwoord te worden. De volgende deelvragen zullen moeten leiden tot het antwoord op de hoofdvraag:

1. Hoe kan de zelfzorg bij diabetes geconceptualiseerd worden?
2. Wat is de rol van de diabetesverpleegkundige in de eerste lijn in de praktijk?
3. Hoe is de situatie met betrekking tot zelfzorg in de praktijk?
4. Welke relevante patiëntengroepen onderscheiden diabetesverpleegkundigen met betrekking tot zelfzorg?

1.4 Onderzoeksaanpak

Dit onderzoek is een beschrijvend onderzoek. Het doel van een beschrijvend onderzoek is het geven van een feitelijke weergave van de werkelijkheid. In het onderzoek zal worden weergegeven op welke wijze diabetesverpleegkundigen omgaan met diabetespatiënten met betrekking tot zelfzorg. Daarnaast wordt er gekeken naar eventuele verschillen tussen verschillende patiëntengroepen.

De eerste deelvraag zal worden beantwoord in hoofdstuk 2. In dit hoofdstuk zullen ook de belangrijke sleutelbegrippen ‘diabetes’, ‘diabetesverpleegkundige’ en ‘zelfzorg’ behandeld worden. Deze deelvraag zal worden beantwoord aan de hand van verzamelde literatuur en er zal aandacht worden geschonken aan theorieën die van belang zijn voor dit onderzoek.

De deelvragen twee en drie zullen worden beantwoord in hoofdstuk 3. Om tot de beantwoording van deze deelvragen te komen, is er meer nodig dan alleen theorie en literatuur. Voor dit hoofdstuk zal empirisch materiaal verzameld worden door middel van interviews.

De laatste deelvraag, met betrekking tot verschillende groepen diabetespatiënten, zal worden beantwoord in hoofdstuk 4. Ook voor de beantwoording van deze deelvraag zal er gebruik worden gemaakt van de interviews met de diabetesverpleegkundigen.

Wanneer alle deelvragen beantwoord zijn in de verschillende hoofdstukken, zal de centrale onderzoeksvraag in hoofdstuk 5 beantwoord worden. De beantwoording van de hoofdvraag vormt tevens de conclusie van het onderzoek.

1.5 Methodische verantwoording

Ter beantwoording van deelvraag twee, drie en vier worden interviews afgenomen met verschillende diabetesverpleegkundigen die werkzaam zijn in de eerste lijn. De interviews zullen kwalitatief en semigestructureerd van aard zijn. De reden hiervan is de vrijheid binnen het gesprek die er op deze wijze ontstaat, waardoor er persoonlijke inbreng van de respondent kan zijn. De vragen die worden gesteld zijn open vragen, er worden geen antwoordmogelijkheden gegeven. De reden hiervoor is dat het niet mogelijk en niet zinvol is om alle mogelijke antwoorden van te voren op te stellen. (Dijkstra en Smit, 1999, pp. 103 – 109) Omdat er sprake is van een opgestelde vragenlijst en onderwerpen die aan bod dienen te komen, is het toch mogelijk om een vergelijking te maken.

In verband met de beperkte tijdsduur beslaat dit onderzoek niet heel Nederland. Er is één regio waarbinnen vijf diabetesverpleegkundigen worden geïnterviewd. Dit is de regio Arnhem. De diabetesverpleegkundigen waarbij interviews zijn afgenomen, zijn allemaal werkzaam in deze regio. Zij zijn minimaal vier jaar aan het werk als diabetesverpleegkundige en zij voeren hun werkzaamheden uit in verschillende huisartsenpraktijken in de regio. Eén van de geïnterviewde diabetesverpleegkundigen is inmiddels niet meer werkzaam als diabetesverpleegkundige in een huisartsenpraktijk, maar zij is werkzaam als diabetesconsulent bij de stichting Archiatros en als diabetesverpleegkundige bij het Diabetes Advies Centrum in het ziekenhuis (de tweede lijn). Zij is eerder wel werkzaam geweest als diabetesverpleegkundige in de eerste lijn. Voordat de verschillende verpleegkundigen aan de slag zijn gegaan als diabetesverpleegkundige bij een huisarts, zijn zij werkzaam geweest als wijkverpleegkundige.

Hoofdstuk 2: Diabetes en zelfzorg in theorie

In dit hoofdstuk zal de eerste deelvraag worden behandeld. Deze deelvraag luidt:

‘Hoe kan de zelfzorg bij diabetes geconceptualiseerd worden?’

Hierbij zullen ook belangrijke begrippen als diabetes, de diabetesverpleegkundige en zelfzorg aan bod komen.

2.1 Diabetes

De ziekte

Diabetes Mellitus is een chronische ziekte die ook wel suikerziekte wordt genoemd. Iemand die deze ziekte heeft, is niet meer in staat om de stof glucose goed te verwerken in het lichaam. De oorzaak hiervan is dat er te weinig of soms zelfs geen insuline wordt aangemaakt in het lichaam. Het kan ook zo zijn dat het lichaam ongevoelig is voor de aangemaakte insuline. Insuline is een stof die noodzakelijk is voor het transport van glucose uit het bloed naar lichaamsweefsels. Wanneer er geen of onvoldoende insuline aanwezig is, stijgen de glucosewaarden in het bloed omdat het lichaam moeite heeft om de glucose uit het bloed te halen. (RIVM, 2007)

Er zijn verschillende typen diabetes, te weten type 1, type 2 en zwangerschapsdiabetes. Het laatste type komt alleen voor bij, zoals de naam al zegt, zwangere vrouwen. Diabetes type 1 ontstaat in korte tijd, meestal bij mensen onder de dertig jaar. Deze ziekte ontstaat als gevolg van de afbraak van insulineproducerende cellen van de alvleesklier. Hierdoor ontstaat een groot tekort aan insuline. Diabetes type 2 wordt ook wel ouderdomsdiabetes genoemd, omdat de ziekte vaak pas na het veertigste levensjaar ontstaat. (diabetes.nl, 2006a) Deze vorm van diabetes ontstaat doordat er stoornissen in de afscheiding van insuline zijn, of doordat de aanwezige insuline niet meer voldoende wordt benut door weefsels. Dit laatste heet insulineresistentie. (RIVM, 2007) Dit onderzoek beslaat diabetes type 2 en laat type 1 en de zwangerschapsdiabetes buiten beschouwing.

Klachten die vooraf gaan aan de diagnose van diabetes type 2 zijn veel behoefte aan drinken en eten, vaak urineren, moeheid en duizeligheid. Klachten als duizeligheid en moeheid ontstaan als gevolg van afwijkende glucosewaarden in het bloed. Er zijn echter veel meer klachten en aandoeningen die als gevolg van diabetes op kunnen treden. Diabetespatiënten hebben een grote kans op hart- en vaatziekten zoals een hartinfarct, er kan diabetische retinopathie (schade aan het netvlies van de ogen) optreden, blindheid, nierziekten en ledematen zoals de voeten kunnen gevoelloos of pijnlijk worden. Dit wordt veroorzaakt door schade aan de bloedvaten en het zenuwweefsel. Diabetes type 2 is een ziekte die geleidelijk ontstaat waardoor de diagnose soms erg lang op zich kan laten wachten. Het kan dan wel voorkomen dat patiënten al enkele jaren een verhoogd glucosegehalte in hun bloed hebben, wat de hiervoor genoemde complicaties kan veroorzaken. Bij sommige patiënten zijn er al enkele complicaties opgetreden voordat de diagnose diabetes gesteld is. (RIVM, 2007)

De zorgvraag

De diagnose diabetes kan gesteld worden door een huisarts. Dit gebeurt aan de hand van bloedonderzoek, waarbij het glucosegehalte in het bloed wordt gemeten. De uitslagen hiervan kunnen vervolgens door de huisarts geïnterpreteerd worden zoals in tabel 2.1 te zien is. Deze waarden zijn vastgesteld door de World Health Organization (WHO). De diagnose ‘verminderde glucose tolerantie’ is een voorstadium van diabetes. De diagnose ‘verhoogd nuchter glucose’ is er om te voorkomen dat men onterecht zal zeggen dat de glucosewaarden normaal zijn. Deze diagnose heeft verder geen betekenis. (RIVM, 2007)

glucosewaarden 2 uur na drinken van suikerwater

	<7,8	7,8 – 11,1	> 11,1	
nuchtere glucose waarden	< 6,1	Normaal	Verminderde glucose tolerantie	Diabetes
	6,1 – 7,0	Verhoogd nuchter glucose	Verminderde glucose tolerantie en verhoogd nuchter glucose	Diabetes
	> 7,0	Diabetes	Diabetes	Diabetes

Tabel 2.1: Grenswaarden van verminderde glucosetolerantie, verhoogd nuchter glucose en diabetes mellitus volgens de WHO (RIVM, 2007c)

Wanneer de diagnose diabetes is gesteld door een huisarts moet er behandeling plaats gaan vinden. Deze behandeling is er op gericht om complicaties die bij de ziekte horen te voorkomen en om deze in een vroeg stadium op te sporen en te behandelen. Hierbij is het van groot belang dat de glucosewaarden in het bloed juist zijn. Dit wordt gestimuleerd door middel van het geven van voorlichting over ziekte en hoe er mee om te gaan, maar ook door het geven van leefstijladvies. Dit betreft gezonde voeding, lichamelijke beweging en soms is het noodzakelijk dat patiënten afvallen. Het is niet altijd mogelijk om de glucosewaarden met deze bovenstaande maatregelen te reguleren. In dat geval krijgt de patiënt bloedsuikerverlagende middelen. In eerste instantie zijn dat vaak tabletten. Indien dit niet voldoende is, moet er insuline in het lichaam gespoten worden. Bij de behandeling hoort ook het onderzoek naar eventuele complicaties die op kunnen treden. Bij diabetespatiënten moet regelmatig de bloeddruk worden gecontroleerd, de vetsamenstelling in het bloed moet worden onderzocht en eventuele afwijkende waarden moeten worden behandeld. De eerder genoemde oog- en nierafwijkingen moeten ook vroegtijdig worden opgespoord door middel van controles bij artsen. Ook moeten de voeten van de patiënt worden geïnspecteerd, omdat deze gevoelloos of pijnlijk kunnen worden ten gevolge van de ziekte. Als dit gebeurt, verandert de houding van de patiënt en dat kan leiden tot vormverandering en het ontstaan van drukplekken. Daardoor kunnen er ontstekingen ontstaan. (RIVM, 2007) (The Health Agency, 2008)

De betrokken actoren

De hierboven beschreven zorg die diabetespatiënten nodig hebben, wordt geleverd door verschillende actoren in de zorg.

De diagnose diabetes wordt meestal gesteld door de huisarts. Daarbij is de eerste actor die betrokken is bij de behandeling van diabetes genoemd. De huisarts zorgt voor diagnosticering, het instellen op medicatie (meestal alleen in orale vorm), het uitvoeren van driemaandelijke en jaarlijkse controles, het geven van voorlichting, en het verwijzen naar specialisten en paramedici. De huisarts krijgt hierbij vaak ondersteuning van een diabetesverpleegkundige. Dit is een gespecialiseerde verpleegkundige. Deze zorgt voor taakverlichting van de huisarts, ze voert taken uit die eerder door de huisarts zelf werden uitgevoerd. Oorspronkelijk zijn deze gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam vanuit het ziekenhuis, maar zij worden steeds meer betrokken in de eerstelijns zorg. De taken die een diabetesverpleegkundige vervult zijn het geven van voorlichting, het controleren van patiënten, het geven van insuliner therapie en het overnemen van de driemaandelijke controles. Dit zijn verschillende taken die de huisarts eerder uitvoerde. (RIVM, 2003) (RIVM, 2007)

Vaak worden diabetespatiënten doorverwezen naar een specialist in het ziekenhuis wanneer zij moeten starten met het spuiten van insuline. Ze komen dan terecht bij een internist. Ook wanneer het in de huisartsenpraktijk niet lukt om de glucosewaarden van een patiënt op de juiste hoogte te houden wordt een patiënt doorverwezen naar een internist. Om eventuele complicaties op te sporen of te laten behandelen, bezoeken diabetespatiënten ook andere specialisten. Met name de oogarts wordt door veel patiënten bezocht, voor de controle op eventuele diabetische retinopathie (schade aan het netvlies van de ogen). De patiënten worden door de huisarts doorverwezen naar de oogarts. Het komt ook voor dat de controle van de ogen wordt gedaan door een huisartsenlaboratorium. Verschillende huisartsenlaboratoria in Nederland bieden deze zogeheten fundusfotografie aan. De huisarts meldt de diabetespatiënten uit zijn of haar praktijk aan bij de diabetesdienst van een laboratorium. De patiënt

kan dan een foto laten maken van zijn of haar ogen op een locatie van een huisartsenlaboratorium. (SHL, 2007) (STAR, 2008) (SHO, 2005) In het geval van controle of behandeling van hart- en vaatziekten worden de cardioloog en/of de vaatchirurg bezocht. Ter controle of voor behandeling van het zenuwstelsel en/of de hersenen (beroerte) wordt de neuroloog bezocht. Om nierschade te constateren of te behandelen bezoekt men de nefroloog of internist. (RIVM, 2003) (RIVM, 2007)

Naast huisartsenzorg en zorg in het ziekenhuis maken diabetespatiënten ook gebruik van de zogeheten paramedische zorg. Onder paramedische zorg wordt verstaan: het verrichten van handelingen of het verstrekken van adviezen op het gebied van de uitvoering van de uitoefening van de geneeskunst onder leiding, aanwijzing of controle van een arts, of door middel van doorverwijzing door een arts. (Boot en Knapen, 2005) Bij diabetes type 2 speelt de diëtist die een belangrijke rol. Hierbij staat voorlichting en advies over goede voeding centraal. Goede voeding is van belang voor de glucosewaarden in het bloed. Het eerder beschreven belang van de voetcontrole komt naar voren in bezoeken aan een podotherapeut of pedicure. Deze voeren de controle van de voeten uit, verzorgen de voeten en behandelen eventueel waar nodig. Door sommige diabetespatiënten wordt ook gebruik gemaakt van de diensten van de fysiotherapeut, ook voor hun voeten. (RIVM, 2003) (RIVM, 2007)

De diabetespatiënten maken voor het verkrijgen van hun medicijnen ook gebruik van de apotheker. Ze krijgen dan bloedglucoseverlagende middelen die door de huisarts zijn voorgeschreven. Ook wanneer er voor eventuele complicaties medicatie noodzakelijk is, wordt er een beroep op de apotheek gedaan. (RIVM, 2003)

Naast de hierboven beschreven zorg die wordt verleend door zorgverleners, is ook zelfzorg van groot belang bij diabetes. Hierop zal verder in worden gegaan in de volgende paragraaf.

De rol van de diabetesverpleegkundige is heel kort genoemd in de bovenstaande tekst. Echter, de rol van de diabetesverpleegkundige is sterk in ontwikkeling geweest in de afgelopen jaren en dat nog steeds het geval. Steeds vaker is de diabetesverpleegkundige buiten het ziekenhuis werkzaam en is er sprake van transmurale zorg. In huisartsenpraktijken is steeds vaker een diabetesverpleegkundige te vinden. Soms neemt de diabetesverpleegkundige taken op zich om andere zorgverleners te ondersteunen (door middel van kennisoverdracht tussen zorgverleners of het geven van feedback aan huisartsen) en in andere gevallen nemen diabetesverpleegkundigen taken over van andere zorgverleners (door middel van het uitvoeren van controles en het geven van informatie aan patiënten). (RIVM, 2005)

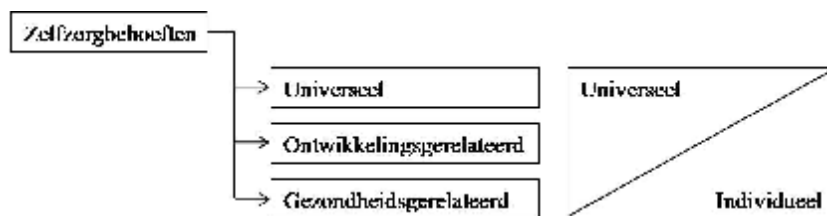
2.2 Zelfzorg

In de vorige paragraaf is de aanwezigheid van zelfzorg bij diabetes kort benoemd. Om het begrip zelfzorg duidelijk te krijgen en te beschrijven wat die zelfzorg bij diabetes inhoudt, wordt allereerst de verpleegkundige zelfzorgtheorie van de verpleegkundige Dorothea Orem gebruikt. Deze theorie is ontwikkeld om in kaart te brengen op welke wijze een individu zich voortdurend kan voorzien van voldoende en kwalitatief goede zelfzorg. De theorie is specifiek gericht op de zelfzorg. Ook staat in deze theorie de verpleegkundige centraal. Bij diabetes is er ook sprake van een centrale rol voor een verpleegkundige. In dit onderzoek komt de visie van de diabetesverpleegkundige naar voren, zij is het uitgangspunt van het onderzoek. In de theorie van Orem is dit ook het geval. Deze gelijkensis maakt de theorie in dit geval erg bruikbaar. De zelfzorgtheorie van Orem wordt gebruikt in verschillende verpleegkundige opleidingen. Verschillende wetenschappelijke onderzoeken zijn uitgevoerd met behulp van de zelfzorgtheorie van Orem. Ook Dorothea Orem zelf publiceert regelmatig artikelen in wetenschappelijke tijdschriften. (Nursing Science Quarterly, 2008)

Zelfzorgbehoeften

Zelfzorg is volgens Orem gedrag dat door mensen verricht wordt om leven, gezondheid, persoonlijke ontwikkeling en welbevinden te handhaven. (Orem, 1991) De doelen waarop deze zorg gericht is, zijn zelfzorgbehoeften. Orem maakt bij deze behoeften onderscheid in drie soorten, namelijk algemene of universele zelfzorgbehoeften, zelfzorgbehoeften gerelateerd aan ontwikkelingsprocessen en zelfzorgbehoeften gerelateerd aan gezondheidsverstoringen. In figuur 2.1 zijn deze verschillende zelfzorgbehoeften weergegeven. De gezondheidsgerelateerde zelfzorgbehoeften verschillen behoorlijk

per individu, terwijl dat bij de universele zelfzorgbehoeften helemaal niet zo is. Bij diabetespatiënten zijn de eerstgenoemde zelfzorgbehoeften gelijk aan de algemene of universele zelfzorgbehoeften van elk ander persoon. Een verdere verdeling in categorieën is daarbij ook gemaakt. Onder deze behoeften vallen bijvoorbeeld opname van voldoende voedsel, opname van voldoende vocht en een evenwicht tussen activiteit en rust. Voor ieder mens is de behoefte in een andere mate aanwezig, maar de behoefte is er bij iedereen. In ontwikkelingsgerelateerde zelfzorgbehoeften worden twee soorten behoeften onderscheiden. Allereerst het zorgen voor en in stand houden van voorwaarden die levens- en ontwikkelingsprocessen ondersteunen en bevorderen gedurende verschillende levensfasen. De tweede is het voorzien in maatregelen gerelateerd aan omstandigheden of gebeurtenissen die de menselijke ontwikkeling negatief kunnen beïnvloeden. Aandachtspunten zijn hier verwaarlozing, het verlies van naasten en handicaps. Voor diabetespatiënten in het bijzonder zijn deze behoeften niet anders dan bij andere personen. Het derde soort zelfzorgbehoefte is gezondheidsgerelateerd. Hier betreft het behoeften die het gevolg zijn van de gezondheidstoestand van een persoon. Binnen deze categorie heeft Orem nog meer onderscheid in categorieën gemaakt. Men kan hierbij denken aan de behoefte aan adequate medische hulp, het leren leven met een ziekte en diagnostiek en behandeling. Van deze categorie kan gezegd worden dat er voor diabetespatiënten zeker afwijkende behoeften zijn. Ook is het zo dat deze behoeften niet voor elke patiënt gelijk zijn. Het zijn behoeften van een individu, die voor ieder persoon anders kunnen zijn. (Brouns, 1996, pp. 11-18)



Figuur 2.1: Zelfzorgbehoeften

Zelfzorgbehoeften bij diabetes

Er zijn een aantal belangrijke aspecten binnen de diabeteszorg die onder de noemer zelfzorg vallen. De patiënt heeft een grote eigen verantwoordelijkheid op die gebieden. Deze zelfzorgbehoeften zullen benoemd worden en ingedeeld worden in de categorieën die Orem onderscheidt.

Allereerst is de medicatie die diabetespatiënten gebruiken belangrijk. Het is van belang dat de patiënt de door de zorgverlener voorgeschreven medicatie op de juiste wijze inneemt. Het gaat daarbij om de tijdstippen van inname, maar ook om de juiste hoeveelheid van de juiste medicijnen. Deze vorm van zelfzorg kan worden ingedeeld in de categorie gezondheidsgerelateerd omdat de medicatie ingenomen moet worden als gevolg van de gezondheidstoestand van de patiënt, het hebben van diabetes. Binnen deze categorie kan de medicatie geplaatst worden in de categorie 'het effectief uitvoeren van therapeutische voorschriften met betrekking tot diagnostiek, therapie en revalidatie'. De medicatie kan gezien worden als de genoemde 'therapie'. (The Health Agency, 2008) (Brouns, 1996, pp. 16-18)

Voeding is voor diabetespatiënten van groot belang. Wanneer iemand eet, krijgt hij of zij koolhydraten binnen. In het lichaam worden deze koolhydraten omgezet in glucose en dan stijgt de hoeveelheid glucose in het bloed. Bij diabetes wordt er gestreefd naar een eetpatroon waarbij de inname van koolhydraten is verdeeld over de dag. Omdat bij diabetes het risico op hart- en vaatziekten (veroorzaakt door verhoogde vetspiegels in het bloed) groot is, moet er ook op de vetten in de voeding worden gelet om dit risico niet nog meer te vergroten. Een diabetespatiënt moet dus goed letten op wat hij eet, in welke mate en op welk tijdstip. Wanneer de glucosewaarden in het bloed bekend zijn bij de patiënt, kan deze daar door middel van bepaalde voeding op inspelen. Door middel van de juiste voeding kan de glucosewaarde in het bloed worden beïnvloed. De zelfzorgbehoefte voeding valt onder de categorie universele of algemene zelfzorgbehoeften. Elk mens heeft deze behoefte, maar de concrete invulling van de behoefte wordt bepaald door vele individuele factoren. Binnen de universele of algemene zelfzorgbehoefte, kan voeding geplaatst worden in de categorie 'het in stand houden van voldoende opname van voedsel'. Omdat de voeding sterk bepaald wordt door de gezondheidstoestand

van de patiënt, is dit belangrijk om te vermelden. Ondanks het feit dat voeding een universele zelfzorgbehoefte is, wordt deze sterk beïnvloed door het hebben van diabetes. (The Health Agency, 2008) (diabetes.nl, 2006b) (Brouns, 1996, pp. 16-17)

Door middel van beweging of sporten, wordt er glucose verbrand en daardoor kan de hoeveelheid glucose in het bloed dalen. Dat is voor diabetespatiënten een belangrijke ontwikkeling in het lichaam. Wanneer de glucosewaarden in het bloed bekend zijn bij de patiënt, kan deze daar door middel van beweging op inspelen. Door middel van beweging kan de hoeveelheid glucose in het bloed worden beïnvloed. Daarnaast helpt beweging bij het verbeteren van de bloedsomloop. Dit is voor diabetespatiënten van belang omdat dit de kans op bepaalde complicaties die veroorzaakt worden door de schade (verkalking) aan bloedvaten verkleint. De zelfzorgbehoefte beweging is er net als de eerder genoemde voeding, bij elk mens aanwezig. Ook in dit geval is het zo dat de concrete invulling en de mate van beweging verschillen per individu. Bewegen kan worden ingedeeld in de categorie universele of algemene zelfzorgbehoeften. Hierbinnen kan bewegen worden geplaatst in de categorie 'het in stand houden van een evenwicht tussen activiteiten en rust'. Omdat hier net als bij de voeding een grote invloed van de ziekte aanwezig is, is dat ook hier belangrijk om op te merken. Beweging is een universele zelfzorgbehoefte die bij diabetespatiënten sterk wordt beïnvloed door hun ziekte. Opvallend is dat Orem daar in haar theorie weinig specifieke aandacht aan besteed. (The Health Agency, 2008) (RIVM, 2007) (Brouns, 1996, pp. 16-17)

Een belangrijk aspect van zelfzorg bij diabetes, is de zelfcontrole. Deze zelfcontrole houdt in dat de patiënt met een speciale meter zijn of haar bloedglucosewaarden meet. Op deze wijze kan er geconstateerd worden of het glucosegehalte in het bloed te hoog of te laag is. De resultaten van de zelfcontrole kunnen voor de patiënt aanleiding zijn tot bepaald gedrag, om de bloedglucosewaarden te verbeteren. Dit kan gebeuren door middel van de eerder beschreven voeding en beweging, maar ook met behulp van medicatie. De zelfzorgbehoefte zelfcontrole kan worden ingedeeld in de categorie gezondheidsgerelateerd. De reden hiervoor is dat de behoefte aan zelfcontrole ontstaat door de gezondheidstoestand van een persoon, namelijk het hebben van diabetes. Binnen de gezondheidsgerelateerde zelfzorgbehoeften kan de zelfcontrole worden geplaatst in de categorie 'het effectief uitvoeren van therapeutische voorschriften met betrekking tot diagnostiek, therapie en revalidatie'. De zelfcontrole is een soort zelfdiagnostiek, en op deze diagnostiek volgt een bepaald gedrag (therapie). (The Health Agency, 2008) (Brouns, 1996, pp. 16-18)

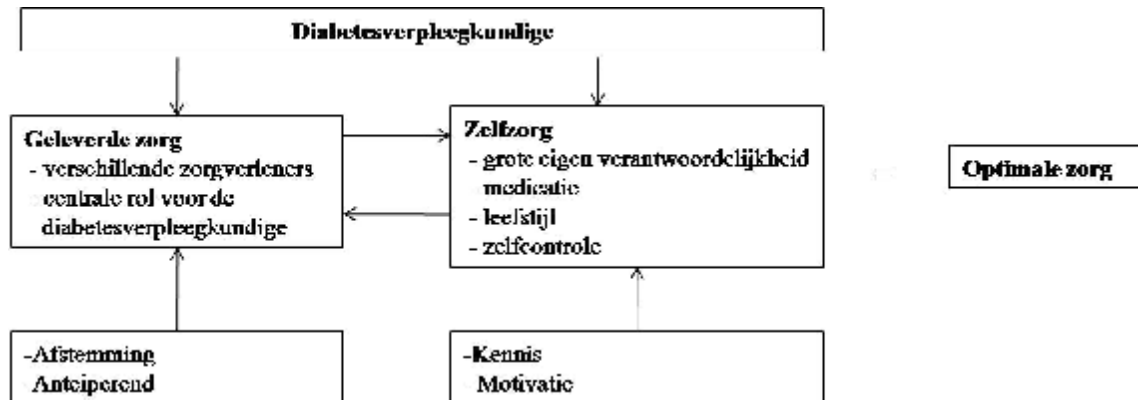
Het aantal mogelijke complicaties bij diabetes is zoals eerder gezegd groot. Er zijn een aantal zorgverleners die de diabetespatiënt bezoekt voor de opsporing van deze complicaties. Ook voor de patiënt zelf is hierin een rol weggelegd. De patiënt kan zelf zijn voeten controleren, maar kan ook opvallende klachten die passen bij een van de complicaties constateren en melden bij een zorgverlener. Deze vorm van zelfzorg kan de zelfcontrole op mogelijke complicaties genoemd worden. Dit is van groot belang omdat door middel van de zelfcontrole eventuele complicaties eerder worden opgemerkt en er eerder actie kan worden ondernomen door zorgverleners. Deze vorm van zelfzorg is een gevolg van het hebben van de ziekte diabetes en valt om die reden in de categorie gezondheidsgerelateerd. Binnen die categorie is de zelfcontrole op complicaties te classificeren als 'het bemerken van en aandacht geven aan de effecten van pathologische toestanden'. De pathologische toestand is in dit geval de ziekte diabetes en de effecten zijn de eventuele complicaties die door de patiënt bemerkt moeten worden en waar aandacht aan moet worden gegeven. (The Health Agency, 2008) (van den Arend e.a., 2000) (Brouns, 1996, pp. 16-18)

In tabel 2.2 is een overzicht weergegeven van de verschillende zelfzorgbehoeften bij diabetes en daarbij de indeling in de categorieën die worden onderscheiden.

Zelfzorgbehoefte	Categorie Orem
Medicatie	Gezondheidsgerelateerd
Voeding	Universeel; maar sterk beïnvloed door gezondheidstoestand!
Beweging	Universeel; maar sterk beïnvloed door gezondheidstoestand!
Zelfcontrole	Gezondheidsgerelateerd
Controle op complicaties	Gezondheidsgerelateerd

Tabel 2.2: Zelfzorgbehoeften bij diabetes

Doordat er zorg geleverd wordt door de verschillende zorgverleners en er daarnaast sprake is van zelfzorg, zorgt dat voor optimale zorg voor diabetespatiënten. De diabetesverpleegkundige is een van de zorgverleners die in dit proces een coördinerende rol op zich kan nemen. Dit is terug te zien in figuur 2.2. De diabetesverpleegkundige heeft een coördinerende rol wanneer het gaat om de geleverde zorg en ook wanneer het gaat om de afstemming tussen de zelfzorg en de geleverde zorg.



Figuur 2.2: Combinatie van geleverde zorg en zelfzorg.

Een aspect dat nog niet naar voren is gekomen bij de beschreven zelfzorg bij diabetes, maar wat wel genoemd wordt bij de gezondheidsgerelateerde zelfzorgbehoefte van Orem, is het leren leven met de ziekte. Orem noemt dit 'het leren leven met de gevolgen van de ziekte, diagnostiek en behandeling op een manier die de persoonlijke ontwikkeling ten goede komt'. Dit is een vorm van zelfzorg die bij elke ziekte of aandoening van groot belang is en ook bij diabetes een rol speelt. Diabetes vereist van patiënten een bepaalde levensstijl (wanneer er gekeken wordt naar voeding en beweging) en dat kan voor patiënten vele veranderingen in het dagelijkse leven teweegbrengen. Dit zou daarom een obstakel kunnen zijn in het goed uitvoeren van alle genoemde aspecten van zelfzorg. Het feit dat de levensstijl en het gedrag van een patiënt zal moeten veranderen, kan voor enige weerstand van de patiënt zorgen en het is iets wat vaak niet van de ene op de andere dag veranderd is. Een omschakeling of verandering kan gevolgen met zich meebrengen, waarmee de patiënt mee om moet leren gaan. Dit is volgens de theorie van Orem een van de zelfzorgbehoefte van een diabetespatiënt. (van den Arend e.a., 2000) (Brouns, 1996, pp. 16-18)

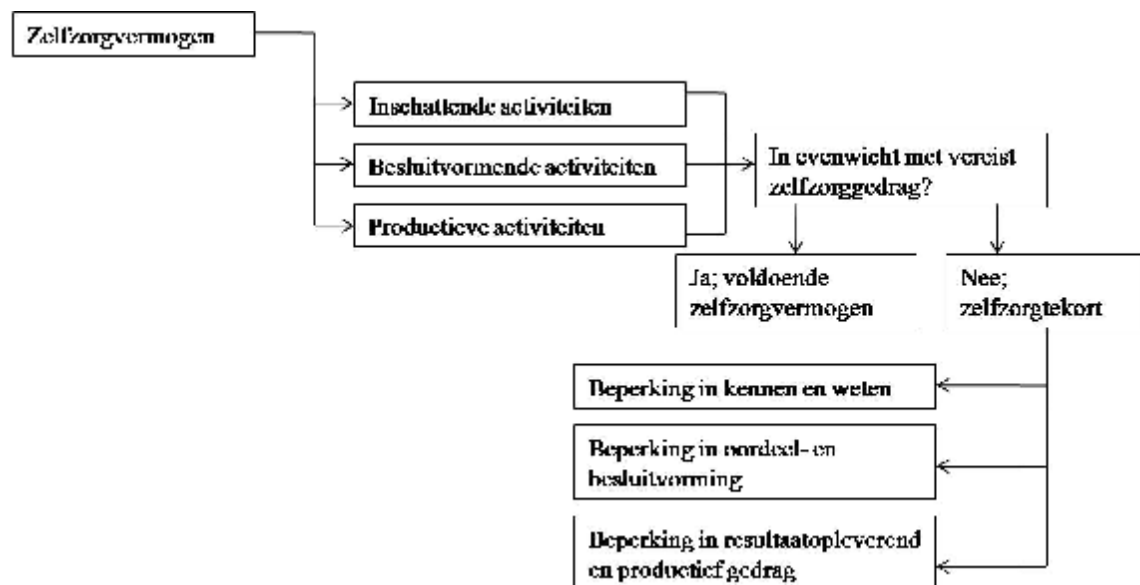
Het concrete gedrag dat uitgevoerd moet worden om aan deze zelfzorgbehoefte te voldoen, wordt in de theorie van Orem het vereiste therapeutische gedrag genoemd. Hierbij gaat het om doelgericht handelen van de patiënt. Dit vereiste gedrag gaat over wat een voor een patiënt op een bepaald moment nodig is. (Brouns, 1996, pp. 18-19)

Zelfzorgvermogen

Voor een patiënt is het niet altijd mogelijk om alle vormen van zelfzorg in te vullen. De zelfzorgbehoefte kunnen alleen worden bevredigd, wanneer het zogeheten zelfzorgvermogen toereikend is. Ten eerste bestaat het zelfzorgvermogen uit het element 'vermogen'. Hieronder vallen een aantal componenten die bepalen of een patiënt geschikt is om zelfzorgactiviteiten te gaan uitvoeren. Het gaat dan om bijvoorbeeld besluitvaardigheid en kennisverwerving. In het geval van diabetes, maar ook in het geval van andere ziekten, verschilt dit vermogen per patiënt. (Brouns, 1996, pp. 19-21) Ten tweede kent zelfzorgvermogen ook het element 'gedrag of activiteiten'. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen inschattende activiteiten, besluitvormende activiteiten en productieve activiteiten. De inschattende activiteiten hebben betrekking op de inschatting die gemaakt moet worden door de patiënt, deze moet bedenken wat er moet gebeuren om tot de gewenste zelfzorg te komen. In het geval van diabetes kan een inschattende activiteit bijvoorbeeld zijn: het weten dat de glucosewaarden in het bloed te hoog zijn en bedenken op welke manier dit het beste kan worden teruggebracht naar juiste waarden. De besluitvormende activiteiten gaan om het nemen van een beslissing tot het wel of niet uitvoeren van bepaalde handelingen of bepaald gedrag. Bij diabetes kan hier bijvoorbeeld gedacht worden aan het beslissen tot het maken van een lange wandeling om er voor te zorgen dat de glucosewaarden dalen. De productieve activiteiten zijn de daadwerkelijke handelingen of het gedrag van de patiënt. Dit gedrag is nodig om bepaalde doelen te bereiken. Bij diabetes kan dit in het genoemde voorbeeld zijn: het daadwerkelijk uitvoeren van de lange wandeling om de glucosewaarden in het bloed te laten dalen. (Brouns, 1996, pp. 19-21)

Zelfzorgbeperkingen en tekorten

Lang niet altijd zijn patiënten in staat om alle zelfzorgbehoefte zelf in te vullen. Wanneer een patiënt sommige zelfzorgbehoefte niet zelf kan bevredigen, betekent dit dat er een gat is tussen het vereiste therapeutisch gedrag en het zelfzorgvermogen. Dit gat wordt ook wel het zelfzorgtekort genoemd. Het zelfzorgtekort kan ontstaan door zelfzorgbeperkingen. Een beperking in de zelfzorg, is een belemmering voor een patiënt om de zelfzorg voor elkaar te krijgen. In deze beperkingen zijn drie categorieën te onderscheiden. Er kunnen beperkingen zijn in het kennen en weten, in oordeel- en besluitvorming en in resultaatopleverend of productief gedrag. De beperkingen en tekorten in zelfzorg, leiden tot niet toereikende zelfzorg en dat kan nadelig zijn voor de gezondheidstoestand van een patiënt. In figuur 2.3 is er beknopt weergegeven wat er komt kijken bij het zelfzorgtekort. (Brouns, 1996, pp. 21-22)



Figuur 2.3: Het zelfzorgvermogen en zelfzorgtekort (naar: Brouns, 1996, pp. 28)

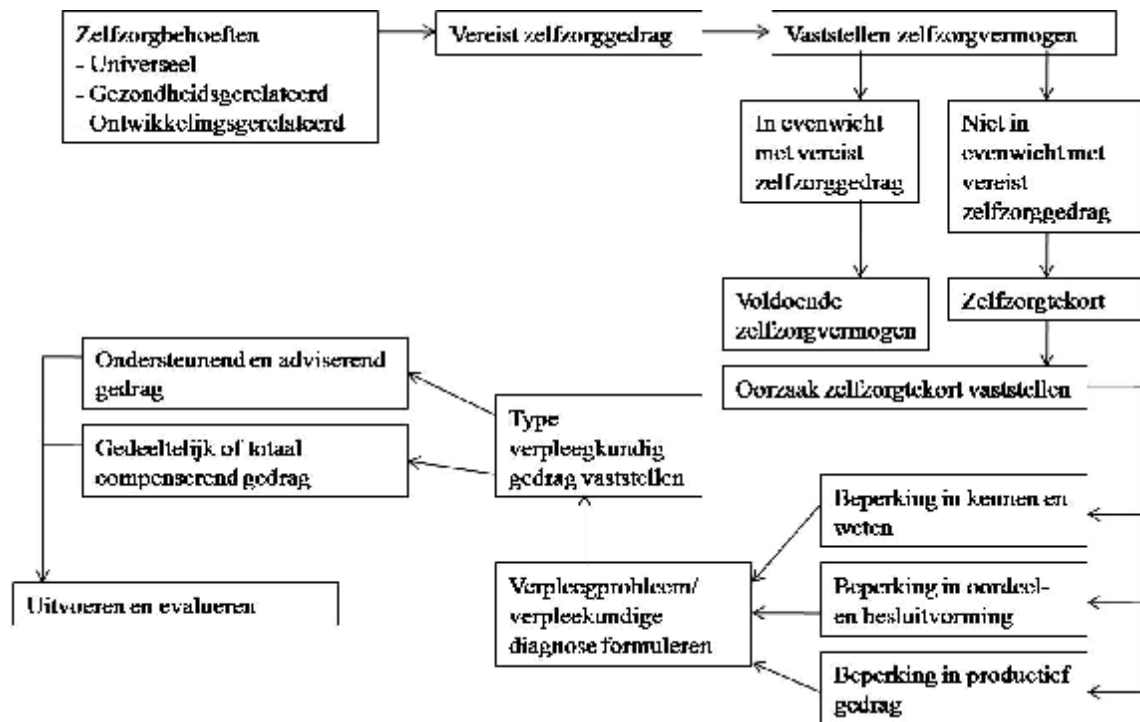
De diabetesverpleegkundige

Het is niet alleen de patiënt die betrokken is bij de zelfzorg, maar ook zorgverleners spelen hierin een belangrijke rol. De beschreven beperkingen en tekorten zullen moeten worden opgelost met behulp van een zorgverlener. Orem beschrijft in haar zelfzorgtheorie het verpleegkundig systeem en het verpleegkundig vermogen. Hierin wordt de rol van de zorgverlener weergegeven. Het verpleegkundig systeem is ook wel het verpleegkundig gedrag. Dit gedrag is in verschillende categorieën in te delen. Allereerst is er ondersteunend en adviserend gedrag. Dit vindt plaats wanneer een patiënt zelf in staat is tot het uitvoeren van de nodige zorgactiviteiten, of deze zou kunnen aanleren. Echter, dat is niet mogelijk zonder goede adviezen en ondersteuning. Bij diabetes lijkt er ook sprake te zijn van deze vorm van zorg, geleverd door onder andere de diabetesverpleegkundige. Deze zorgt voor de noodzakelijke voorlichting over voeding, beweging en medicatie. Ook leert zij de patiënt hoe om te gaan met de zelfcontrole en hoe de patiënt moet reageren op bepaalde verschijnselen ten gevolge van diabetes. Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt niet weet dat bepaalde klachten de oorzaak zijn van een te laag of te hoog glucosegehalte in het bloed en vervolgens ook niet weet welke activiteiten er plaats moeten vinden om het probleem op te lossen. Er wordt dan door de verpleegkundige ingegrepen in een tekort aan kennen en weten, de patiënt heeft (nog) niet voldoende kennis om te weten hoe met de ziekte en de gevolgen om te gaan, maar is wel in staat om de benodigde acties te ondernemen. De adviezen en ondersteuning van de diabetesverpleegkundige lijken ook in te spelen op het tekort in oordeels- en besluitvormingsvermogen. Wanneer de patiënt (nog) niet weet hoe te handelen in een specifieke situatie, kan de diabetesverpleegkundige in bepaalde situaties oplossingen aanreiken. Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt weet dat de glucosewaarden in het bloed te hoog of te laag zijn, maar dat deze niet kan beslissen welke oplossing in de situatie geschikt is. Een tekort in resultaatopleverend of productief gedrag kan door de diabetesverpleegkundige niet worden opgelost door middel van ondersteuning en advisering. (Brouns, 1996, pp. 22-23)

Een andere vorm van verpleegkundig gedrag is het compenserend gedrag. In dit geval neemt de zorgverlener bepaalde activiteiten over van de patiënt. Bij gedeeltelijk compenserend gedrag zijn dit één of meerdere activiteiten, bij totaal compenserend gedrag worden alle activiteiten overgenomen door een zorgverlener. De diabetesverpleegkundige kan enkele activiteiten met betrekking tot zelfzorg van de patiënt overnemen, maar lang niet alle activiteiten. Zo zal de zelfzorg omtrent de voeding en beweging echt van de patiënt moeten komen wanneer deze onder behandeling is van een diabetesverpleegkundige. Wanneer een patiënt niet meer in staat is om deze activiteiten zelf te organiseren, moet er op een andere wijze zorgverlening tot stand komen, die bijvoorbeeld geleverd wordt door medewerkers van de thuiszorg of door verzorgers van een verpleeg- of verzorghuis. De zelfcontrole en het opsporen van mogelijke complicaties van diabetes, is iets wat wel door de zorgverleners overgenomen zou kunnen worden. Tijdens een periodieke afspraak kunnen deze activiteiten uitgevoerd worden door bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige. Bij diabetes is het dus vooral van belang dat de zorgverlener ondersteunend en adviserend gedrag vertoont, zodat de zelfzorg goed uitgevoerd kan worden en er een optimale zorg ontstaat. (Brouns, 1996, pp. 22-23)

Het volledige proces

Het proces omtrent de zelfzorgbehoeften, zelfzorgtekorten en de mogelijke oplossingen van de diabetesverpleegkundige is door Orem uitgebreid beschreven in haar zelfzorgtheorie. Er zijn verschillende aspecten los van elkaar aan bod gekomen in dit hoofdstuk. Het gehele proces is weergegeven figuur 2.4.



Figuur 2.4: Het proces rondom zelfzorg (naar: Brouns, 1996, pp. 28)

2.3 Verwachtingen

Op basis van de gevonden literatuur en de zelfzorgtheorie van Orem zijn er een aantal verwachtingen te schetsen. Allereerst verwacht ik dat er in de praktijk bij diabetespatiënten een zelfzorgtekort aanwezig kan zijn. Ik verwacht dat dit zelfzorgtekort wordt veroorzaakt door een beperking in kennen en weten en dat er daardoor problemen optreden bij de inschattende activiteiten. Dit zelfzorgtekort zal in de praktijk opgelost moeten worden door de diabetesverpleegkundige. Ik verwacht dat dit zal gebeuren door middel van ondersteunend en adviserend gedrag. De reden voor deze verwachtingen komt voort uit de taken die de diabetesverpleegkundige volgens de literatuur heeft. Deze taken hebben te maken met ondersteunen en adviseren en dat gedrag speelt in op tekortkomingen in het kennen en weten.

Hoofdstuk 3: Diabetes en zelfzorg in de praktijk

In dit hoofdstuk zullen de tweede en derde deelvraag worden beantwoord. Deelvraag twee luidt:

‘Wat is de rol van de diabetesverpleegkundige in de eerste lijn in de praktijk?’

De derde deelvraag luidt:

‘Hoe is de situatie met betrekking tot zelfzorg in de praktijk?’

In dit hoofdstuk zal de rol van de diabetesverpleegkundige in de praktijk aan bod komen en zal ook ingegaan worden op de zelfzorg bij diabetes in de praktijk. Deze beschrijving van de praktijksituatie is gebaseerd op een vijftal interviews met diabetesverpleegkundigen. De vragenlijst die is gebruikt verslagen van de interviews zijn te vinden in bijlage één. Alle vijf de verpleegkundigen zijn werkzaam in de regio Arnhem. Dit hoofdstuk heeft dus betrekking op diabetes, zelfzorg en de diabetesverpleegkundige in de regio Arnhem.

3.1 De taken van de diabetesverpleegkundige

Om te kunnen werken als diabetesverpleegkundige hebben alle geïnterviewde diabetesverpleegkundigen een speciale opleiding gevolgd, maar zij hebben niet allemaal dezelfde opleiding gevolgd. Een aantal hebben de opleiding diabetesverpleegkundige gevolgd bij het SSSV, een instituut dat specialisatie opleidingen verzorgt voor verpleegkundigen. (SSSV, 2008) Ook zijn er een aantal diabetesverpleegkundigen die een module aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) hebben gevolgd. Ongeveer vier jaar geleden werd deze module voor het eerst aangeboden, omdat de vraag van huisartsen naar diabetesverpleegkundigen enorm steeg. De opleidingscapaciteit van de SSSV was beperkt (er zijn wachttijden) en daarnaast duurde deze opleiding een aantal maanden. Veel verpleegkundigen maakten gebruik van de mogelijkheid om de opleidingsmodule van de HAN te volgen en zijn daarna aan het werk gegaan als diabetesverpleegkundige.

Op basis van de interviews die zijn afgenomen is te zeggen dat er een aantal belangrijke taken zijn weggelegd voor de diabetesverpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Het begeleiden van patiënten met diabetes staat voorop, het is de kerntaak van de diabetesverpleegkundige. Deze begeleiding vindt plaats door middel van het geven van educatie over de ziekte diabetes, het geven van voorlichting en het geven van advies aan patiënten. Soms heeft de diabetesverpleegkundige ook de taak om de diabeteszorg binnen een huisartsenpraktijk goed te regelen, waarbij alle zorgverleners binnen de praktijk op één lijn moeten komen te zitten en dezelfde protocollen moeten naleven. Ook voert de diabetesverpleegkundige controles uit en bespreekt zij met de patiënt de uitslagen van verschillende (bloed)onderzoeken. De diabetesverpleegkundige zorgt ervoor dat de patiënt de juiste medicatie krijgt. Soms kunnen patiënten niet met alleen tabletten als medicatie verder en is het nodig dat patiënten insuline moeten gaan spuiten om ervoor te zorgen dat hun glucosewaarden in het bloed op de juiste hoogte blijven. Dit spuiten wordt dan vaak aangeleerd door de diabetesverpleegkundige. Al deze taken vinden plaats tijdens een afspraak of consult dat normaal gesproken eens in de drie maanden plaatsvindt.

De meeste diabetesverpleegkundigen schrijven zelf geen recepten voor medicijnen uit, maar laten dit de huisarts doen. De diabetesverpleegkundige geeft haar advies over medicatie op basis van haar kennis en inzicht. Vaak wordt dit advies opgevolgd door de huisarts. De huisarts heeft een volledig overzicht van de overige medicatie die een patiënt gebruikt en daarnaast heeft hij kennis over die medicatie. Andere medicatie kan gevolgen hebben voor de diabetesmedicatie, omdat immers niet alle medicijnen met elkaar gecombineerd kunnen worden.

Wanneer er wordt gesproken over educatie en voorlichting, gaat dat allereerst over de ziekte zelf. De patiënt moet inzicht krijgen in zijn of haar ziekte en moet begrijpen wat er aan de hand is in zijn of haar lichaam. Hierbij komen ook de leefregels naar voren die zorgen voor een zo goed mogelijk ziekteverloop. Dit is de zelfzorg die men kent bij diabetes. Hier zal in de derde paragraaf van dit hoofdstuk verder op in worden gegaan.

De taken die de diabetesverpleegkundige in de praktijk op zich neemt, komen overeen met de taken die zij volgens de gevonden literatuur heeft. In hoofdstuk twee werden de taken van de diabetesverpleegkundige omschreven als: het geven van voorlichting, het controleren van patiënten, het geven van insulinetherapie en het overnemen van de driemaandelijke controles (zie pagina 7). Al deze taken werden ook genoemd door de diabetesverpleegkundigen in de regio Arnhem. De educatie was eerder niet genoemd en kan wellicht onder het geven van voorlichting worden geschaard. Het geven van voorlichting is echter een activiteit die minder diepgaand is dan het geven van educatie. Wanneer er sprake is van educatie wil dat zeggen dat de diabetesverpleegkundige de patiënt niet alleen van informatie wil voorzien, maar dat zij ook wil dat de patiënt er iets van leert en door middel van de educatie iets bereikt. Bij voorlichting is hier in veel mindere mate sprake van.

3.2 De diabetesverpleegkundige in het zorgsysteem

Zoals gezegd werken de diabetesverpleegkundigen die zijn geïnterviewd in de eerste lijn voor een huisarts. Ze hebben afspraken met de diabeten in de praktijk en nemen dus een stuk zorgverlening van de huisarts over. De diabetesverpleegkundigen geven aan dat zij hun werk bij de verschillende huisartsen zeer zelfstandig uit kunnen voeren. Er is veel vertrouwen vanuit de huisartsen, die de diabetesverpleegkundigen de indruk geven dat zij de specialisten op het gebied van diabetes zijn. Wel blijft de huisarts eindverantwoordelijk voor zijn patiënten, dus ook voor de diabeten. De meeste diabetesverpleegkundigen geven aan dat zij na elk spreekuur dat zij gehad hebben met patiënten een overleg hebben met de huisarts. In die overleggen worden alle patiënten besproken. Er is dus direct contact tussen de diabetesverpleegkundige en de huisarts.

De diabetesverpleegkundigen geven aan dat er niet veel contact is met andere zorgverleners. Alle diabetesverpleegkundigen hebben contact met een diëtiste, in verschillende mate. Dit contact verloopt voornamelijk door middel van rapportages die worden gemaakt naar aanleiding van consulten. Daarnaast is er direct contact wanneer er problemen of vragen zijn met betrekking tot een bepaalde patiënt. Voor geen van de diabetesverpleegkundigen is er een hoge drempel voor het opnemen van contact met de diëtiste.

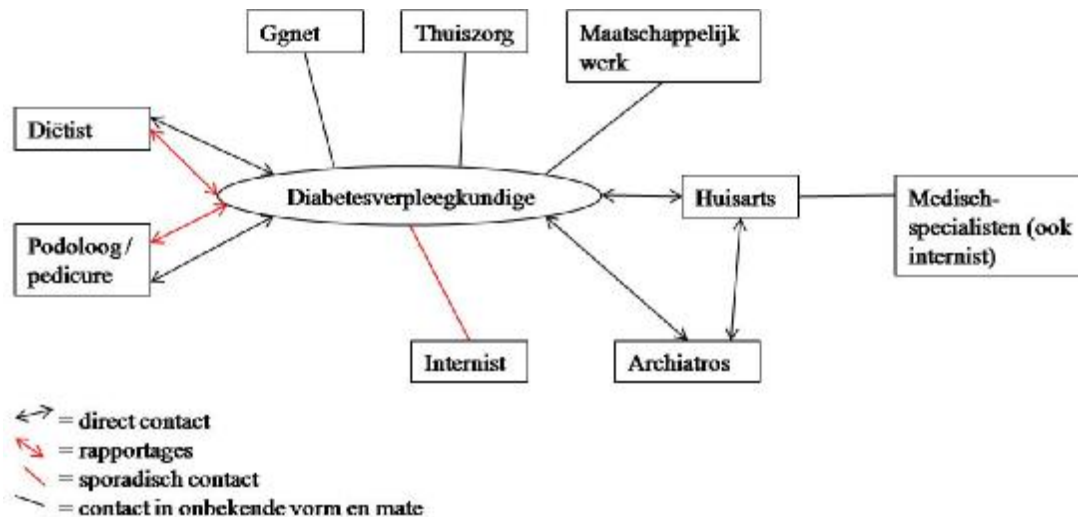
Ook met de podoloog of de pedicure is er in verschillende mate contact. Voor deze zorgverlener geldt hetzelfde als voor de diëtist, wanneer het noodzakelijk is vindt er direct contact plaats en er vindt een standaard uitwisseling van rapportages plaats. Ook hier is er geen hoge drempel voor het opnemen van contact.

De diabetesverpleegkundigen geven aan dat er heel af en toe contact wordt gezocht met een internist. Dit is vooral het geval wanneer ze zelf niet zo goed weten wat ze moeten doen in een bepaalde situatie, of met een bepaalde patiënt. Sinds enige tijd is het echter meestal niet meer de internist waarmee contact wordt gezocht, maar de diabetesconsulent van Archiatros. Archiatros is een organisatie die ondersteuning biedt aan huisartsenpraktijken, om op die manier de eerstelijnszorg te versterken. In de regio Arnhem zijn een groot aantal huisartsenpraktijken aangesloten bij Archiatros, die ook bij de diabeteszorg ondersteuning bieden (Archiatros, 2008). De diabetesconsulent kijkt hoe de diabeteszorg in een praktijk is geregeld en probeert dit zo optimaal mogelijk te organiseren door het aangeven van verbeterpunten. Daarnaast is de diabetesconsulent er om de diabetesverpleegkundigen in de huisartsenpraktijken te ondersteunen. Zij kunnen dus bij haar terecht met vragen die zij eerder bij de internist neerlegden.

Slechts één van de diabetesverpleegkundigen geeft aan dat zij als diabetesverpleegkundige met veel verschillende zorgverleners contact heeft, waardoor zij zich middenin het zorgproces bevindt. De thuiszorg, een maatschappelijk werker en het GGnet (een instelling voor geestelijke gezondheidszorg) worden door haar ook genoemd.

Het contact met medisch specialisten zoals oogartsen over patiënten verloopt volgens de diabetesverpleegkundigen via de huisarts. Bij veel patiënten is veelvuldig contact met medisch specialisten niet nodig.

In figuur 3.1 zijn de betrokken zorgverleners en hun relaties met anderen weergegeven. Er is sprake van verschillende soorten relaties. In het figuur komt duidelijk naar voren dat de diabetesverpleegkundige in de praktijk een zeer centrale rol speelt in het zorgproces rondom diabetespatiënten.



Figuur 3.1: Het zorgproces rondom diabetes en de plaats van de diabetesverpleegkundige

Het is erg opvallend dat er in slechts één geval sprake is van contact met andere zorgverleners dan de diëtist, podoloog en de internist. Dit kan betekenen dat er minder aandacht is voor de psychosociale gesteldheid van de diabetespatiënt en er dus eigenlijk alleen interesse is in de medische gesteldheid. Het kan ook zijn dat er vanuit de patiënt geen enkele vraag is naar zorg zoals maatschappelijk werk of GGnet.

3.3 Zelfzorg

In de literatuur zijn al aspecten van zelfzorg gevonden die bij diabetes horen. De diabetesverpleegkundigen noemen deze zelfzorg de 'leefregels' die noodzakelijk zijn voor een zo goed mogelijk verloop van de ziekte diabetes. Het naleven van de leefregels is een bijdrage die de patiënt levert en dat is van zeer groot belang voor een goed verloop van de ziekte. Een aantal van de diabetesverpleegkundigen geeft aan dat zonder de medewerking van de patiënt de reguliere zorgverlening eigenlijk weinig zinvol is. Alle diabetesverpleegkundigen erkennen het belang van zelfzorg, wat ook eerder in hoofdstuk twee al uit de literatuur naar voren is gekomen. Voor sommigen is het ook van groot belang dat patiënten eens in de drie maanden op consult blijven komen. Op deze manier heeft de diabetesverpleegkundige de mogelijkheid om de patiënt goed in de gaten te houden en om het op tijd te constateren wanneer de zelfzorg niet goed verloopt. Ook vinden zij het belangrijk dat een patiënt een juist inzicht heeft in de ziekte diabetes, zodat deze op basis hiervan goed afgewogen keuzes kan maken.

De leefregels die de diabetesverpleegkundigen noemen zijn: voldoende beweging, de juiste voeding en een goede inname van medicatie. In hoofdstuk twee kwamen ook zelfcontrole en controle op complicaties als vormen van zelfzorg naar voren uit de literatuur. Deze twee zijn met minder nadruk dan de andere drie vormen van zelfzorg genoemd. Alle diabetesverpleegkundigen geven aan dat zij de patiënten wel wijzen op mogelijke complicaties en het belang van controles door zorgverleners zoals de oogarts en de podoloog of pedicure. Echter, zij spreken niet echt over het door de patiënt zelf uitvoeren van controles op mogelijke complicaties. De zelfcontrole van de glucosewaarden in het bloed komt in alle interviews aan bod als gespreksonderwerp. Wanneer diabetes gebruik maken van insuline als medicatie is het gebruik van een glucosemeter (om de glucosewaarden in het bloed zelf te meten) noodzakelijk en onmisbaar. Dit hangt samen met de hoeveelheid insuline die men dient te spuiten. Wanneer patiënten geen insuline gebruiken, is het nut van het meten lang niet altijd even

groot volgens de diabetesverpleegkundigen. De meesten van hen geven aan dat zij in specifieke gevallen patiënten aanraden om een glucosemeter te gebruiken. Dit kan zijn wanneer de glucosewaarden van een patiënt erg wisselend zijn tijdens de driemaandelijke controles. Door middel van de zelfmeting kan er meer inzicht in de waarden worden verkregen. Zo kan soms ook de reden voor de wisselende waarden achterhaald worden. Voor sommige patiënten is het noodzakelijk dat ze meer inzicht krijgen in de ziekte diabetes en in de glucosewaarden in hun bloed. Zij kunnen dan tijdelijk zelf gaan controleren zodat ze kunnen zien wat er met hun glucosewaarden gebeurt na bijvoorbeeld het eten van een pizza of na het maken van een lange wandeling. Wanneer ze dit een paar keer gezien hebben met behulp van de glucosemeters weten zij wat de volgende keren het gevolg zal zijn van hun gedrag. Ze zien dat bij bepaalde activiteiten de glucosewaarden dalen en dat deze bij andere activiteiten juist stijgen. Dit is een duidelijke vorm van educatie. Er wordt de patiënt duidelijk ingeprent welke gevolgen bepaald gedrag kan hebben. Bij de zelfcontrole van patiënten die geen insuline spuiten, komt echter een probleem kijken. De meters zelf worden vaak gratis verstrekt door fabrikanten in de farmaceutische industrie, maar de meetstrips die bij de meters horen worden niet vergoed door de zorgverzekeraar. Zonder de juiste strips is het echter niet mogelijk voor mensen om zelf hun glucosewaarden te meten. Patiënten moeten dan zelf opdraaien voor deze kosten. De diabetesverpleegkundigen geven aan dat zij door deze verzekeringsregels vaak wat creatiever te werk gaan. Zo proberen ze meetstrips mee te geven vanuit de huisartspraktijk, of ze vragen de huisarts een recept te schrijven zodat de zorgverzekeraar wel betaalt. Op die manier hoeven de patiënten niet zelf op te draaien voor de kosten van hun meetstrips. Ondanks dat de diabetesverpleegkundigen aangeven dat zij het er niet mee eens zijn dat de strips niet voor alle diabetespatiënten worden vergoed, geven zij aan dat hun oordeel over de zelfcontrole (in specifieke gevallen kan het zinvol zijn) niet zou veranderen wanneer de meetstrips wel vergoed zouden worden.

De belangrijkste leefregels (voldoende beweging, juiste voeding en goede inname van medicatie) zijn volgens de diabetesverpleegkundigen niet los van elkaar te zien. Ze hebben alleen voldoende effect wanneer ze ook allemaal nageleefd worden. Wanneer de diabetesverpleegkundigen diabetes voor de eerste keer zien tijdens een spreekuur proberen zij de patiënt allereerst inzicht te geven in hun ziekte. Ze doen dit met behulp van voorlichtingsmateriaal zoals folders, posters en informatiebrieven. Allemaal geven ze aan dat zij hun patiënten goed willen voorlichten over diabetes en dat zij ze vervolgens willen leren hoe ze goed met deze ziekte om kunnen gaan. Daar komen de leefregels bij kijken, die ze aan de patiënten duidelijk mee willen geven. De meeste diabetesverpleegkundigen geven aan dat zij ook proberen aan te geven waarom de leefregels van belang zijn en wat precies de effecten kunnen zijn van het al dan niet naleven ervan.

De belangrijke beweging, voeding en medicatie kunnen gezien worden als de zelfzorgbehoeften, die door Orem worden onderscheiden. Het vereiste zelfzorggedrag is in dit geval het naleven van de leefregels die door de diabetesverpleegkundigen worden aangedragen.

Volgens de diabetesverpleegkundigen komt het voor dat de zelfzorg niet volledig naar wens van de zorgverlener en/of de patiënt verloopt. Het komt voor dat niet alle leefregels (geheel) worden nageleefd. De diabetesverpleegkundigen geven aan dat het zeer zelden voorkomt dat een patiënt alle leefregels aan zijn of haar laars lapt en de zelfzorg volledig faalt. Omdat dit zo sporadisch voorkomt, kunnen zij hiervoor geen duidelijke, goede verklaring voor geven. De meeste van de diabetesverpleegkundigen geven aan dat wanneer het toch voorkomt dat de zelfzorg compleet faalt, dit voor hen een grote uitdaging is. Ze willen graag alles op alles zetten om de patiënt zover te krijgen dat deze zich wel aan de leefregels houdt, zodat de zelfzorg juist verloopt. Ze geven aan dat ze vaak proberen om het probleem bij de patiënt neerleggen, om er op die manier achter te komen wat de reden is van het falen van de zelfzorg. Enkele diabetesverpleegkundigen geven aan dat de zelfzorg de verantwoordelijkheid van de patiënt blijft, het falen van de zelfzorg dus ook. Ook geeft een minderheid aan dat zij het weldegelijk als frustrerend ervaren wanneer de zelfzorg faalt.

Het volledig falen van de zelfzorg komt volgens de verpleegkundigen zeer zelden voor. Daarom zal hier niet verder op in worden gegaan. Wat vaker voorkomt is dat mensen moeite hebben met het naleven van de leefregels en dat zij daarom de leefregels niet helemaal juist naleven. In de interviews komt naar voren dat mensen het een lange tijd volhouden om gezond te eten en voldoende te bewegen,

maar dat zij dit op den duur niet vol lijken te houden. Ze zijn zich er dan wel van bewust dat iets goed of slecht voor ze is, maar hebben niet het doorzettingsvermogen om dit ook in de praktijk te laten zien. De motivatie is hier dus een belangrijke factor. Een andere reden die de diabetesverpleegkundigen noemen voor het deels falen van de zelfzorg, is het referentiekader van mensen. Het idee wat men heeft bij gezonde voeding, kan verschillen van hetgeen wat daadwerkelijk goede voeding is. Zo wordt het voorbeeld gegeven van een patiënt die bij de koffie telkens maar één koek (in plaats van twee of drie) neemt en daarom vindt dat zij gezond eet. De mening van de zorgverleners hierover is duidelijk anders. Deze patiënt is dus in de veronderstelling dat zij goed bezig is omdat ze al een stuk minder koeken eet dan voorheen, terwijl de zorgverleners nog niet echt tevreden zijn. Voor sommige mensen zijn bepaalde gewoonten normaal, terwijl die door anderen juist als ongezond worden gezien. Een derde belangrijke factor voor het deels falen van zelfzorg die wordt genoemd is de omgeving waarin men zich bevindt. Wanneer mensen in de omgeving een heel andere leefwijze hebben dan vereist is voor de diabetespatiënt, is dat een extra moeilijkheidsfactor voor het naleven van de leefregels. Ook kan het zijn dat mensen in de omgeving de diabetes veroordelen op hun gedrag (het naleven van de leefregels) en aandringen op ander gedrag. Heel soms komt het voor dat mensen het belang van de leefregels niet helemaal inzien en daardoor wat laks met de leefregels omgaan. Het naleven van de leefregels heeft voor de patiënt geen direct resultaat, maar levert pas op de lange termijn iets op. Het naleven van de leefregels zorgt er bijvoorbeeld voor dat op de lange termijn de kans op complicaties afneemt. Dat lange termijn effect kan ervoor zorgen dat men het belang van de leefregels niet inzielt of snel vergeet. Iets anders wat volgens één van de diabetesverpleegkundigen nog van invloed kan zijn op het goed verlopen van de zelfzorg is het zelfbeeld wat men heeft. Wanneer iemand een negatief zelfbeeld heeft en het idee heeft dat iets 'toch niet gaat lukken', is dat ook vaak het geval. Mensen krijgen dan veel minder voor elkaar dan wanneer ze ergens positief tegenover staan. Tot slot is de reden onmacht genoemd door één van de diabetesverpleegkundigen. Patiënten willen soms heel graag de leefregels naleven en gezond leven, maar het lukt ze niet, zonder dat ze daar bewust voor kiezen. Een voorbeeld hiervan is het verliezen van gewicht ter bevordering van de gezondheid. Ondanks vele pogingen lukt het sommige patiënten toch niet om af te vallen.

Een overzicht van de redenen die de diabetesverpleegkundigen noemen voor het (deels) falen van de zelfzorg, is te zien in figuur 3.2.



Figuur 3.2: Zelfzorgtekort in de praktijk, redenen voor het falen van zelfzorg

In figuur 3.2. is te zien dat de meeste redenen voor het falen van de zelfzorg psychosociale aspecten zijn. Dat betekent dat er niet alleen aandacht moet zijn voor de medische gesteldheid van de patiënt, maar dat juist de psychische toestand en de sociale omgeving van groot belang zijn.

De diabetesverpleegkundige moet er voor zorgen dat de problemen omtrent het falen van de zelfzorg opgelost worden. Alle diabetesverpleegkundigen geven aan dat zij telkens proberen het belang van de zelfzorg te benadrukken en uit te leggen wat het effect ervan kan zijn wanneer de leefregels niet worden nageleefd. Wanneer een patiënt problemen heeft met één of meerdere leefregels proberen de diabetesverpleegkundigen uit te zoeken waardoor het probleem veroorzaakt wordt en ze proberen het samen met de patiënt op te lossen. Zij geven aan dat ze dit proberen door het doen van handreikingen en het geven van informatie. Daarnaast geven de diabetesverpleegkundigen aan dat zij zich soms niet

alleen op de patiënt zelf richten, maar ook op een deel van de omgeving van de patiënt. Ze vragen de partner van hun patiënt soms om mee te komen naar een afspraak zodat zij ook aan hem of haar uit kunnen leggen wat diabetes en de bijbehorende leefregels inhouden. Voor de patiënt betekent dit soms extra steun vanuit de omgeving, wat het naleven van de leefregels gemakkelijker kan maken. Volgens de zelfzorgtheorie van Orem, kan een verpleegkundige op verschillende manieren te werk gaan om ervoor te zorgen dat de zelfzorg goed gaat verlopen. De verpleegkundige kan gedeeltelijk of totaal compenserend gedrag vertonen, of ondersteunend en adviserend te werk gaan. In het geval van de diabetesverpleegkundigen in de eerste lijn wordt er voorlichting en educatie gegeven en wordt de patiënt op verschillende manieren ondersteund. Dit past bij een adviserende en ondersteunende werkwijze. Het compenserende gedrag vindt in de eerstelijns diabeteszorg niet echt plaats. Dit is zoals verwacht werd in paragraaf 2.3.

Nu in kaart is gebracht welke redenen er kunnen zijn voor het gedeeltelijke falen van de zelfzorg volgens de diabetesverpleegkundigen, kan gekeken worden hoe deze bevindingen in de zelfzorgtheorie van Orem passen.

3.4 De zelfzorgtheorie van Orem

Het zelfzorgvermogen van diabetespatiënten lijkt door verschillende oorzaken tekort te schieten voor volledig goede zelfzorg. Dit betekent in termen van Orem's zelfzorgtheorie dat er, zoals verwacht, daadwerkelijk sprake kan zijn van een zelfzorgtekort bij diabetespatiënten.

Volgens Orem wordt een zelfzorgtekort veroorzaakt door zelfzorgbeperkingen. Een zelfzorgbeperking is datgene wat een patiënt belemmert in het voorzien van zelfzorg. Orem onderscheidt hierbij de drie categorieën: beperkingen in kennen en weten, beperkingen in oordeel- en besluitvorming en beperkingen in resultaatopleverend of productief gedrag. In hoofdstuk twee zijn deze beperkingen eerder aan bod gekomen. (Brouns, 1992, pp. 21)

Volgens de diabetesverpleegkundigen is er bij diabetespatiënten geen sprake van beperkingen in productief gedrag. Ze zijn allemaal in staat om de zelfzorg uit te voeren, ook al zal de ene patiënt dit op een andere manier moeten doen dan de andere patiënt. Hier kan de noodzakelijke lichaamsbeweging een voorbeeld van zijn. Een relatief jonge en fitte patiënt zal een paar keer in de week gaan tennissen of naar de sportschool gaan om voldoende te bewegen, terwijl een oudere en minder fitte patiënt een paar keer per week een klein stukje gaat wandelen. Het komt voor dat de benodigde productieve activiteiten niet (volledig) worden uitgevoerd. Dit wordt dan echter niet veroorzaakt door een beperking in productief gedrag.

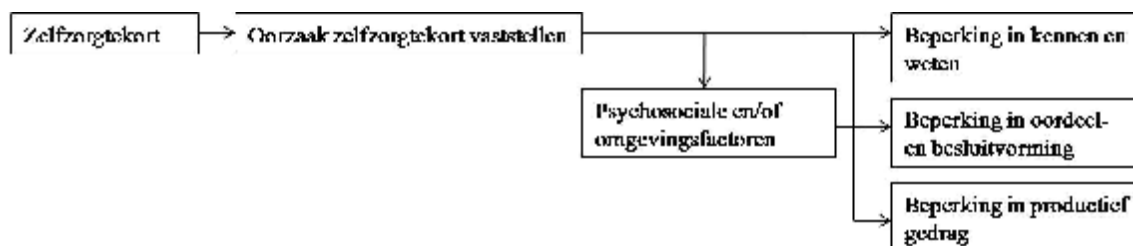
Beperkingen in oordeel- en besluitvorming komen eigenlijk ook niet voor volgens de diabetesverpleegkundigen. Zij geven aan dat vrijwel alle patiënten in staat zijn om te oordelen en om besluiten te nemen. Zij worden hierin niet belemmerd door psychische problemen. Er zullen enkele gevallen zijn van patiënten die hier wel mee worstelen, maar dat komt zeer sporadisch voor. Het kan voorkomen dat in bepaalde situaties moeilijkheden ontstaan met het nemen van besluiten om het juiste gedrag te vertonen en de juiste activiteiten uit te voeren. De beperking ligt hier dan niet in het feit dat mensen niet in staat zijn om te oordelen of besluiten te maken, maar het ligt aan het feit dat ze te weinig kennis en inzicht hebben. Wanneer patiënten alle nodige informatie zouden hebben, is het mogelijk voor hen om te oordelen en besluiten te nemen. Ook komt het voor dat patiënten beïnvloed worden door bepaalde factoren, zoals hun omgeving.

De beperkingen in kennen en weten komen soms voor. Dit kan zijn doordat men niet goed begrijpt wat de ziekte diabetes inhoudt, het kan ook zijn dat patiënten niet inzien dat eventuele complicaties op lange termijn op kunnen treden en dat hun gedrag van nu invloed heeft op de toekomst. De diabetesverpleegkundigen geven aan dat de meeste patiënten goed weten wat diabetes inhoudt, wat de gevolgen voor hen zijn en wat zij zelf kunnen bijdragen aan een goed ziekteverloop. Het komt voor dat mensen bepaalde dingen vergeten of er niet meer zo goed aan denken. Hierdoor treedt ook de beperking in kennen en weten op.

Als de theorie van Orem wordt toegepast op de bevindingen blijkt dat het deels falen van de zelfzorg bij de diabetespatiënten dus veroorzaakt wordt door beperkingen in kennen en weten. Echter, de redenen voor het deels falen van de zelfzorg die eerder genoemd zijn in hoofdstuk drie zijn dan niet allemaal genoemd. Deze verschillende redenen zijn niet allemaal terug te voeren naar een beperking in kennen en weten.

De theorie van Orem speelt alleen in op de patiënt zelf. Daarbij wordt er voornamelijk gekeken naar de fysieke toestand van de patiënt. De sociale omgeving waarin een patiënt zich bevindt wordt niet nadrukkelijk betrokken in de zelfzorgtheorie van Orem. Ook psychosociale aspecten worden niet genoemd. Om dit toch mee te nemen zal ik een extra categorie creëren die voorafgaat aan de reeds bestaande categorieën. In veel gevallen faalt de zelfzorg gedeeltelijk door psychosociale en/of omgevingsfactoren.

De factoren die zouden kunnen leiden tot het falen van de zelfzorg die niet onder een beperking in kennen en weten vallen zijn: een gebrek aan motivatie, de omgeving, een negatief zelfbeeld en onmacht. In alle gevallen faalt de zelfzorg doordat iets anders dan het verstand van de patiënt zelf bepaalt wat er gaat gebeuren. In het geval van een gebrek aan motivatie is het zo dat het ‘gebrek aan zin’ overheerst. Als het gaat over de omgeving, overheerst de mening of het gedrag van de omgeving. Wanneer een patiënt een negatief zelfbeeld heeft overheerst de gedachte dat ‘het toch niet lukt’. In het geval van onmacht is moeilijk te bepalen wat er precies mis gaat bij de zelfzorg. De diabetesverpleegkundige die onmacht als voornaamste reden gaf voor het falen van de zelfzorg, geeft aan dat mensen vaak bepaalde leefregels even naleven maar dat dit op een gegeven moment niet meer lukt, zonder dat zij daar bewust voor kiezen. Het lijkt er dan op dat een gebrek aan doorzettingsvermogen hierin schuilt. Dat houdt in dat het gebrek aan doorzettingsvermogen het verstand overheerst en dat de patiënt de zelfzorg niet goed naleeft, terwijl deze wel weet wat het goede zou zijn. Orem geeft in haar theorie aan dat zaken als deze van belang zijn wanneer het gaat om zelfzorg, maar zij neemt deze niet erg nadrukkelijk op in haar theorie. Mijns inziens zijn de psychosociale en omgevingsfactoren van een dermate groot belang dat hier erg veel nadruk op moet worden gelegd. Deze factoren zorgen ervoor dat het lijkt alsof patiënten tekort komen wanneer het gaat om kennis en weten, oordeel- en besluitvorming of productief gedrag. De oorzaak daarvan ligt echter niet bij de beperkte mogelijkheden van de patiënt, maar bij psychosociale en omgevingsfactoren die de patiënt (on)bewust beïnvloeden. Het proces rondom zelfzorg dat in hoofdstuk twee in figuur 2.4 is weergegeven moet naar mijn inzicht dus worden uitgebreid. Voorafgaand aan de beperkingcategorieën van Orem moet er nadrukkelijk stil worden gestaan bij de psychosociale en omgevingsfactoren, waardoor de indruk ontstaat dat er beperkingen in kennen en weten, in oordeel- en besluitvorming en in productief gedrag zijn. Het deel van het proces dat verandert, is te zien in figuur 3.3

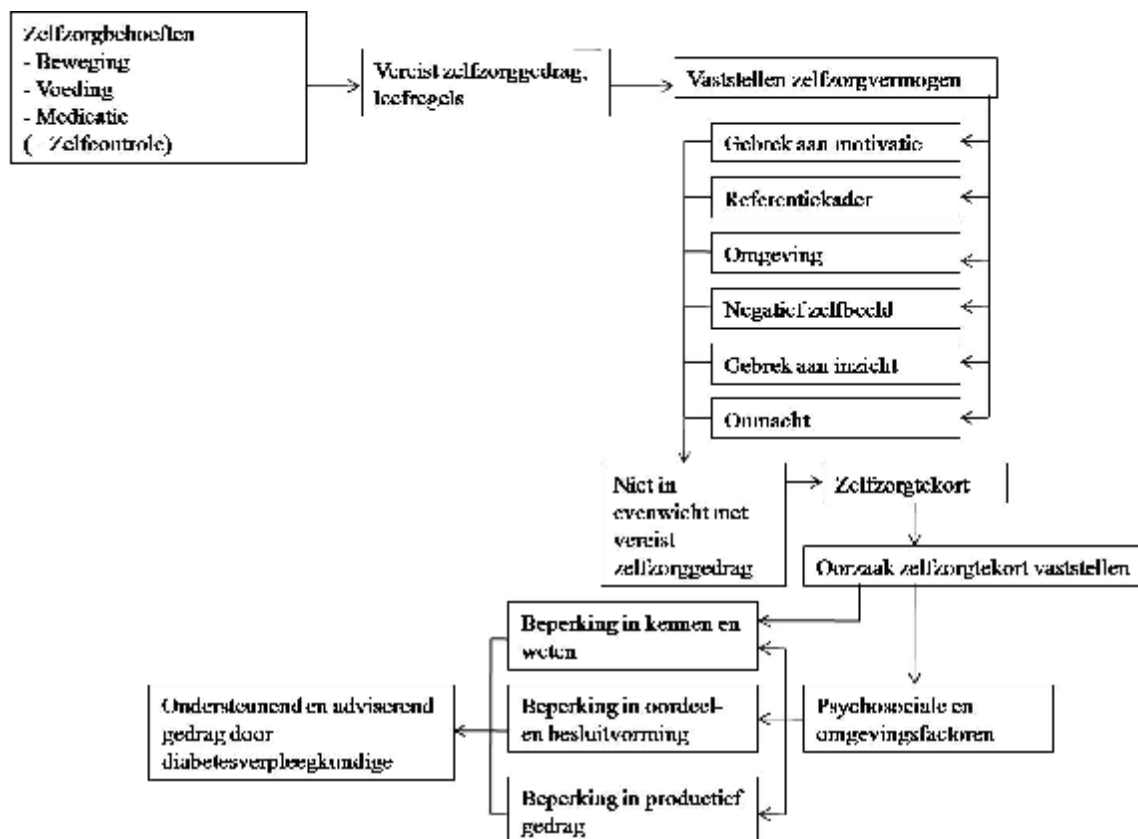


Figuur 3.3: Beperkingen in de zelfzorg

In paragraaf 3.3 kwam naar voren dat de diabetesverpleegkundigen adviserend en ondersteunend gedrag vertonen. Wanneer er gekeken wordt naar de aanwezige beperkingen, lijkt het logisch dat de diabetesverpleegkundigen deze ondersteunende en adviserende werkwijze hebben. Immers, één van de beperkingen die opgemerkt was, valt in de categorie beperking in kennen en weten. Deze beperking kan zeer waarschijnlijk worden opgeheven door kennis te verschaffen, wat gebeurt door middel van educatie. Deze educatie is een onderdeel van het ondersteunen en adviseren van de patiënt. Wanneer er gekeken wordt naar de nieuwe categorie van beperkingen veroorzaakt voor psychosociale of omgevingsfactoren, is het voor de diabetesverpleegkundigen erg moeilijk om dit te beïnvloeden. De

diabetesverpleegkundigen geven allemaal aan dat zij in deze gevallen van het falen van de zelfzorg in overleg met de patiënt een oplossing proberen te zoeken. Ook proberen ze de achterliggende redenen voor de niet goed verlopende zelfzorg te vinden. In dit soort gevallen geven de diabetesverpleegkundigen aan dat zij de patiënt wel aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheden wanneer het gaat om een goed verloop van hun ziekte. Waar mogelijk geven ze de patiënt handreikingen en proberen ze door middel van kennis de patiënt zoveel mogelijk te overtuigen van het belang van zelfzorg. Het betrekken van de partner van de patiënt (genoemd in paragraaf 3.3) is een mogelijkheid om in te spelen op de omgevingsfactoren die de patiënt beperken in de zelfzorg. Toch lijkt het erg lastig om de psychosociale en de omgevingsfactoren te beïnvloeden. Een aantal van de diabetesverpleegkundigen geeft aan dat er op dit gebied nog wel werk aan de winkel is. Er zullen betere methoden moeten komen om ook deze moeilijk beïnvloedbare factoren aan te kunnen pakken. Nu wordt er door middel van ondersteuning geprobeerd het probleem op te lossen, maar dat lijkt nog niet voldoende te zijn. De werkwijze van de diabetesverpleegkundige waarbij er sprake is van educatie en het geven van handreikingen is duidelijk te omschrijven als een ondersteunende en adviserende werkwijze. Er is in het geval van de diabeteszorg door de diabetesverpleegkundige in de eerste lijn geen sprake van gedeeltelijk of totaal compenserend gedrag.

Het proces rondom de zelfzorg volgens Orem is in hoofdstuk twee schematisch weergegeven. In figuur 3.4 is weergegeven hoe dit proces in de praktijk bij diabetes verloopt. De theorie van Orem is in het geval van diabetes een bruikbare theorie. Wel moet opgemerkt worden dat in de praktijk de psychosociale en omgevingsfactoren van een groter belang zijn dan in de theorie naar voren komt.



Figuur 3.4: Het proces rondom zelfzorg in de praktijk

Hoofdstuk 4: Verschillende patiëntengroepen

In dit hoofdstuk zal deelvraag vier worden beantwoord. Deelvraag vier luidt:

‘Welke relevante patiëntengroepen onderscheiden diabetesverpleegkundigen met betrekking tot zelfzorg?’

In dit hoofdstuk zal gekeken worden naar de praktijksituatie, waarbij voor de beantwoording van de deelvraag net als in hoofdstuk drie gebruik wordt gemaakt van de vijf interviews die zijn afgenomen bij diabetesverpleegkundigen in de regio Arnhem.

4.1 Verschillende patiëntengroepen

In hoofdstuk drie is er gekeken naar de manier waarop diabetesverpleegkundigen hun patiënten benaderen in het geval van zelfzorg. Daaruit is gebleken dat de diabetesverpleegkundigen ondersteunend en adviserend te werk gaan. Echter, niet alle patiënten die zij behandelen zijn hetzelfde en kunnen op dezelfde manier benaderd worden.

De diabetesverpleegkundigen geven aan dat het mogelijk is om verschillende patiëntengroepen te onderscheiden, maar dat er ook individuele verschillen tussen patiënten zijn. Eén van de verpleegkundigen geeft aan dat de verschillen per individu zwaarder wegen en dat zij liever geen groepen onderscheidt. De belangrijkste factoren op basis waarvan volgende de anderen onderscheid kan worden gemaakt tussen verschillende groepen zijn de sociaal economische status van een patiënt en het feit of iemand allochtoon of autochtoon is. In een aantal interviews komt duidelijk naar voren dat de leeftijd of het geslacht van een patiënt niet erg van belang is.

Met de sociaal economische status van een patiënt wordt de opleiding die iemand heeft genoten bedoeld, het inkomen dat iemand heeft en het beroep dat iemand uitoefent. De sociaal economische status (SES) is een instrument om de sociale stratificatie weer te geven. Een hogere SES betekent een hogere statusscore. (RIVM, 2006) Volgens verschillende diabetesverpleegkundigen is er een duidelijk verschil te merken tussen mensen met een lagere SES en mensen met een hogere SES. Zij geven aan dat mensen met een lage SES vaak minder informatie per keer aan kunnen en dat het bij hen vaker nodig is om informatie te herhalen. Mensen met een hoge SES begrijpen dingen vaak sneller en onthouden ze beter. Ook kan deze laatste groep vaak gemakkelijker zelf weloverwogen keuzes maken. Natuurlijk gaat dit niet in alle gevallen op, maar het lijkt in de praktijk over het algemeen te gelden. De diabetesverpleegkundigen geven aan dat zij hun benaderingswijze zoveel mogelijk proberen aan te passen per patiënt en per patiëntengroep.

De diabetesverpleegkundigen geven aan dat ook allochtonen een aparte patiëntengroep vormen. Vooral wanneer zij de Nederlandse taal niet goed kunnen spreken en/of verstaan, is het erg lastig om ze uit te leggen wat diabetes is en wat zij zelf bij moeten dragen aan de ziekte. De taalbarrière kan dan voor problemen zorgen. De diabetesverpleegkundige moet dan een andere manier vinden om de patiënt alles uit te leggen. Soms lukt dat aan de hand van illustratiemateriaal en het visualiseren van de informatie, soms is het noodzakelijk dat een familielid als tolk optreedt. Wanneer patiënten de taal wel spreken maar niet kunnen lezen en schrijven levert dat ook problemen op omdat bijna alle informatie die patiënten meekrijgen van de diabetesverpleegkundige is geschreven in informatiefolders. Ook het verschil in cultuur kan een grote rol spelen. Allochtone mensen hebben soms een heel andere leefwijze dan de leefwijze die de meeste Nederlanders hebben. Dit gaat bijvoorbeeld om eetgewoonten. Die leefwijze kan het soms moeilijk maken om alle leefregels goed na te leven, omdat er behoorlijk veel aanpassingen vereist zijn.

Van de diabetesverpleegkundigen geeft er één een cursus over het omgaan met diabetes, speciaal voor Turkse mannen. Bij deze groep mensen komt diabetes in toenemende mate voor. Zij hebben een gerichte aanpak nodig die soms veel energie van de diabetesverpleegkundige vraagt. Door een cursus voor de hele doelgroep is dit makkelijker voor elkaar te krijgen. De diabetesverpleegkundige geeft aan dat zij het idee heeft dat deze cursus zeer zinvol is en een positief resultaat zal hebben op de wijze waarop deze Turkse mannen met hun ziekte omgaan. Deze aanpak zou ook erg veel op kunnen leveren

wanneer het gaat om andere patiëntengroepen. Een cursus in groepsverband kan vaak erg succesvol zijn, zoals ook uit dit praktijkvoorbeeld blijkt.

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat niet alle diabetesverpleegkundigen in elke huisartsenpraktijk te maken hebben met veel patiënten met een lage SES of patiënten die allochtoon zijn. Zij geven aan dat dit per dorp, stadsdeel of praktijk erg kan verschillen.

Er is in de regio Arnhem sprake van een aantal duidelijk te onderscheiden patiëntengroepen. Deze groepen zijn zoals eerder genoemd: allochtone patiënten, patiënten met een hogere SES en patiënten met een lagere SES. Voor de diabetesverpleegkundige betekent dit dat zij in elk geval op drie verschillende manieren met haar patiënten om moet kunnen gaan. De allochtonen patiënten vragen gedoseerde informatie, herhaling van informatie, inprenting van belangrijke zaken en visualisatie van informatie. Ook moet er goed worden bekeken of de patiënt de informatie begrijpt en of deze iets doet met de gegeven informatie. De groep patiënten met een hogere SES vraagt om goede uitleg, die vrijwel zonder belemmeringen plaats kan vinden. Vaak zijn patiënten van veel informatie al op de hoogte doordat zij zelf op zoek zijn gegaan naar informatie. Het is van belang dat de diabetesverpleegkundige inventariseert of deze informatie juist begrepen is en waar nodig aanvullingen geeft op de informatie. De groep patiënten met een lagere SES vraagt om gedoseerde informatie, herhaling van informatie en inprenting van belangrijke zaken. Ook bij deze groep moet worden gekeken of de informatie wordt begrepen en er acties worden ondernomen.

De diabetesverpleegkundigen lijken te handelen vanuit hun eigen intuïtie. Er worden protocollen nageleefd, maar er lijkt geen sprake te zijn van duidelijk bewust handelen volgens een bepaalde theorie. Dit betekent dat er geen garantie is voor een gelijke behandeling van elke vergelijkbare patiënt die binnen een bepaalde groep valt. Dit kan de zorg ten goede komen omdat de zorg telkens op de patiënt wordt afgestemd en er geen standaardbenadering op de patiënt wordt toegepast. Het kan ook zorgen voor een inconsequente behandeling van patiënten wat kan leiden tot discontinuïteit in de zorg.

Hoofdstuk 5: Slot

In dit hoofdstuk zal de centrale onderzoeksvraag beantwoord worden. Deze vraag luidt:

“Op welke wijze gaan diabetesverpleegkundigen in de eerste lijn om met verschillende groepen diabetespatiënten, met betrekking tot zelfzorg?”

Daarnaast zullen er enkele suggesties worden gegeven voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

Zelfzorg bij diabetes type 2 is van groot belang voor een zo goed mogelijk verloop van de ziekte. De begeleiding van deze zelfzorg wordt door de diabetesverpleegkundige in de huisartsenpraktijk uitgevoerd. Er moeten leefregels omtrent de zelfzorgbehoeften voeding, beweging en medicatie worden nageleefd. De leefregels vormen het vereiste zelfzorggedrag. Er zijn verschillende zaken die ervoor zorgen dat de zelfzorg niet voldoende wordt uitgevoerd. Dit betekent dat er sprake kan zijn van een zelfzorgtekort bij diabetespatiënten. Dit zelfzorgtekort wordt deels veroorzaakt door beperkingen in kennis en weten en grotendeels door beperkingen door psychosociale en/of omgevingsfactoren. De diabetesverpleegkundige probeert deze beperkingen op te heffen door middel van ondersteunend en adviserend gedrag. Het handelingsrepertoire van de diabetesverpleegkundige is ondersteunend en adviserend, voornamelijk gericht op de medische toestand van een patiënt.

Dit gedrag is niet altijd toereikend om het zelfzorgtekort bij de patiënt op te heffen. De beperkingen door psychosociale en/of omgevingsfactoren zijn door de diabetesverpleegkundige erg moeilijk aan te pakken. Mijns inziens kan er op dit gebied meer winst worden behaald, met behulp van een andere werkwijze. De omgeving heeft een grote invloed op de patiënt. Daarom is het van groot belang dat er aandacht wordt geschonken aan de directe omgeving van een patiënt. Zo zou bijvoorbeeld het gezin of de partner van de patiënt nauwer kunnen worden betrokken, zodat ook bij deze groep mensen het belang van de zelfzorg doordringt. Er kan dan meer aandacht zijn voor het naleven van de leefregels en dit kan door de omgeving makkelijker worden gemaakt voor de patiënt. Met een omgevingsbrede aanpak kan ook het referentiekader van een patiënt en zijn directe omgeving in positieve zin veranderd worden.

Indien er sprake is van een gebrek aan motivatie of een negatief zelfbeeld, is het van belang dat een patiënt intensief begeleid wordt. Daarnaast is het mogelijk dat patiënten steun bij elkaar kunnen vinden. Een groepsgerichte en intensieve aanpak zou deze twee redenen voor het falen van de zelfzorg dan ook aan kunnen pakken. De patiënten kunnen leren van elkaar, hebben steun van elkaar en vinden deze zelfde zaken ook bij een begeleidende diabetesverpleegkundige. Door een hogere frequentie de huidige driemaandelijke individuele consulten kan er meer effect zijn.

Door de diabetesverpleegkundigen worden drie verschillende patiëntengroepen onderscheiden. Deze zijn patiënten met een hogere SES, patiënten met een lagere SES en allochtone patiënten. De diabetesverpleegkundigen passen hun werkwijze aan op de patiëntengroep maar doen dit niet op basis van een handleiding of theorie. Dit gebeurt op basis van intuïtie. Dit kan de zorg ten goede komen omdat er door de verpleegkundige naar elke patiënt individueel wordt gekeken en er vervolgens een plan wordt gemaakt. Het kan ook zorgen voor inconsequente behandeling wanneer verschillende patiënten met elkaar vergeleken worden.

Diabetesverpleegkundigen gaan ondersteunend en adviserend te werk wanneer het om zelfzorg gaat. Dit is niet altijd toereikend. Zij onderscheiden drie verschillende patiëntengroepen, te weten patiënten met een hogere SES, patiënten met een lagere SES en allochtone patiënten. De groepen krijgen een verschillende aanpak, waarbij er door de diabetesverpleegkundige met name gewerkt op basis van intuïtie.

5.2 Suggesties voor vervolgonderzoek

Met dit onderzoek is een poging gedaan om inzicht te verschaffen in de wijze waarop diabetesverpleegkundigen omgaan met zelfzorg. Nu de zelfzorg van de kant van een zorgverlener bekeken is, kan het interessant zijn om meer te kijken hoe de patiënt de zelfzorg ervaart. Een onderzoek naar de beleving van de patiënt zal zeker erg interessant zijn.

Er is stilgestaan bij de verschillende patiëntengroepen waar de diabetesverpleegkundigen mee te maken krijgen. Op dit gebied is nog veel onderzoek mogelijk en daarnaast zeer interessant. Er kunnen verschillende onderzoeken gedaan worden op dit gebied. Zo kan er onderzocht worden in hoeverre de door de diabetesverpleegkundigen onderscheidde groepen daadwerkelijk bestaan. Ook zou onderzocht kunnen worden welke verschillende benaderingswijze effectief zijn bij verschillende groepen patiënten.

Literatuurlijst

Literatuur

Archiattros, *Archiattros, facilitair bedrijf eerstelijnszorg*, 2008

Geraadpleegd op 6 mei 2008 via

<http://www.archiattroszorg.nl/index2.php?pid=327&sub=26&taalkeuze=3>

Arend, I.J. van den, Stolk, R.P., Krans, H.M., Grobbee, D.E., Schrijvers, A.J.

Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. Patient

Educ Couns 2000; 40(2):187-194.

Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M. (2005) *De Nederlandse Gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghem

Brouns, G. (1996), *Zelfzorgtheorie van Orem*, Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah

Diabetes.nl, 2006a, Type 1 vs Type 2 diabetes, 19 oktober 2006

Geraadpleegd op 26 februari 2008 via

http://www.diabetesgroningen.nl/index.php?option=com_content&task=view&id13&Itemid=27

Diabetes.nl, 2006b, Voeding bij diabetes, 18 maart 2006

Geraadpleegd op 26 februari 2008 via

http://www.diabetesgroningen.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=28

Diabetes.nl. 2006c, Diabetesrevalidatie, 15 maart 2006

Geraadpleegd op 22 mei 2008 via

http://www.diabetesgroningen.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=28

Diabetesfonds, 2008, *Diabetes in cijfers*

Geraadpleegd op 9 juni 2008 via

<http://www.diabetesfonds.nl/Diabetescijfers>

Dijkstra, W. en Smit, J. (1999), *Onderzoek met vragenlijsten, een praktische handleiding*,

Amsterdam: VU Uitgeverij

EADV, 2004, *Diabetesverpleegkundige*

Geraadpleegd op 26 februari 2008 via

<http://www.robvanderpeet.nl/profielen/03%20BDP%20Diabetesverpleegkundige.pdf>

EADV, 2008, *Gedragscode diabetesverpleegkundige*

Geraadpleegd op 26 februari 2008 via

<http://www.eadv.nl/uploaded/FILES/htmlcontent/Vak%20info/Gedragscode/gedragscode.pdf>

Nursing Science Quarterly, 2008, *Nursing Science Quarterly call for papers*

Geraadpleegd op 11 juni 2008 via

<http://nsq.sagepub.com/>

Orem, D.E. (1991), *Nursing: concepts of practice*, St. Louis

RIVM, 2005, J.N. Struijs, G.P. Westert, C.A. Baan, *RIVM rapport 260402001/2004: Effectevaluatie van transmurale diabeteszorg in Nederland*

Geraadpleegd op 26 februari 2008 via

<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260402001.pdf>

RIVM, 2007, *Diabetes Mellitus*, 13 december 2007
Geraadpleegd op 4 maart 2008 via
http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_suikerziekte.html

RIVM, 2003, Baan, C.A., Hutten, J.B.F., Rijken, P.M., *Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*, 5 november 2003
Geraadpleegd op 4 maart via
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/282701005.pdf>

RIVM, 2006, Deuning, C.M., Roedig, A, *Sociaal economische status in 2006*, 12 december 2006
Geraadpleegd op 14 mei via
http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1899n21844.html

SHL, 2007, *Fundusfotografie*
Geraadpleegd op 26 mei 2008 via
<http://www.shlbreda.nl/artsen/public/functieonderzoeken/fundusfotografie/>

SHO, 2005, *Fundusfotografie*
Geraadpleegd op 26 mei 2008 via
http://www.labsho.nl/news/SHO_Fundusfolder.pdf

SSSV, 2008, Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen
Geraadpleegd op 6 mei 2008 via
<http://www.sssv.nl/>

STAR, 2008, *Fundusfotografie*
Geraadpleegd op 26 mei 2008 via
http://www.star-mdc.nl/patienten/bio/pat_bio_fundus.php

The Health Agency, 2008, *Diabetes*
Geraadpleegd op 4 maart 2008 via
http://www.thehealthagency.com/images/downloads/gepersoon_folder_diabetes.pdf

Interviews

Mia Vorstermans, diabetesconsulente regio Arnhem
27 maart 2008

Trudy van Schaik, diabetesverpleegkundige
16 april 2008

Miranda Hetterscheid, diabetesverpleegkundige
21 april 2008

Irma Muis, diabetesverpleegkundige
21 april 2008

Helmie Kramer, diabetesverpleegkundige
29 april 2008

Bijlage 1 – Vragenlijst

Algemeen

- Geslacht
- Opleiding
- Aantal jaren werkzaam als diabetesverpleegkundige
- Plaatsen en locaties werkzaam als diabetesverpleegkundige

Takenpakket

- Welke taken voert u uit?
- Ondersteunen van de huisarts of meer zelfstandig?
- Adviserende of ondersteunende rol, of compenserende rol voor de patiënt?

Rol in het zorgsysteem

- Welke plaats neemt de diabetesverpleegkundige in, in het zorgsysteem?
- Met welke zorgverleners is er contact?
- Met welke zorgverleners zijn er concrete afspraken of samenwerkingsverbanden?
- Welke knelpunten komen hierbij naar voren?

Zelfzorg

- Wat kan een patiënt zelf bijdragen aan het goed laten verlopen van de ziekte?
- Wat is van belang bij zelfzorg?

- Hoe kijken de patiënten over het algemeen aan tegen zelfzorg?
- Is daarbij veel verschil per individuele patiënt?
- Zijn er verschillende behandel- of benaderingswijzen per patiënt?
- Zijn er duidelijke groepen te onderscheiden, of heeft elke patiënt bepaalde kenmerken?

- Welk van de activiteiten levert het meeste problemen op, de inschattende, de besluitvormende of de productieve activiteiten?
- Welke beperkingen komen het vaakst voor, beperkingen in kennis en weten, oordeels- en besluitvormingsbeperkingen of beperkingen in resultaatvormend gedrag?

- Wat doet u wanneer een patiënt niet meewerkt, om welke reden dan ook? Levert dat in sommige situaties frustraties op?