

De inzet van de Medisch Psycholoog bij
de behandeling van Diabetes Mellitus

Richtlijnen voor psychologische diagnostiek
en behandeling

De inzet van de Medisch Psycholoog
bij de behandeling van
Diabetes Mellitus

Richtlijnen voor psychologische
diagnostiek en behandeling

Samengesteld door:
Prof. dr. F.J. Snoek,
hoogleraar medische psychologie

Met medewerking van:
Dr. F.J.S. Donker, klinisch psycholoog/
psychotherapeut,
Mw. dr. G.F.E.C. van Linden van den Heuvell,
klinisch psycholoog/psychotherapeut,
Drs. W. S. Wierenga, klinisch psycholoog/
psychotherapeut

Inhoud

	Voorwoord	7
1	De rol van de medisch psycholoog in de diabetesbehandeling	9
2	Medische gegevens	11
2.1	Het ziektebeeld diabetes mellitus	11
2.2.1	Acute complicaties	12
2.2.2	Chronische complicaties	13
2.3	De medische behandeling	13
2.3.1	Behandeling Type 1 diabetes	15
2.3.2	Behandeling Type 2 diabetes	16
2.3.3	Medische behandelaars	17
3	Psychologische problemen bij diabetes	19
3.1	Adaptatieproblemen	19
3.1.1	Diagnostiek en behandeling	21
3.2	Stress	22
3.2.1	Diagnostiek en behandeling	23
3.3	Angstklachten	24
3.3.1	Diagnostiek en behandeling	25
3.4	Depressie	29
3.4.1	Diagnostiek en behandeling	29
3.5	Eetstoornissen	30
3.5.1	Diagnostiek en behandeling	31

3.6	Psycho-seksuele problemen	32
3.6.1	Diagnostiek en behandeling	33
3.7	Cognitieve klachten	34
3.7.1	Diagnostiek en behandeling	34
3.8	Verslavingen	35
3.8.1	Diagnostiek en behandeling	36
3.9	Relatie- en sociale problemen	36
3.9.1	Diagnostiek en behandeling	37
4	Leefstijlinterventies	38
5	Groepsinterventies	40
5.1	Bewust van je Bloedglucose: Hypoglykemie Preventie Training	40
5.2	Diabetes de Baas: Cognitieve Groeps Gedragstherapie	41
6	Diabetes-specifieke vragenlijsten	43
6.1	Problem Areas In Diabetes (PAID) Vragenlijst	43
6.2	Angst voor Hypoglykemie Vragenlijst (AHV)	44
6.3	Diabetes Angst voor Spuiten en Prikken Vragenlijst (D-SPAV)	44
6.4	Vertrouwen in Diabetes Zelfzorg (VDZ) Vragenlijst	46
	Contactadressen	47
	Appendix: Questionnaires	49

Onderhavige richtlijn is goedgekeurd door de sectie Psychologen Algemene/Academische Ziekenhuizen (PAZ) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) in een algemene ledenvergadering d.d. 5 november 2004.

Nederlandse
Diabetes
Federatie

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) ondersteunt onderhavige richtlijn, die zij beschouwt als een belangrijk en integraal onderdeel van goede diabeteszorg.



De uitgave van dit boek is mogelijk gemaakt dankzij financiële bijdrage van Novo Nordisk Farma B.V.

Samengesteld door:

Prof. dr. F.J. Snoek, hoogleraar medische psychologie

Met medewerking van:

Dr. F.J.S. Donker, klinisch psycholoog/psychotherapeut

Mw. dr. G.F.E.C. van Linden van den Heuvel, klinisch psycholoog/
psychotherapeut

Drs. W. S. Wierenga, klinisch psycholoog/psychotherapeut

November 2004

Alle rechten voorbehouden. Behoudens uitzonderingen door de wet gesteld mag niets uit deze uitgave verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever of de rechthebbende op het auteursrecht.

Voorwoord

In de afgelopen decennia heeft de medisch psycholoog zich een vaste plaats verworven in het algemeen en academisch ziekenhuis. Binnen verschillende medische specialismen draagt de psycholoog direct en indirect bij aan de patiëntenzorg. Dit geldt ook voor de behandeling van diabetes mellitus (suikerziekte), waarvoor de Nederlandse Diabetes Federatie een zorgstandaard heeft opgesteld (NDF, 2003) waarin terecht benadrukt wordt dat naast medische ook psychosociale hulp geboden moet worden aan diabetespatiënten. Gesteld wordt dat bij (vermoeden van) psychologische problematiek een verwijzing naar de medisch psycholoog geïndiceerd is. Vanuit de sectie Psychologen Algemene en Academische Ziekenhuizen (PAZ) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) is in 2003 het initiatief genomen de rol van de medisch psycholoog in de hulpverlening aan diabetespatiënten nader te omschrijven, zoveel als mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke en klinische evidentie. Deze ontwikkeling sluit aan bij de groeiende nadruk op protocollaire geneeskunde (evidence based medicine) en hieraan verbonden financiële vergoedingen. De medisch psycholoog is onlosmakelijk onderdeel van het medische zorgsysteem en zal dus ook in toenemende mate zijn/haar professioneel handelen moeten verantwoorden teneinde de noodzakelijke erkenning en financiële ondersteuning te verwerven c.q. veilig te stellen. Dit geldt in het bijzonder voor het terrein van de diabetes, waar een groot tekort aan medisch psychologische inbreng is gesignaleerd. Het formuleren van een richtlijn of 'protocol' zal naar verwachting bijdragen aan de verdere profilering en professionalisering van de medisch psycholoog in de diabeteszorg.

In de onderhavige richtlijn wordt aandacht besteed aan verschillende medisch-psychologische aspecten van diabetes. Noodzakelijkerwijs moest hierbij een selectie worden gemaakt en konden niet alle onderwerpen uitputtend worden behandeld. Dit geldt ook voor de adviezen aangaande behande-

ling en behandeling. Naar de opvatting van de samenstellers van dit rapport sluit algemeen gesproken een cognitief gedragstherapeutische benadering goed aan bij de beschreven problematiek en de behandelsetting, en zijn er ook aanwijzingen dat deze aanpak het meest effectief is bij de behandeling van mensen met diabetes. Uiteraard betekent dit geenszins dat andere psychotherapeutische benaderingen niet bruikbaar zouden kunnen zijn, al dan niet in combinatie met cognitieve gedragstherapie.

De aandacht gaat in dit rapport in eerste instantie uit naar de meest voorkomende psychosociale problemen van volwassen patiënten en hun naastbetrokkenen. In de nabije toekomst zal een aanvullende richtlijn voor behandeling van kinderen met diabetes en hun ouders worden opgesteld.

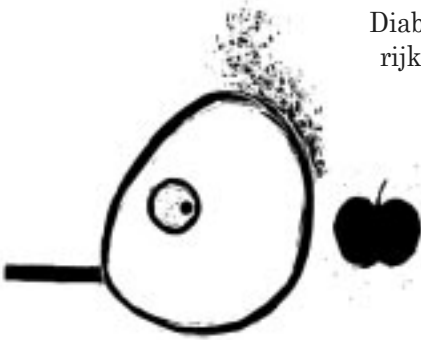
De samenstellers van dit rapport spreken de wens uit dat de geboden informatie en adviezen van nut zullen blijken te zijn voor de klinische praktijk van de medisch psycholoog bij het begeleiden van mensen met diabetes en hun naasten.

November 2004

Frank Snoek
Frank Donker
Chiquit van Linden van den Heuvell
Wim Wierenga

1.

De rol van de medisch psycholoog in de diabetesbehandeling



Diabetes is in veel ziekenhuizen een belangrijk aandachtsgebied binnen de algemene inwendige geneeskunde en de endocrinologie. Enkele ziekenhuizen in Nederland kennen een gespecialiseerd Diabetescentrum. In alle gevallen geldt dat de zorg voor diabetespatiënten multidisciplinair van aard is en vrijwel alle ziekenhuizen kennen een diabetesteam.

Idealiter is de medisch psycholoog structureel opgenomen in het diabetesteam en op zijn minst beschikbaar voor consultatie. Structurele deelname aan diabetesteambesprekingen door de psycholoog biedt verschillende voordelen. Zo kunnen verwijzingen worden besproken, kan de voortgang van behandelingen gezamenlijk worden geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Ook verhoogt deelname aan teambesprekingen de herkenbaarheid van de psycholoog en kan hij/zij ad hoc worden geconsulteerd over patiëntgerelateerde kwesties. In de directe patiëntenzorg kan de psycholoog een bijdrage leveren in de vorm van psychodiagnostiek (inclusief indicatiestelling voor externe verwijzing) en psychologische behandeling van patiënten c.q. patiëntsystemen. In de meerderheid van de gevallen zal de psychologische behandeling door de medisch psycholoog bestaan uit kortdurende ondersteuning en behandeling, veelal op cognitief gedragstherapeutische basis.

Naast individuele behandeling kan groepsbehandeling worden overwogen, bijvoorbeeld in samenwerking met een diabetesverpleegkundige (zie 5. Groepsinterventies). In toenemende mate zijn medisch psychologen ook betrokken bij leefstijlinterventies voor type 2 diabetespatiënten. Deze programma's zijn "psycho-educatief" van aard, gericht op het stimuleren en behouden van een gezonde leefstijl, in het bijzonder stoppen met roken, een gezond voedingspatroon en voldoende lichamelijke beweging.

Naast directe patiëntenzorg kan de medisch psycholoog indirect een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg voor diabetespatiënten, door advisering, coaching en training van (para)medici en verpleegkundigen.

10

Naast de medisch psycholoog kunnen andere disciplines, zoals de (consultatief) psychiater en de medisch maatschappelijk werkende bij de diabeteszorg betrokken zijn. Goede werkafspraken over de indicatiestelling en onderlinge doorverwijzing zijn dan vereist. Bij verwijzing naar de GGZ kan de psycholoog een brugfunctie vervullen.

2. Medische gegevens

2.1. Het ziektebeeld diabetes

Diabetes mellitus ('suikerziekte') is een chronische stofwisselingsziekte, gekenmerkt door een verhoogd glucosegehalte in het bloed (hyperglykemie)¹. Er worden twee hoofdtypen diabetes onderscheiden, namelijk Type 1 en Type 2. (NB. Zwangerschapsdiabetes kan beschouwd worden als een variant c.q. voorloper van Type 2 diabetes). Nederland kent naar schatting 600.000 diabetespatiënten, waarvan 85% van het Type 2. Er komen in Nederland jaarlijks 60.000 nieuwe gevallen bij, merendeels type 2 diabetespatiënten.^{1,2}

Type 1 diabetes wordt ook wel aangeduid als insuline-afhankelijke of juveniele diabetes. Dit type diabetes ontstaat meestal voor het 20e levensjaar en wordt beschouwd als een auto-immuun ziekte. Erfelijkheid speelt een zeer beperkte rol. Vernietiging van de insuline-producerende (bèta)cellen in de pancreas (alvleesklier), leidt tot een absoluut tekort aan insuline. Het hormoon insuline speelt een belangrijke rol in het transport van glucose naar de cellen. Zonder insuline kan het lichaam niet functioneren. Type 1 diabetes vergt daarom insulinetherapie direct na de diagnose; in de regel meerdere subcutane injecties per dag. De instelling op insuline therapie vergt soms een ziekenhuisopname, maar vindt in toenemende mate poliklinisch plaats, onder behandeling van de diabetesverpleegkundige.

Type 2 diabetes ontstaat in het merendeel van de gevallen na het 40e jaar en met name in de leeftijdsgroep van 60 en ouder. Dit type diabetes staat daarom ook wel bekend als 'ouderdomsdiabetes'. Bij type 2 diabetes is sprake van een relatief tekort van insuline, deels als gevolg van insulineresistentie (samenhangend met overgewicht) en deels als gevolg van een geleidelijke achteruitgang van de pancreasfunctie. Genetische aanleg, ouderdom en overgewicht zijn de belangrijkste risicofactoren. De diagnose type 2 diabetes wordt in de meerderheid van de gevallen door de huisarts gesteld. Vanwege het geleidelijk beloop en een relatief lange a-symptomatische fase wordt in toenemende mate gescreend op type 2 diabetes, met name bij mensen met een verhoogd risico (overgewicht, diabetes in de familie).

Wereldwijd is sprake van een sterke toename van Type 2 diabetes, als gevolg van de vergrijzing en leefstijlfactoren (weinig lichamelijke activiteit bij een energie- en vetrijk dieet). Type 2 diabetes wordt steeds vaker op jonge leeftijd ontdekt, samenhangend met de toename van (ernstig) overgewicht onder jongeren. Primaire preventie van type 2 diabetes middels intensieve leefstijlprogramma's bij mensen met verhoogd risico op het ontwikkelen van type 2 diabetes is inmiddels mogelijk gebleken in de VS en Europa.^{3,4}

2.2.1. Acute complicaties

Bij type 1 en type 2 diabetes kunnen acute klachten optreden van een verhoogde bloedglucosespiegel (> 10 mmol/l), ofwel hyperglykemie. Symptomen van een 'hyper' zijn dorst, moeheid, veel plassen, wazig zien, misselijkheid en algehele malaise. Verdere verhoging van de bloedglucose leidt tot braken, verlaging van de bloeddruk, verdere uitdroging, sufheid en uiteindelijk coma en overlijden. Een ernstige ontregeling, of keto-acidose ('verzuring'), komt vrijwel alleen bij type 1 diabetes voor en noodzaakt opname in het ziekenhuis. Tijdige toediening van vocht en insuline leidt in de regel tot volledig fysiek herstel. Klachten van een verlaagde bloedglucose, ofwel hypoglykemie (< 4.0 mmol/l), zijn in eerste instantie transpireren, hartkloppingen, hongergevoel en trillen. Deze symptomen maken onderdeel uit van de zogenaamde contraregulerende (stress) respons van het lichaam bij een dreigende hypoglykemie, waarbij adrenaline en ook cortisol een rol spelen. Een verdere daling van de bloedglucose (< 2.5 mmol/l) leidt tot een gebrek aan glucose in de hersenen (neuroglykopenie), resulterend in een vertraging van het psycho-motore functioneren, stemmingswisselingen, verwardheid en uiteindelijk coma. Herstel van cognitief functioneren kan worden bewerkstelligd door het normaliseren van de bloedglucose met behulp van (vloeibare) glucose en/of het hormoon glucagon (dat glucose opgeslagen in de lever vrijmaakt). Patiënten kunnen na een ernstige hypo kortere of langere tijd last hebben van 'een kater', met hoofdpijn en vermoeidheid als belangrijkste klachten. Het risico van frequente lage bloedglucosewaarden is het grootst bij patiënten met langere duur van type 1 diabetes en intensieve insuline therapie.⁵ Herhaaldelijke 'hypo's' kunnen leiden tot een verminderde symptoomwaarneming, een fenomeen aangeduid als 'hypo-unawareness'. Deze 'unawareness' hangt samen met een niet meer functionerende contraregulerende (adrenaline) respons die weer de kans vergroot op volgende onopgemerkte hypo's. Bij een deel van de patiënten blijkt de adrenalinerespons en daarmee het 'hypo-gevoel' weer hersteld te kunnen worden door gedurende enkele weken middels strikte regulatie van de diabetes hypo's te voorkomen.



2.2.2. Chronische complicaties

Bij type 1 diabetes kan op termijn microvasculaire schade ontstaan in de ogen (retinopathie), de nieren (nefropathie), de voeten en zenuwuiteinden (neuropathie). Bij type 2 diabetes is er daarnaast een sterk verhoogd risico van macrovasculaire schade, dat tot uiting komt in een sterk verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Onderzoek heeft ondubbelzinnig aangetoond dat een strikte diabetesregulatie (d.w.z. een zo laag mogelijk HbA1c) een significante reductie van

lange-termijn complicaties tot gevolg heeft bij beide typen diabetes.^{6,7}

Bij type 2 diabetes is daarnaast het behandelen van hoge bloeddruk en verstoring in de bloedvetten (lipiden) van belang vanwege de sterk verhoogde kans op hart- en vaatziekten.

2.3. De medische behandeling

De behandeling van diabetes mellitus is er op gericht om, met behoud van kwaliteit van leven, een strikte glucoseregulatie te bereiken en risicofactoren te behandelen, om zo het ontstaan van de lange termijn complicaties van de ziekte te voorkomen c.q. uit te stellen. Bij al bestaande secundaire complicaties is het streven er op gericht middels strikte regulatie de verdere progressie van complicaties te vertragen.

Medische streefwaarden en behandelstrategieën zijn vastgelegd voor beide types diabetes in de Richtlijnen en Adviezen voor Goede Diabeteszorg van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).⁸ De behandeling, of beter de regulering van de diabetes, ligt feitelijk grotendeels in handen van de patiënt zelf. De behandeling steunt op actieve participatie van de patiënt die - levenslang - dagelijkse zelfzorgactiviteiten dient uit te voeren en beslissingen hieromtrent dient te nemen. Hierbij moet gedacht worden aan het rekening houden met voedingsadviezen bij maaltijden en tussendoortjes, het regelmatig controleren van de bloedglucose, en het zichzelf op gezette tijden toedienen van medicatie (tabletten, insuline) in afstemming op energie-inname (voeding) en energieverbruik (lichamelijke inspanning).

Patiënteducatie gericht op het bevorderen van self-management wordt dan ook gezien als een belangrijke, onmisbare pijler van de diabetesbehandeling.

De gespecialiseerde diabetesverpleegkundige speelt in de patiënteducatie een centrale rol. Ook vanuit de Diabetesvereniging Nederland (DVN) worden diverse educatie-activiteiten ontwikkeld.

Bij de driemaandelijke poliklinische controles wordt standaard de diabetesregulatie gecontroleerd aan de hand van het HbA1c (of GlyHb), een maat voor het percentage geglycosyleerd hemoglobine over de afgelopen zes tot acht weken. Bij diabetespatiënten wordt een HbA1c nagestreefd van 7% of lager omdat bekend is dat daarmee het risico van latere complicaties aanzienlijk verkleind is (normaalwaarden van het HbA1c liggen tussen 4.3 en 6.1%). Het is belangrijk op te merken dat het HbA1c, als objectieve maat voor de gemiddelde diabetesregulatie, weinig zegt over de mate waarin er schommelingen hebben opgetreden in de bloedglucosespiegel (hypo's en hypers). Het zijn vooral deze wisselingen in de bloedglucosespiegel die door patiënten als meest hinderlijk worden ervaren en derhalve vaak als subjectieve maat voor de diabetesinstelling worden gehanteerd. Het HbA1c en het subjectieve oordeel van de patiënt over diens diabetesregulatie liggen niet altijd in elkaars verlengde. Aan de hand van de zelfcontrolegegevens zoals deze door patiënten worden verzameld en genoteerd in hun diabetesdagboek, kunnen adviezen geformuleerd worden hoe de regulatie te verbeteren, zowel wat betreft de stabiliteit als de hoogte van de glucosespiegel. Dit gebeurt veelal in nauwe samenspraak met de arts en vooral diabetesverpleegkundige. In toenemende mate wordt hiervoor ook de techniek van de continue glucose sensor toegepast, met behulp waarvan een ambulante 24-uurs registratie van bloedglucose waarden kan worden verricht.

Jaarlijks vindt in de regel een poliklinische screening op diabetescomplicaties plaats. Hierbij wordt de functie gecontroleerd van de ogen, nieren, voeten en zenuwen. In dit kader voert de internist algemeen lichamelijk onderzoek uit en laat laboratoriumbepalingen doen in het bloed en de urine. Het oogonderzoek wordt uitgevoerd door de oogarts. Bij patiënten met laag risico voor oogcomplicaties wordt oogscreening ook wel uitgevoerd door een getrainde diabetesverpleegkundige of assistent met behulp van een fundus camera. Bij gevonden afwijkingen vindt nader oogonderzoek plaats.



2.3.1. Behandeling Type 1 diabetes

Bij de start van insulinetherapie na de diagnose type 1 diabetes is bij veel patiënten sprake van een (tijdelijke) opleving van de insuline-producerende cellen in de pancreas. Deze 'honeymoon' periode duurt in de regel niet langer dan enkele maanden, waarna de endogene insulineproductie definitief staakt.

Bij kinderen kan vanwege de geringe insulinebehoefte vaak worden volstaan met twee maal daags een insuline-injectie. Tijdens de adolescentie neemt de insulinebehoefte sterk toe. Bij (jong)volwassenen met type 1 diabetes vormt intensieve insulinetherapie de standaardbehandeling. Hierbij dient de patiënt zich dagelijks 4 tot 5 injecties met insuline toe. Hiertoe zijn speciale insuline 'pennen' ontwikkeld die het frequent toedienen van insuline vergemakkelijken. In de regel wordt overdag meerdere malen kort-

werkende insuline toegediend (Actrapid®, Novorapid®, Humalog®) en 's avonds een langerwerkende insuline om de nacht te overbruggen (NPH-insuline, Lantus®, Detemir®).

Om een bijna-normale bloedglucose spiegel te bereiken is dagelijkse zelfcontrole van de bloedglucose door de patiënt belangrijk, bij voorkeur nuchter 's morgens, rond de maaltijden en voor het slapen gaan. Het meerdere keren per dag 'prikken' van een bloedglucose en uitlezen met behulp van een bloedglucose meter maakt voor veel diabetespatiënten onderdeel uit van de dagelijkse routine. Bij sterk afwijkende waarden is het zaak hierop te reageren, bijvoorbeeld door iets te eten of extra insuline te spuiten. De gevonden bloedglucosewaarden worden genoteerd in het diabetesdagboek of via het geheugen van de bloedglucose meter op de PC uitgelezen. Het analyseren van de bloedglucose gegevens over een periode in samenhang met gebeurtenissen, voeding en inspanning kan helpen problemen te voorkomen en een betere regulatie van de diabetes te bereiken.

Naast insuline-injecties bestaat er de mogelijkheid van pomptherapie (continue subcutane insuline infusie, CSII). Hierbij draagt de patiënt een klein pompje op het lichaam dat via een naaldje onderhuids continue (kortwerkende) insuline toedient. Het voordeel van deze behandelingsvorm is dat het een beter ('fysiologischer') insulineprofiel geeft en dus met name geschikt geacht wordt voor patiënten met een moeizame (instabiele) diabetesregulatie.

In Nederland wordt naar schatting 10% van de patiënten behandeld met een insulinepomp, merendeels met type 1 diabetes. Een zeer kleine groep type 1 diabetespatiënten wordt behandeld met een intra-peritoneale insuline pomp, welke onderhuids wordt geïmplanteerd. Deze techniek van continue intra-peritoneale insuline infusie (CIPII) wordt in Nederland vooralsnog alleen in gespecialiseerde centra toegepast bij extreem moeilijk instelbare diabetespatiënten, bij wie niet zelden sprake is van psychische co-morbiditeit.

2.3.2. Behandeling Type 2 diabetes

Bij Type 2 diabetes bestaat in de regel de behandeling aanvankelijk uit een energie- en vetarm dieet (teneinde gewicht te verliezen) al dan niet aangevuld met het dagelijks nemen van bloedglucoseverlagende tabletten. Er kunnen vier groepen van orale bloedglucoseverlagende medicijnen worden onderscheiden:

- a) de biguaniden, waarvan Metformine als enige in Nederland gebruikt wordt; vooral geschikt geacht bij type 2 diabetespatiënten met overgewicht;
- b) de sulfonylureum derivaten (SU-preparaat) en meglitiniden (Repaglinide), die de afgifte van insuline stimuleren; vooral geschikt geacht voor patiënten met lichte hyperglykemie;
- c) de alfaglucosidase remmers, zoals Acarbose, die de opname van glucose in de dunne darm remmen, met vaak vervelende gastro-intestinale bijwerkingen;
- d) de glitazonen (thiazolidinediones), die de insulineresistentie verminderen.

De keuze van de medicatie is mede afhankelijk van de vraag of er sprake is van overgewicht en/of co-morbiditeit. Voor veel patiënten met type 2 diabetes is in de loop van de tijd een ophoging van de medicatie nodig. Hiervoor zijn richtlijnen opgesteld door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). Wanneer de maximaal effectieve dosering van orale middelen is bereikt en bloedglucosewaarden niet voldoende zijn gereguleerd, is de overstap naar insulinetherapie geïndiceerd. Met twee maal daags een insuline injectie en zonodig intensiever wordt de behandeling dan identiek aan die van type 1 diabetes. Patiënten zien nog wel eens op tegen de overgang naar insulinetherapie. Deels vanwege angst voor injecties en de bijwerkingen van insuline, deels ook omdat het abusievelijk beschouwd wordt als de overgang naar een 'ernstiger' vorm van diabetes. Overigens krijgt een deel van de insulinebehandelde type 2 diabetespatiënten aanvullend orale glucoseverlagende medicatie (b.v. Metformine).

Daarnaast krijgen patiënten met type 2 diabetes vaak medicijnen voorgeschreven ter bestrijding van hoge bloeddruk en een verstoorde vetstofwisseling. Er is toenemend bewijs voor het nut van 'polyfarmacie' bij type 2 diabetes, maar het vergroot wel de kans op vergissingen en verminderde therapietrouw.⁹

2.3.3. Medische behandelaars

Diabeteszorg is in de afgelopen jaren in toenemende mate een multidisciplinaire aangelegenheid geworden. Voor type 2 diabetes is in de eerste lijn de huisarts de primaire behandelaar, ondersteund door een doktersassistente of praktijkverpleegkundige. In verschillende regio's in Nederland werken huisartsen, laboratoria en ziekenhuizen samen in zogenaamde transmurale diabetesprojecten. Hierbij wordt volgens protocol (keten)zorg geboden aan de patiënt, met zonodig ondersteuning vanuit de tweede lijn.

In de poliklinische setting vormen de internist of kinderarts, de diabetesverpleegkundige en de diëtist de drie kerndisciplines of 'binnencirkel' van het diabetesteam. Veel diabetespatiënten zien daarnaast op minder frequente basis andere medisch specialisten, zoals de oogarts, de neuroloog, de nefroloog en de cardioloog. Bij zwangerschap is intensieve behandeling door de gynaecoloog geïndiceerd in nauwe samenwerking met het diabetesteam.

Vanwege de betrokkenheid van meerdere disciplines in de diabeteszorg vragen coördinatie en afstemming van beleid extra aandacht. De diabetesverpleegkundige vervult veelal een coördinerende rol en fungeert als eerste aanspreekpunt voor patiënten en behandelaars.

Referenties

1. Heine RJ, Tack C (red.). *Handboek Diabetes Mellitus*. De Tijdstroom, Utrecht, 2004.
2. RIVM. *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Via <http://www.rivm.nl>. 2004
3. The Diabetes Prevention Program (DPP). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346:393-403.
4. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344:1343-1350.
5. Cryer P. Hypoglycaemia: The limiting factor in the glycaemic management of type 1 and type 2 diabetes. *Diabetologia* 2002; 45:937-948.
6. Diabetes Control and Complications Trial research group (DCCT). The effect of intensive treatment on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329:977-985.
7. UK Prospective Diabetes Study group (UKPDS). Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998; 352:837-853.
8. Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). *Richtlijnen en Adviezen voor een Goede Diabeteszorg*, 2e editie, Leusden, 2003.
9. Donnan T, MacDonald TM, Morris AD for the DARTS/MEMO Collaboration. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabet Med* 2002; 19: 279-284.

3. Psychologische problemen bij diabetes



3.1. Adaptatieproblemen

Diabetes is een chronische aandoening die een sterk beroep doet op het aanpassingsvermogen van de patiënt. Dagelijks en levenslang dient de patiënt de bloedglucose zelf te reguleren middels het steeds weer op elkaar afstemmen van voeding, lichamelijke activiteit en bloedglucose verlagende medicatie. Hoewel er sprake is van een min of meer vast 'behandelschema' staat de patiënt voor de opdracht dagelijks steeds weer alert te zijn op veranderende omstandigheden en signalen van ontregelingen. Diabetes vraagt van de patiënt naast acceptatie en verwerking ook en vooral 'proactieve' coping, dat wil zeggen anticipatoire coping strategieën ter voorkoming van problemen in de diabetesregulatie. Diabetes doet steeds weer een beroep op het zelfregulerend vermogen van de patiënt en wordt om die reden wel beschouwd als een van de meest psychisch belastende chronische ziekten.¹ Problemen in het omgaan met de ziekte kunnen in alle fasen van het ziekteproces optreden, maar zijn vooral te verwachten in de periode kort na de diagnose en bij de (dreigende) confrontatie met een chronische complicatie van de diabetes. In de medische setting kunnen adaptatieproblemen worden gedefinieerd in medische en/of psychologische termen en niet altijd gaan zij samen. Medische uitkomsten kunnen onbevredigend zijn, terwijl de patiënt in psychologisch opzicht goed functioneert. Bij verwijzing van diabetespatiënten met adaptatie- of acceptatieproblemen naar de psycholoog is er veelal sprake van een combinatie van psychische problemen en een persisterend problematische diabetesregulatie. Hierbij vermoeden artsen vaak 'ontkenning' en gebrek aan motivatie als onderliggende oorzaak. Matige therapietrouw kan voortvloeien uit een gebrek aan inzicht en/of motivatie, maar kan ook intentioneel zijn en op te vatten als 'beredeneerd gedrag'. Hiermee wordt bedoeld dat patiënten worstelen met ambivalenties en keuzes maken die medisch onbevredigend, maar vanuit adaptief oogpunt goed te begrijpen zijn.

Patiënten zoeken wegen waarlangs zij – al dan niet tijdelijk - de dagelijkse last van de ziekte en frustraties kunnen minimaliseren, zonder daarbij al te grote gezondheidsrisico's te lopen. De acute last van de diabetes kan merkbaar gereduceerd worden door bijvoorbeeld frequente zelfcontrole achterwege te laten, de frequentie van insulinetoediening laag te houden of het niet zo nauw te nemen met voedingsadviezen. Een factor van belang hierbij is dat hypoglykemiën door de meeste patiënten als bijzonder onaangenaam worden ervaren, terwijl een lichte verhoging van de bloedglucose (10 - 15 mmol/l) redelijk goed wordt verdragen, mede onder invloed van gewenning. De gevolgen van langdurig verhoogde glucosewaarden in het bloed worden pas op langere termijn duidelijk. Overigens ervaren veel diabetespatiënten gevoelens van schuld en schaamte over hun matige diabetesinstelling, en maken zij zich frequent zorgen over de mogelijke gevolgen. Aanpassingsproblemen uit zich in emotionele spanningen, gevoelens van boosheid en somberheid. Het gevoel steeds weer te falen in de zelfregulatie kan aanleiding geven tot frustratie en somberheid, en uiteindelijk tot een toestand van 'aangeleerde hopeloosheid' c.q. apathie en depressie. Bij langer bestaande regulatieproblemen is alertheid geboden op tekenen van deze toestand van 'diabetes burnout'.²

Onderzoek naar de psychologische kenmerken van volwassen patiënten met een langdurig slecht gereguleerde diabetes laat geen duidelijk psychologisch profiel zien. Een beperkt aantal prospectieve studies laat zien dat een chronisch matige diabetesregulatie vaker voorkomt bij vrouwelijke patiënten, mensen uit een lagere sociaal-economische klasse, en bij patiënten met psychopathologie. Deze factoren verklaren overigens tezamen slechts 20% van de variantie.³

Mogelijk spelen ook genetische factoren een rol, hetgeen zou blijken uit het feit dat er bij een subgroep van diabetespatiënten sprake is van een stabiel (hoog) HbA1c over de jaren heen, ondanks intensieve medische behandeling en ogenschijnlijk adequate zelfzorg.

Van alle leeftijdsgroepen hebben adolescenten de meest problematische diabetesregulatie. Hiervoor zijn zowel hormonale als ontwikkelingspsychologische factoren aan te wijzen. Veel tieners dienen zichzelf aanzienlijk minder insuline toe dan is voorgeschreven, door insuline-injecties over te slaan en/of onderdosering van insuline.⁴ Dit laatste kan bij meisjes onderdeel uitmaken van lijngedrag, al dan niet in combinatie met eetbuien (zie 3.8 Eetstoornissen).

3.1.1. Diagnostiek en behandeling

Waar door medische hulpverleners en patiënten regulatie problemen vaak normatief worden benaderd en het accent gelegd wordt op 'onvoldoende acceptatie', benadert de medisch psycholoog de zelfregulatie problemen vanuit een adaptatie perspectief, met begrip voor de ervaren ambivalenties. De hulp van de psycholoog is er op gericht patiënten te helpen een aanvaardbaar evenwicht te vinden tussen optimale diabeteszelfzorg en 'kwaliteit van leven'. Hierbij moeten uiteraard psychologische co-morbiditeit en sociale stressoren in ogenschouw worden genomen.

Bij (vermoeden van) motivationele problemen is het aan te bevelen bij de patiënt het gepercipieerde belang van een adequate diabetesregulatie te exploreren en vervolgens de mate waarin hij/zij het vertrouwen heeft dat hij/zij de daartoe vereiste zelfzorgactiviteiten dagelijks kan uitvoeren. Deze techniek is ontwikkeld in het kader van Motivational Interviewing en met name geschikt om de "readiness to change" vast te stellen en te stimuleren.⁵

Voor dit doel kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van een VAS schaal van 0 tot 10, waarop de patiënt kan aangeven hoe belangrijk hij/zij de besproken verandering op dit moment voor zichzelf acht, en vervolgens opnieuw op een VAS schaal hoeveel vertrouwen hij/zij erin heeft dat hij/zij deze gedragsverandering tot uitvoering zal kunnen brengen. Aan de hand van de scores en toelichting van de patiënt kunnen zijn/haar ambivalenties en gepercipieerde barrières in de zelfregulatie op een constructieve wijze besproken worden.

Het in kaart brengen van diabetes-specifieke coping problemen kan geschieden met behulp van bijvoorbeeld de Nederlandse versie van de Problem Areas In Diabetes (PAID) (zie 6. Diabetes-specifieke vragenlijsten).⁶ Gecombineerd met het feitelijk zelfzorggedrag van de patiënt kunnen de ervaren adaptatieproblemen geconcretiseerd worden en op grond hiervan doelen geformuleerd voor psychologische behandeling.

Referenties

1. Cox DJ, Gonder-Federick LA. Major developments in behavioural diabetes research. *J Cons Clin Psychol* 1992; 60: 628-638.
2. Polonsky WH. Diabetes Burnout. *What to do when you can't take it anymore*. American Diabetes Association (ADA), Alexandria, 1999.
3. De Vries JH, Snoek FJ, Heine RJ. Persistent poor glycemic control in adult type 1 diabetes. A closer look at the problem. *Diabet Med* (in press).
4. Morris AD, Boyle DIR, McMahon AD et al. Adherence to insulin treatment, glycaemic control and keto-acidosis in insulin-dependent diabetes. *Lancet* 1997; 350:1505-1510.
- 5.. Rollnick S, Mason P, Butler P. *Health behaviour change*. Churchill Livingstone, New York, 1999.
6. Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH. The Problem Areas In Diabetes Scale. An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care* 1997; 20; 760-766.



3.2. Stress

Het omgaan met ingrijpende levensgebeurtenissen en chronische stress vormt voor diabetespatiënten een extra moeilijke opgave, vanwege het ontregelende effect dat stress kan hebben op de diabetesregulatie. Dit kan het directe gevolg zijn van stresshormonen (catecholaminen), maar ook samenhangen met gedragsveranderingen als gevolg van de stress, zoals minder nauwkeurige zelfzorg, meer alcoholgebruik en veranderingen in het eetpatroon.¹ Ontregeling van de diabetes kan op zichzelf weer een bron van stress vormen en zo een negatieve vicieuze cirkel in stand houden. Onderzoek laat zien dat er met name bij Type 1 diabetes grote inter- en zelfs intra-individuele variatie kan optreden in stressreacties.^{2,3} Het laat zich raden dat deze onvoorspelbaarheid voor veel onzekerheid kan zorgen.

3.2.1. Diagnostiek en behandeling

Bij onzekerheid over de samenhang tussen stressniveaus en bloedglucosewaarden kan het bijhouden van een stress-dagboek inzichtgevend zijn. Voor dit doel kan gebruik gemaakt worden van het diabetesdagboek of een apart 'stressformulier' waarin de patiënt gedurende twee weken zijn/haar stressniveau aangeeft op vaste momenten van de dag (ochtend, lunch, avondeten, voor het slapen), op een schaal van 0 tot 100. Stresswaarden onder de 40 zijn als laag te beschouwen, tussen de 40 en 70 gemiddeld, boven de 70 als hoog. Het gemiddelde stressniveau kan berekend worden in samenhang met het gemiddelde bloedglucose niveau. Hieruit zal duidelijk worden of stress al dan niet een bloedglucose verhogend effect heeft. Ook kan dagboekregistratie patiënten helpen terugkerende stressvolle situaties in hun dagelijks leven te herkennen.

Acceptatie van een tijdelijk minder goede diabetesregulatie onder invloed van onverwachte stressvolle omstandigheden helpt om de frustratie over het eigen 'falen' te verminderen. Vooral perfectionistisch ingestelde patiënten hebben problemen met het kunnen loslaten van de (volledige) controle over de diabetes en raken gefrustreerd. Bij deze groep patiënten kan het exploreren, bediscussieren en helpen bijstellen van irreëel hoge eisen en doelen een belangrijke bijdrage leveren aan effectievere stress management.^{4,5}

Bij zowel type 1 als type 2 diabetes kunnen stressgevoelige patiënten gebaat zijn bij het aanleren van effectieve stressmanagement technieken, waaronder ontspanningsoefeningen.

Referenties

1. Peyrot M, Macmurry JF, Kruger DF. A biopsychosocial model of glycaemic control in diabetes: stress, coping and regime adherence. *J Health Soc Behav* 199; 40:141-158.
2. Gonder-Frederick LA, Carter WR, Cox DJ, Clarke WL. Environmental stress and blood glucose change in insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychol* 1990; 9:503-515
3. Surwit RS, Schneider MS, Feingloss MN. Stress and diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1992; 15:1413-1422.
4. Henry JL, Wilson PH, Bruce DG et al. Cognitive-behavioural stress management for patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Psychol Health and Med* 1997;2: 109-118.
5. Surwit RS, Van Tilburg MA, McCaskill CC et al. Stress management improves long-term glycaemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002;25:30-34.



3.3. Angstklachten

Er zijn geen aanwijzingen voor een verhoogde prevalentie van gegeneraliseerde angststoornissen onder diabetespatiënten ten opzichte van de algemene bevolking.¹⁻³ Diabetes-specifieke angsten komen veelvuldig voor zonder dat er

noodzakelijkerwijs aanwijzingen zijn voor verhoogde angstdispositie. Patiënten die angstig in het leven staan en/of dwangmatig zijn ingesteld zijn wel extra kwetsbaar voor extreme angst voor hypoglykemie, angst voor late complicaties en angst voor spuiten/prikken.

Referenties

1. Petrak F, Hardt J, Wittchen HU, Kulzer B et al. Prevalence of psychiatric disorders in an onset cohort of adults with type 1 diabetes. *Diab/Metab Res Rev* 2003; 19: 216-222.
2. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes. A systematic review. *J Psychom Res* 2002; 1053-1060.
3. Popkin MK, Callies AL, Lents RD et al. Prevalence of major depression, simple phobia and other psychiatric disorders in patients with long-standing type 2 diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 64-68.

3.3.1. Hypo-angst

Plotselinge hypo's kunnen sterke angstgevoelens oproepen. Deels samenhangend met de aard van de symptomen (trillen, zweten, verwardheid), deels samenhangend met het gevoel geen controle meer te hebben over het eigen lichaam en afhankelijk te zijn van hulp van derden. Ook schaamte kan een rol spelen. Tijdens een hypo kan iemand met diabetes zich 'vreemd' en agressief gedragen zonder hiervan beseft te hebben.

Angst voor hypo's wordt versterkt door het eerder besproken fenomeen van 'hypo unawareness', waarbij de patiënt geen of pas bij een extreem lage bloedglucosewaarde symptomen ervaart. Vaak is het dan te laat om adequaat te kunnen reageren. Het is moeilijk de precieze grens aan te geven tussen normale en extreme hypo-angst. Bij herhaaldelijke ernstige hypo's is een verhoogde alertheid adaptief te noemen. De patiënt zal er dan voor zorgen zijn/haar glucosespiegel in het bloed zo veel als mogelijk boven normaal te houden. Na verloop van tijd herstelt zich bij velen geleidelijk het vertrouwen in eigen lichaam en nemen de angstgevoelens af. Bij een minderheid van de patiënten blijft de angst echter bestaan en hindert het normaal functioneren. Bij extreme, disproportionele angst controleren patiënten overdag en 's nachts - ter geruststelling - hun bloedglucose zeer frequent, nemen regelmatig tussendoortjes om er zeker van te zijn dat hun bloedglucose op peil blijft, vermijden zo veel als mogelijk lichamelijke inspanning, gaan niet meer alleen winkelen of de straat op, reizen niet alleen met het openbare vervoer, en rijden geen auto meer. Angstgevoelens rond hypo's kunnen per situatie sterk variëren, vaak afhankelijk van de aanwezigheid van vertrouwde personen die bij een eventuele hypo zouden kunnen assisteren (glucose toedienen).

Angst voor hypo's kan ook overslaan op de directe naasten van de patiënt, zoals de ouders en partner. Dit kan tot ertoe leiden dat ouders en partners over betrokken raken ('miscarried helping') dan wel dat zij zich juist volledig van de patiënt afwenden, hetgeen tot veel spanning in de relatie en het gezin aanleiding kan geven.

3.3.1.1 Diagnostiek en behandeling

Specifieke angsten en vermijdingsgedrag rond hypoglykemie kunnen in kaart worden gebracht met behulp van de Angst voor Hypoglykemie Vragenlijst (AHV) (zie 6. Diabetes-specifieke diagnostische instrumenten). De behandeling is erop gericht de patiënt (en diens naasten) weer vertrouwen te laten krijgen in het eigen lichaam en te leren stapsgewijs weer activiteiten te ondernemen bij lagere bloedglucosewaarden. Angstreductie zal daarmee ook een gunstig effect hebben op de diabetesregulatie (verlaging HbA1c). Het aanbieden van elementen uit de Hypoglykemie Preventie Training (HPT – zie 5. Groepsinterventies) kan onderdeel uitmaken van de behandeling, met name ter verbetering van de symptoomherkenning. Naar de effecten van anxiolytica bij hypo-angst is voor zover bekend geen onderzoek gedaan. Mogelijk kan de angstdempende werking de symptoomwaarneming ongunstig beïnvloeden.

Referenties

1. Gonder-Frederick LA, Cox DJ, Kovatchev B et al. A biopsychosocial model of risk of severe hypoglycemia. *Diabetes Care* 1997; 20: 661-669.
2. Gonder-Frederick LA, Clarke W, Cox DJ. The emotional, social and behavioral implications of insulin-induced hypoglycaemia. *Seminars Clin Neuropsychiatr* 1997; 2;57-65.
3. Scholtes MJMJ, Snoek FJ, Heine RJ, van der Ploeg HM. Angst voor hypoglykemie bij insuline-afhankelijke diabetespatiënten. Prevalentie en patiëntkenmerken. *Gedrag & Gezondheid* 1995; 23: 123-135.

3.3.2. Angst voor diabetescomplicaties

Zorgen over de toekomst en mogelijke complicaties van de diabetes kunnen extreme vormen aannemen, gepaard gaande met veel piekeren, somberheid, angst en zeer frequente zelfcontrole van de bloedglucose.¹ Angst voor blindheid en amputaties lijken de meest voorkomende te zijn. Hierbij spelen soms gebeurtenissen in de familie of directe omgeving een rol, bijvoorbeeld een vader of oma met diabetes die blind werd of een been werd geamputeerd.

In een enkel geval kan de angst voor complicaties zo groot worden dat de patiënt de confrontatie met de werkelijkheid niet meer aankan, en bezoek aan de internist en periodieke onderzoeken zoveel als mogelijk vermijdt (insuline recepten worden dan bij de huisarts gehaald). Anderen bezoeken juist zeer frequent de arts of diabetesverpleegkundig om zichzelf gerust te stellen.

Evenals bij hypo-angst is een precieze grens tussen normaal piekeren en overmatige angst moeilijk aan te geven. Extreme zorgen zijn veelal gebaseerd op irreële overtuigingen (catastrofale gedachten) aangaande het risico van orgaanschade als gevolg van verhoogde bloedglucosespiegels en vertoont gelijkenis met hypochondrie. In dergelijke gevallen wordt een enkele verhoging van de bloedglucosespiegel door de patiënt ervaren als een 'ramp' en direct gecorrigeerd door extra insuline bij te spuiten. Een enkele opmerking van een arts of het lezen van een artikel over complicaties kan al genoeg zijn om extreme angstgevoelens op te roepen.

3.3.2.1 Diagnostiek en behandeling

Voor het vaststellen van de mate van complicatieangst bestaat geen gevalideerde vragenlijst.

Bij het uitvragen van de angsten en zorgen vraagt de familiegeschiedenis bijzondere aandacht.

De psychologische behandeling is er op gericht de patiënt te helpen een acceptabel niveau van bezorgdheid en angst te laten bereiken, zonder daarbij de confrontatie met de diabetes en de eigen rol in de behandeling uit de weg te gaan. Belangrijk hierbij is dat de patiënt een reëel beeld ontwikkelt over de eigen mogelijkheden om de diabetesregulatie en hiermee samenhangende gezondheidsrisico's te beïnvloeden.²

Bij het onderzoeken van het realiteitsgehalte van de zorgen en de eigen rol als patiënt in de behandeling, kan gebruik gemaakt worden van objectieve informatie over de gezondheidsrisico's bij diabetes en de effectiviteit van strikte diabetesregulatie. Om verwarring te voorkomen is het belangrijk met de andere diabeteshulpverleners goed af te stemmen welke informatie als juist wordt beschouwd en als zodanig de patiënt wordt aangeboden.

Referenties

1. Hendricks LE, Hendricks RT. Greatest fears of type 1 and type 2 patients about having diabetes: implications for diabetes educators. *The Diabetes Educator* 1998; 24: 168-173.
2. Zettler A, duran G, waadt S, Herschbach P, Strian F. Coping with fear of long-term complications in diabetes mellitus: a model clinical program. *Psychother Psychosom* 1995; 64: 178-184.

3.3.3. Spuit- en/of prikangst

Extreme angst voor insuline injecteren en/of bloedglucose prikken (in de vinger) komt bij minder dan 1% van de volwassen insulinegebruikende diabetespatiënten voor.¹ De termen spuit- en prikangst worden nogal eens door elkaar worden gebruikt, maar verwijzen naar verschillende angsten die in niet meer dan 40% van de gevallen samen blijken op te treden.

Angst voor spuiten en/of prikken is soms moeilijk te onderscheiden van weerstand tegen deze 'medische handelingen'. Bij een fobische angst voor spuiten en/of prikken blijkt vaak sprake van psychische co-morbiditeit, met name depressiviteit en andere fobieën. Spuit/prikangst kan passen bij een algemene 'medische' fobie van het Bloed Injectie Verwonding type (DSM-IV), maar dit is niet noodzakelijkerwijs het geval. Patiënten met een spuitangst hantieren veelal een 2-maal daags insulineschema, waarbij de partner vaak een of beide injecties voor zijn/haar rekening neemt. Patiënten met spuit/prikangst rapporteren vaak pijn als een van de meest belastende aspecten van het injecteren/prikken. Veranderingen in de pijndrempel kunnen samenhangen met een verhoogde 'arousal'.

Hiervoor memoreerden wij reeds de anticipatoire angst die patiënten met type 2 diabetes kunnen ervaren bij de transitie van orale medicatie naar insulinetherapie, die kan samenhangen met vrees voor naalden en injecties.

3.3.3.1. Diagnostiek en behandeling

De ernst van spuit en prikangst kunnen in kaart worden gebracht met behulp van de Diabetes Spuit Prik Angst Vragenlijst (D-SPAV, zie 6. Diabetes-specifieke diagnostische instrumenten). Het in de spreekkamer uitvoeren van een gedragstest, waarbij de patiënt gevraagd wordt een insuline injectie of bloedglucose prik uit te voeren, kan waardevolle diagnostische informatie opleveren. Belangrijk hierbij is de patiënt vooraf te verzekeren dat hij/zij bepaalt hoe ver hij/zij zal gaan en zich niet hoeft te forceren. De gedragstest wordt in kleine stappen onderverdeeld en bij iedere stap rapporteert de patiënt zijn/haar angstniveau op een schaal van 0 tot 100.

In de regel zal de behandeling gebaseerd zijn op systematische desensitisatie. De ervaring leert dat deze angstbehandeling zich in de regel uitstrekt over een langere periode. Mogelijk kan gebruik van ander injectie-/prikmateriaal (kleinere naaldjes bijv.) mede bijdragen aan verlaging van de angst en verbetering van de zelfzorg.

Referenties

1. Mollema ED, Snoek FJ, Heine RJ, van der Ploeg HM. Phobia of self-injecting and self-testing in insulin-treated diabetes patients: opportunities for screening. *Diabet Med* 2001;18:671-674.
2. Mollema ED, Snoek FJ, Ader HJ, Heine RJ, van der Ploeg HM. Insulin-treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self-testing. Psychological co-morbidity and general well-being. *J Psychosom Res* 2001; 51: 665-6722.
3. Öst L-G, Hellström K, Kåver A. One versus five sessions of exposure in the treatment of injection phobia. *Behav Therp* 1992; 23:263-282.



3.3.4. Depressie

Onderzoek heeft aangetoond dat ernstige depressies naar schatting twee maal zo vaak voorkomen onder diabetespatiënten als in de algemene bevolking. Dit komt neer op een punt prevalentie van 10 tot 20%.¹ Depressie treedt vaak samen op met angstklachten.²

In hoeverre depressie bij diabetes een specifieke etiologie kent, is vooralsnog niet duidelijk. Het is bekend dat het risico van depressies onder mensen met een chronische ziekte algemeen verhoogd is ten opzichte van gezonden. Naast de last van het chronisch ziek-zijn en de dagelijkse zelf-zorg ('hardship') spelen biochemische en neuro-hormonale mechanismen waarschijnlijk mede een rol.

Onderzoek laat zien dat depressiviteit bij diabetespatiënten geassocieerd is met negatieve consequenties voor de gezondheid, zoals een minder adequate zelfzorg, een slechtere diabetesregulatie en een verhoogd risico op secundaire complicaties.³

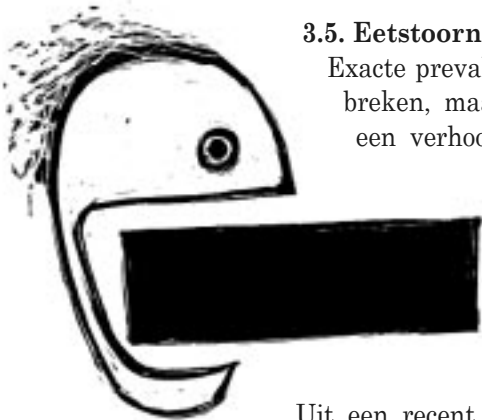
3.3.4.1. Diagnostiek en behandeling

Zoals bij alle medische aandoeningen vraagt ook bij diabetes de mogelijke overlap tussen diabetesgerelateerde somatische klachten (vermoeidheid, slaapproblemen, veranderingen in eetlust) en symptomen van depressie extra aandacht in de diagnostiek.⁴ De diagnose depressie geschiedt op grond van DSM-IV of ICD-10 criteria. De diagnose depressie blijkt in de medische setting vaak te worden gemist. Het is nog onduidelijk of screening op depressie als onderdeel van de routine diabeteszorg overwogen moet worden. Gevalideerde vragenlijsten zijn beschikbaar, met vergelijkbare sensitiviteit en specificiteit (CES-D, PHQ-9, BDI).⁵

Er is beperkte literatuur over de effectiviteit van depressiebehandeling bij diabetes. Zowel cognitieve gedragstherapie als anti-depressieve medicatie blijken effectief, met gunstige effecten op de glykemische instelling.^{5,6} Aandacht voor de verschillende diabetespecifieke stressoren (vast te stellen met bijv. de PAID) in de psychologische behandeling wordt door patiënten gewaardeerd en kan de effectiviteit van de therapie verhogen. Bij de keuze van antidepressieve medicatie moet men bedacht zijn op mogelijk nadelige gevolgen voor de symptoomherkenning, de diabetesregulatie en/of het beloop van (cardiovasculaire) complicaties. Van serotonine heropname remmers (SSRI's) is bekend dat zij in de regel goed verdragen worden.

Referenties

1. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24:1069-1078.
2. Lloyd CE, Dyer PH, Barnett. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet Med.* 2000; 17:198-202.
3. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63: 619-630.
4. Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. ABC of psychological medicine. *BMJ* 2002; 325: 149-152.
5. Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB, Ramirez G et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995; 122:913-921.
6. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE et al. Cognitive-behavior therapy for depression in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1998; 129: 613-621.
7. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo controlled trial. *Diabetes Care* 2000; 618-623.



3.5. Eetstoornissen

Exacte prevalentie gegevens voor Nederland ontbreken, maar internationale studies wijzen op een verhoogd risico van eetstoornissen onder jonge vrouwelijke type 1 diabetespatiënten.¹ Het gaat hierbij vooral om boulimia nervosa. Ook mildere, zogenaamde sub-klinische eetstoornissen komen frequent voor onder patiënten met diabetes en verdienen de aandacht.

Uit een recent onderzoek onder adolescenten met diabetes bleek dat 38% van de meisjes regelmatig gebruik maakt van ongezonde vormen van gewichtscntrole. Ruim 10% van de meisjes gaf aan insuline injecties over te slaan en bijna 7.5% minder insuline dan nodig te spuiten.²

Insuline-omissie vormt bij (vrouwelijke) diabetespatiënten een belangrijk onderdeel van het zogenaamde compensatoire gedrag, met negatieve gevolgen voor de glykemische instelling. Eetstoornissen vormen dan ook een risicofactor voor het vroegtijdig ontstaan van microvasculaire complicaties, in het bijzonder retinopathie.³

Bij type 2 diabetes komt overgewicht relatief veel voor. Hier hoeft niet noodzakelijkerwijs sprake te zijn van gestoord eetgedrag, maar het steeds weer moeten 'lijnen' kan binge eating in de hand werken c.q. versterken.⁴ Alertheid is geboden op verhoogde gevoeligheid voor externe prikkels en 'emotioneel eten'.

3.5.1. Diagnostiek en behandeling

Met name bij jonge vrouwen met type 1 diabetes en een problematische diabetesregulatie dient het diabetesteam alert te zijn op een eetstoornis en bij vermoeden voor nadere diagnostiek verwijzen naar de medisch psycholoog.

De diagnose boulimia nervosa, anorexia nervosa of eetstoornis NAO geschiedt op basis van DSM-IV criteria. Hierbij dient men alert te zijn op insulineomissie als compensatoir gedrag.

Patiënten met anorexia worden in de regel verwezen naar een gespecialiseerd centrum voor eetstoornissen. De combinatie van diabetes en een eetstoornis kan de behandeling in twee richtingen compliceren. De eetstoornis bemoeilijkt het bereiken van een normale glucoseregulatie en brengt extra gezondheidsrisico's met zich mee. De diabetes compliceert de behandeling van de eetstoornis, bijvoorbeeld bij het maken en naleven van eetafspraken en omdat er rekening gehouden moet worden met bijkomende gezondheidsproblemen.⁵ Buiten het ziekenhuis kan gemakkelijk verwarring ontstaan over de vraag wat een diabetespatiënte 'mag' dan wel 'moet' eten. Vooraf kunnen hierover met de patiënte en behandelaars afspraken worden gemaakt en is overleg tussen de behandelend psycholoog/psychiater en diabetes behandelaars gewenst.

Referenties

1. Fairburn CG, Peveler RC, Davies B et al. Eating disorders in young adults with insulin-dependent diabetes mellitus: a controlled study. *BMJ* 1991; 303:17-20.
2. Neumark-Sztainer D, Mellin A, Ackard D, Story M, Stockalosky J. Weight control practices and disordered eating behaviours among adolescent females and males with type 1 diabetes: associations with demographics, weight concerns, familial factors and metabolic outcomes. *Diabetes Care* 2002; 25: 1289-1296.
3. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MO, Peveler RG, Daneman D. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1997; 26:1849-1853.
4. Crow S, Hendall D, Praus B, Thuras P. Binge eating and other psychopathology in patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J Eat Disord* 2001; 30: 222-226.
5. Peveler RC, Fairburn CG. The treatment of bulimia nervosa in patients with diabetes mellitus. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 45-53.

3.6. Psycho-seksuele problemen



Het is bekend dat erectieproblemen bij mannen met diabetes veelvuldig voorkomen, met name na het 50e levensjaar.¹ Naast en in samenhang met psychologische factoren spelen vasculaire en neurologische problemen een belangrijke oorzakelijke rol. Naar de seksualiteit van vrouwen met diabetes is minder onderzoek gedaan. Recente studies echter laten zien dat klachten van verminderde seksuele opwinding en lubricatie vaker voorkomen bij vrouwen met diabetes dan bij gezonde vrouwen.² Deze kunnen veroorzaakt c.q. onderhouden worden door

een matige instelling van de diabetes en recidiverende vaginale schimmelinfecties. Bij vrouwelijke diabetespatiënten met seksuele problemen is meer dan bij mannen met seksuele problemen een verhoogd voorkomen van stemmingsproblemen geconstateerd.³

3.6.1. Diagnostiek en behandeling

Seksuele problemen zijn prevalent onder diabetespatiënten, met name mannen, maar verwijzingen naar de medisch psycholoog voor seksuele hulpverlening zijn relatief zeldzaam. Dit hangt vermoedelijk deels samen met barrières aan de kant van de patiënt, zoals schaamtegevoelens, de gedachte dat de internist hier geen rol in kan spelen of er geen vertrouwen in hebben dat seksuele problemen op een goede manier met de internist besproken kunnen worden. De medisch psycholoog kan het diabetesteam adviseren hoe dergelijke (gepercipieerde) drempels te verlagen. Bijvoorbeeld door actief patiënten te vragen naar mogelijke veranderingen in de seksualiteit tijdens poliklinische controles, het uitdelen van informatiemateriaal en het inrichten van speciale spreekuren voor vragen rond seksualiteit en diabetes.

Een psycho-seksuele anamnese kan een precies beeld geven van de aard en ernst van de seksuele problemen, zo nodig aangevuld met fysiologisch onderzoek. Seksuele problemen bij diabetes kunnen specifiek zijn voor de ziekte maar ook van meer algemene aard zijn, samenhangend met de last van het chronisch ziek-zijn en een slechte fysieke conditie.

Bij erectieproblemen valt medicamenteuze behandeling (Viagra) te overwegen. Bij vrouwen met lubricatieproblemen kan het gebruik van een glijmiddel van nut zijn om dyspareunie klachten te voorkomen c.q. te reduceren; ook de diabetesregulatie vraagt de aandacht, omdat hyperglykemie de lubricatie bemoeilijkt en de kans op vaginale ontstekingen vergroot. Gelet op de gevonden associatie tussen seksuele klachten en depressie bij vrouwen met diabetes, dienen stemmingsproblemen besproken en zonodig behandeld te worden (zie 3.3.4). Het bespreekbaar maken van de seksuele klachten in de relatie maakt een belangrijk onderdeel uit van de behandeling. Zonodig kan de patiënt verwezen worden voor gespecialiseerde seksuologische hulpverlening.

Referenties

1. Vinik A, Richardson D. Erectile dysfunction in diabetes. *Diabetes Reviews* 1998;6:16-33.
2. Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, et al. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26: 409-414.
3. Enzlin P, Mathieu C, Bruel van A et al., Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care* 2002; 25: 672-677.



3.7. Cognitieve klachten

Patiënten met diabetes uiten geregeld zorgen over een mogelijke cognitieve achteruitgang welke in verband wordt gebracht met herhaaldelijke ernstige hypoglykemieën en /of langdurige hyperglykemie. Acute ontregeling van de diabetes kan het cognitief functioneren ernstig bemoeilijken, in het bijzonder geldt dit voor hypoglykemie.¹ Over de lange-termijn gevolgen van herhaaldelijke, ernstige hypo's voor het brein is nog weinig bekend. Tot op heden heeft gecontroleerd onderzoek geen structurele cognitieve gevolgen van frequente ernstige hypo's kunnen aantonen bij volwassen type 1 diabetes patiënten.^{2,3} Wel zijn er steeds meer aanwijzingen dat chronische hyperglykemie door aantasting van de kleine bloedvaten (micro-angiopathie) de cognitieve achteruitgang versnelt en tot (milde) concentratie en geheugenklachten kan leiden.⁴

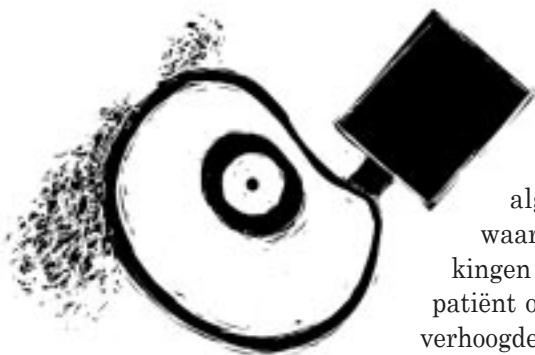
3.7.1. Diagnostiek en behandeling

Neuropsychologisch onderzoek (NPO), in het bijzonder van executieve functies, aandacht en geheugen, kan helderheid verschaffen over het cognitief prestatieniveau van de diabetespatiënt, rekening houdend met geslacht, leeftijd en opleiding. Beeldvormend onderzoek (MRI) kan geïndiceerd zijn om mogelijk structurele breinschade aan te tonen.

Voor een juiste interpretatie van het cognitief prestatieniveau is het van belang dat de patiënt voorafgaand aan het NPO zijn/haar bloedglucose zoveel als mogelijk normaliseert, bij voorkeur tussen 4 en 10 mmol/l. Ook dient de stemming in ogenschouw genomen te worden, omdat depressie het cognitief presteren sterk nadelig kan beïnvloeden. Herhaling van het NPO na bijvoorbeeld 12 maanden kan overwogen worden om veranderingen in cognitief presteren te detecteren.

Referenties

1. Drealos MT, Jacobson MA, Weinger K et al. Cognitive function in patients with insulin-dependent diabetes mellitus during hyperglycemia and hypoglycemia. *Am J Med* 1995; 98:135-144.
2. DCCT Research Group. Effects of intensive diabetes therapy on neuropsychological function in adults in the Diabetes Control and Complications Trial. *Ann Int Med* 1996; 124: 379-388.
3. Snoek FJ, Veer van der N, Heine RJ, De Haan E. No differences in attentional functioning between type 1 diabetic patients with and without a history of severe hypoglycemia. *Diabetes Care* 1998; 21:1568-1569.
4. Ryan CM, Geckle MO, Orchard TJ. Cognitive efficiency declines over time in adults with type 1 diabetes: effects of micro- and macrovascular complications. *Diabetologia* 2003; 46: 940-94.



3.8. Verslavingen

Verslaving aan roken, alcohol en drugs lijken minder vaak voor te komen bij mensen met diabetes in vergelijking tot de algemene bevolking. Dit hangt waarschijnlijk samen met de beperkingen die de ziekte diabetes aan de patiënt oplegt en het bekend zijn met de verhoogde gezondheidsrisico's.^{1,2} In voorkomende gevallen kunnen alcohol en drugsmisbruik de diabetesregulatie ernstig verstoren.

Alcohol heeft een bloedglucose verlagend effect, dat overigens met uren vertraging kan optreden. Dit is mede afhankelijk van het type drank en of en wat er bij de drank gegeten wordt. Met name bij pomptherapie is alcoholmisbruik gevaarlijk, omdat er sprake is van een continue afgifte van insuline en er onder dronkenschap zo een reëel risico bestaat van een hypoglykemisch coma. Over de effecten van hard en softdrugs bij diabetes is weinig bekend. Naast een direct fysiologisch effect, kunnen drugs schadelijk zijn door inadequate zelfregulatie (insulinetoediening, bloedglucose controleren, voeding) en verminderde alertheid op signalen van ontregeling.

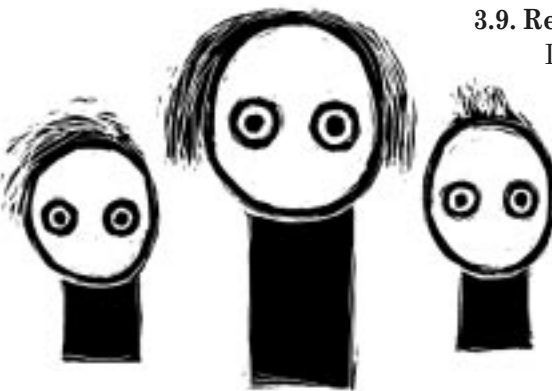
3.8.1. Diagnostiek en behandeling

Het navragen van verslavingen maakt onderdeel uit van de medische anamnese. Veelal is bij verwijzing naar de medisch psycholoog bekend of de patiënt verslaafd is aan roken, alcohol of drugs. Soms wordt een nog niet eerder bekende verslaving ontdekt als bijkomend of onderliggend probleem. Bijvoorbeeld bij een patiënt verwezen voor een angststoornis of depressie. Bij verslaving aan gokken, alcohol of drugs is een verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening (CAD) geïndiceerd.

Gelet op de extra gezondheidsrisico's bij mensen met diabetes moet roken actief worden ontmoedigd en waar nodig passende hulp worden aangereikt.³ Sommige ziekenhuizen kennen een stoppen-met-roken polikliniek, waarin de medisch psycholoog participeert (zie 4. Leefstijlinterventies).

Referenties

1. Gåfvels C, Lithner F. Lifestyle as regards physical exercise, smoking and drinking of adult diabetic people compared with non-diabetic controls. *Scan J Soc Med* 1997; 25: 168-175.
2. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure or chronic lung conditions. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11; 320-327.
3. Canga N, Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martinez-Gonzalez MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care* 2000;23:1455-1460.



3.9. Relatie- en sociale problemen

Diabetes is een belastende ziekte die de relatie met partner en gezin kan bemoeilijken en verstoren. Zeker wanneer er sprake is van langdurige zelfregulatie problemen, dreigt het gevaar dat de sociale omgeving over-betrokken raakt

en gaat fungeren als 'diabetes politie' of juist weigert zich verder met de diabetesbehandeling te bemoeien.

Diabetes kan aanleiding geven tot problemen op het werk, bijvoorbeeld bij herhaaldelijke hypoglykemieën of frequente afwezigheid vanwege ziekenhuisbezoek.² Overigens zijn er aanwijzingen dat algemeen gesproken medewerkers met diabetes zich juist minder vaak ziek melden dan hun gezonde collega's. Hierin schuilt het gevaar van over-compensatie: de diabetespatiënt werkt harder dan collega's om zo (gevreesde) negatieve discriminatie te voorkomen.

Bij een zeer moeilijk instelbare diabetes en het ontstaan van secundaire complicaties kan een dreigende of feitelijke (gedeeltelijke) afkeuring voor veel spanningen zorgen. Niet zelden vragen keurende instanties (ook) het oordeel van de behandelend psycholoog.

3.9.1. Diagnostiek en behandeling

Relatiegesprekken kunnen bijdragen tot verheldering van de wederzijdse verwachtingen en het maken van communicatieafspraken. Bijvoorbeeld rondom een dreigende hypo kunnen partner en patiënt afspraken maken hoe om te gaan met de 'unawareness' van de patiënt.

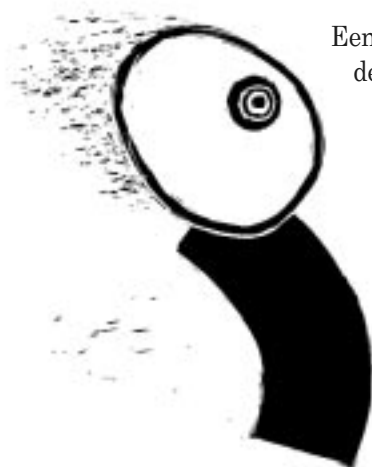
De Diabetesvereniging Nederland (DVN) biedt informatie en juridische hulp aan haar leden, bijvoorbeeld rond verzekeringen, rijbewijs en keuringen.

Voor met name sub-assertieve patiënten vormt het communiceren met collega's en leidinggevendenden over hun ziekte en de noodzaak tot dagelijkse zelfzorg nog wel eens een probleem. Naast individuele behandeling kan het verwijzen naar een training in assertiviteit en effectief communiceren overwogen worden. Ook contact met lotgenoten via de DVN kan bijdragen tot het zelfbewustzijn van de patiënt.

Referenties

1. Gonder-Frederick LA, Cox DJ, Kovatchec B et al. The psychosocial impact of severe hypoglycaemic episodes on spouses of patients with IDDM. *Diabetes Care* 1997;20: 1543-1546.
2. Frier BM. Diabetes mellitus and lifestyle: driving, employment, prison, insurance, smoking, alcohol and travel. In: J. Pickup, G. Williams, eds. *Textbook of Diabetes 2*, Blackwell Publishing, 3rd edition, 2003, p.68.1-68.18.

4. Leefstijlinterventies



Een gezonde leefstijl vormt een van de pijlers van de diabetes behandeling. Dit geldt in het bijzonder voor type 2 diabetes, waar gezonde voeding en voldoende lichamelijke beweging feitelijk voor veel patiënten de eerste lijn van therapie vormen. Het belang van leefstijl interventies wordt nog eens onderstreept door recent onderzoek dat heeft aangetoond dat bij mensen met een verhoogd risico van type 2 diabetes (gestoorde glucosetolerantie), een intensief leefstijlprogramma gericht op het bewerkstelligen van een bescheiden gewichtsverlies en dagelijks 30 minuten matig inspannende lichamelijke activiteit

het ontstaan van type 2 kan voorkomen c.q. uitstellen.¹

Bij mensen met gediagnosticeerde type 2 diabetes is niet zelden sprake van een clustering van cardiovasculaire risicofactoren, te weten overgewicht, hoge bloeddruk en een verstoorde vetstofwisseling. Roken vormt bij diabetes een ernstig gezondheidsrisico. Voldoende lichaamsbeweging heeft een bewezen gunstige invloed op de diabetesregulatie en verlaagt de gezondheidsrisico's.² Binnen de tweedelijns diabeteszorg wordt in toenemende mate aandacht besteed aan leefstijl verandering en de medisch psycholoog kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren. In de eerste plaats door het mee helpen ontwikkelen van een op gedragswetenschappelijke inzichten gestoelde leefstijlinterventie. In de tweede plaats door als inhoudsdeskundige actief te participeren in het programma. Naast groepsprogramma's kan de psycholoog patiënten individueel begeleiden bij het formuleren en realiseren van gedragsdoelen, bijvoorbeeld op het terrein van voeding en beweging. Ten slotte ligt er een taak voor de medisch psycholoog in het coachen en adviseren van (para) medische hulpverleners op het gebied van motivering en gedragsverandering bij diabetespatiënten.³

Referenties

1. The Diabetes Prevention Program (DPP). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403.
2. Gregg EW, Gerzoff RB, Caspersen CJ et al. Relationship of walking to mortality among US adults with diabetes. *Arch Int Med* 2003; 163: 1440-1447.
3. Wing RR, Goldstein MG, Ackton KJ et al. Behavioral science research in diabetes. Lifestyle changes related to obesity, eating behaviour and physical activity. *Diabetes Care* 2001; 24: 117-123.

5. Groepsinterventies

In het kader van diabeteszorg zijn in Nederland verschillende psycho-educatieve groepsinterventies ontwikkeld. Wij noemen hier twee geprotocolleerde programma's die op poliklinische basis worden verzorgd.

5.1. 'Bewust van je bloedglucose' : Hypoglykemie Preventie Training (HPT)

Voor type 1 diabetespatiënten met frequente hypoglykemische ontregeling en/of 'hypo unawareness' is de Hypoglykemie Preventie Training (HPT) beschikbaar. Het betreft hier de Nederlandse versie van de Blood Glucose Awareness Training (BGAT) welke ontwikkeld werd door Cox et al. in de Verenigde Staten.^{1,2} De HPT is een geprotocolleerd programma van zes bijeenkomsten van circa twee uur, voor groepen van zes tot acht deelnemers. De interventie wordt verzorgd door een koppel van een psycholoog en een diabetesverpleegkundige of arts. Een patiënt- en trainershandleiding zijn voorhanden. In de cursus komen aan bod: de rol van 'interne' signalen van bloedglucose wisselingen (lichamelijk, cognitief, emotioneel) en hoe daar optimaal gebruik van te maken, alsook de rol van 'externe' signalen (voeding, tijdstip van de dag, insuline). In de HPT wordt de patiënt uitgenodigd de betrouwbaarheid van zijn of haar eigen symptoomwaarneming te onderzoeken aan de hand van dagboekregistratie. Hierbij worden op systematische wijze getoeterd: aard van de symptomen, geschatte- en feitelijke bloedglucosewaarde (zoals gemeten met behulp van meter). De verzamelde gegevens worden uitgezet in een zogenaamde Schattingswijzer ("error grid"). Deze laat zien of er sprake is van gemiste signalen, misleidende dan wel betrouwbare signalen. Hiermee kan de patiënt (ernstige) hypoglykemieën en onnodige correcties voorkomen (ter verhoging en verlaging van de bloedglucose). Een van de bijeenkomsten is speciaal gericht op de rol van directe naasten van de patiënt.

Effectonderzoek laat zien dat HPT de 'awareness' voor hyposymptomen vergroot, de angst voor hypoglykemie doet afnemen en een daling van het aantal (ernstige) hypo's tot gevolg heeft. Huiswerkopdrachten en groepsbesprekingen vormen belangrijke elementen van dit programma. De HPT wordt over het algemeen zeer gewaardeerd door deelnemers.

HPT kan ook op individuele basis worden aangeboden.

Referenties

1. Werkgroep Psychosociale Diabetologie. *Handleiding Bewust van je Bloedglucose. De Hypoglykemie Preventie Training (HPT)*. Amersfoort, 1997.
2. Gonder-Frederick LA, Cox DJ, Clarke W, Julian D. Blood Glucose Awareness Training. In FJ Snoek, TC Skinner, eds. *Psychology in Diabetes Care*, Wiley & sons, Chichester, 2000, 169-206.



5.2. 'Diabetes de Baas': Groeps Cognitieve Gedragstherapie

Dit groepsprogramma is ontwikkeld voor type 1 diabetespatiënten met langdurende zelf-regulatie problemen (blijkend uit een hoog HbA1c) en gemotiveerd om de diabetesinstelling te verbeteren.^{1,2} Het programma is gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie en bestaat uit zes bijeenkomsten. Een patiënt- en trainershandleiding zijn voorhanden. Onderwerpen die aan bod komen zijn: de rol die (negatieve) cognities spelen voor het ontstaan en in stand houden van (negatieve) emoties en zelfzorgproblemen; persoonlijke doelen leren stellen met betrekking tot de diabetes; diabetes en stress; omgaan met (zorgen over) complicaties en de toekomst; diabetes en de sociale omgeving; en diabetes als 'teamwork'.

Het programma wordt bij voorkeur aangeboden door een koppel van een psycholoog en diabetesverpleegkundige.

Diabetes de Baas is tot nu toe in wetenschappelijk onderzoek aangeboden en bleek een psychologisch tamelijk complexe groep type 1 patiënten aan te trekken, met hoge scores op vragenlijsten van emotionele distress en depressie, gecombineerd met een relatief lage diabetes self-efficacy (CIDS).³

Korte- en middellange termijn resultaten zijn bemoedigend te noemen, met gunstige effecten op diabetes-gerelateerde 'distress', depressieve symptomen, self-efficacy en de dagelijkse diabetes zelfzorg.

Referenties

1. Snoek FJ, Van der Ven NCW, Lubach CHC, Chatrou M, Ader HJ, Heine RJ, Jacobson AM. Effects of cognitive behavioral group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin-dependent (type 1) diabetes: a pilot study. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 143-148.
2. Van der Ven NCW, Snoek FJ. Diabetes de Baas: ontwikkeling en toepassing van een groepsinterventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor patiënten met type 1 diabetes. *Directieve Therapie* 2001; 21: 172-192.
3. Van der Ven NCW, Lubach CHC, Hogenelst et al. Cognitive Behavioural Group Training (CBGT) for patients with type 1 diabetes in persistent poor glycaemic control: Who do we reach? *Patient Educ Couns* 2004 (in druk).

6. Diabetes-specifieke vragenlijsten

Naast het gebruik van generieke psychologische tests valt het gebruik van diabetes-specifieke instrumenten aan te bevelen. Hieronder worden kort enkele gevalideerde vragenlijsten vermeld. In de Appendix zijn voorbeeld exemplaren opgenomen van de genoemde vragenlijsten.

6.1. Problem Areas in Diabetes (PAID)

Voor het meten van diabetesgerelateerde emotionele distress kan de Nederlandse versie van de Problem Areas In Diabetes (PAID) vragenlijst gebruikt worden.^{1,2} De PAID is geschikt voor gebruik bij volwassen type 1 en type 2 diabetespatiënten en kent 20 items die betrekking hebben op negatieve emoties rond de diabetes die gescoord worden op een 0-4 schaal ('geen probleem' - 'groot probleem').

De totaalscore wordt berekend door optelling van itemscores en door vermenigvuldiging met 1,25 getransformeerd naar een 0-100 score. Hoe hoger de score hoe meer aanwijzingen voor ernstige adaptatieproblemen, waarbij een score ≥ 40 als indicatief beschouwd mag worden voor ernstige emotionele distress (gemiddelde scores type 1 diabetespatiënten 24.6 ± 18.7 ; type 2 diabetespatiënten 22.5 ± 19.8).

De PAID is gevalideerd en sensitief gebleken voor veranderingen.³

Referenties

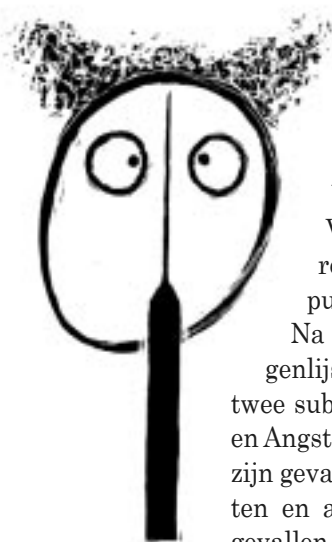
1. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch GW, Jacobson AM, Aponte JE, Schwartz CE. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care* 1995; 18: 754-760.
2. Snoek FJ, Pouwer F, Welch GW, Polonsky WH. Diabetes-related emotional distress in Dutch and US diabetic patients: cross-cultural validity of the Problem Areas In Diabetes scale. *Diabetes Care* 2000; 23: 1305-1309.
3. Welch GW, Weinger K, Anderson BJ, Polonsky WH. Responsiveness of the Problem Areas In Diabetes (PAID) questionnaire. *Diabet Med* 2003; 20: 69-72.

6.2. Angst voor Hypoglykemie Vragenlijst (AHV)

Bij volwassen type 1 en type 2 diabetespatiënten kunnen angstgevoelens rond (dreigende) hypo's in kaart gebracht worden met behulp van de Nederlandse versie van Hypoglycemia Fear Survey - de Angst voor Hypoglykemie Vragenlijst (AHV). Deze vragenlijst kent twee sub-schalen, een Gedragsschaal (10 items) en een Zorgenschaal (13 items). De Zorgenschaal is valide gebleken en kan separaat gebruikt worden. Er wordt van deze schaal een somscore berekend over de 13 items (gemiddelde score in problematische populatie 20.8 ± 11.0 ; niet-problematische populatie 12.2 ± 9.9). Itemscores (ook van de Gedragsschaal) kunnen belangrijke diagnostische aanwijzingen bieden.

Referenties

1. Irvine A, Cox DJ, Gonder-Frederick LA. The Fear of Hypoglycaemia Scale. In: C. Bradley, ed. *Handbook of Psychology in Diabetes*. Harwood Academic Publishers, Chur, Switzerland, 1994, p. 133-155.
2. Snoek FJ, Pouwer F, Mollema ED, Heine RJ. De Angst voor Hypoglykemie Vragenlijst (AHV). Interne consistentie en validiteit. *Gedrag & Gezondheid* 1996; 24: 287-292.



6.3. Diabetes Spuit-en Prikangst Vragenlijst (D-SPAV)

Bij volwassen insuline-gebruikende diabetespatiënten (type 1 en type 2) kan de mate van spuit en/of prikangst worden vastgesteld met behulp van de Diabetes Spuit-Prikangst Vragenlijst (D-SPAV). De vragenlijst meet angstreacties langs verschillende dimensies op een vierpunts schaal (0 = '(bijna) nooit', 3 = '(bijna) altijd'). Na uitvoerige psychometrische analyses kon de vragenlijst worden ingekort tot 15 items verdeeld over twee subschalen: Angst voor Insuline injecteren (6 items) en Angst voor Bloedglucose Prikken (9 items).^{1,2} De schalen zijn gevalideerd en separaat te gebruiken. Angst voor spuiten en angst voor prikken treden in circa 40% van de gevallen samen op.

Bijna 80% van de patiënten met een diabetesduur > 6 maanden blijkt geen noemenswaardige distress te ervaren bij het injecteren en/of bloedglucose 'prikken' (score 0). Elke score > 0 op een of beide van de D-SPAV subschalen kan klinisch van belang zijn. Op basis van onderzoek bij extreem angstige patiënten kunnen als criterium-scores gehanteerd worden, respectievelijk een score 4 (spuiten) en score 6 (prikken).^{3,4}

Referenties

1. Snoek FJ, Mollema ED, Heine RJ, van der Ploeg HM. Development and Validation of the Diabetes Fear of Injecting and Self-testing Questionnaire (D-FISQ): First Findings. *Diabet Med* 1997; 14: 871-876.
2. Mollema ED, Snoek FJ, Pouwer F, Heine RJ, van der Ploeg HM. Diabetes Fear of Injecting and Self-testing Questionnaire. A psychometric evaluation. *Diabetes Care* 2000; 23: 763-769.
3. Mollema ED, Snoek FJ, Ader HJ, Heine RJ, van der Ploeg HM. Insulin-treated patients with fear of self-injecting or fear of self-testing. Psychological comorbidity and general well-being. *J Psychosom Res* 2001; 51: 665-672.
4. Mollema ED, Snoek FJ, Heine RJ, van der Ploeg HM. Phobia of self-injecting and self-testing in insulin-treated diabetes patients: opportunities for screening. *Diabet Med* 2001; 18: 671-674.

6.4. Vertrouwen in Diabetes Zelfzorg Vragenlijst

De mate van diabetes specifieke self-efficacy kan vastgesteld worden met behulp van de gevalideerde Vertrouwen in Diabetes Zelfzorg (VDZ) vragenlijst. De VDZ vragenlijst is ontwikkeld en gevalideerd voor volwassenen type 1 diabetespatiënt in samenwerking met de Joslin Diabetes Clinic in Boston (VS). De Nederlandstalige en Engelstalige versie zijn simultaan ontwikkeld (Confidence In Diabetes Self-care Scale, CIDS).¹ Aan de hand van deze vragenlijst wordt inzicht verkregen in de ervaren diabetes self-efficacy en eventuele specifieke probleemgebieden (bijvoorbeeld aanpassen insuline dosering, dagelijks bloedglucose meten). De VDZ vragenlijst omvat 20 items c.q. gedragsbeschrijvingen volgend op de uitspraak "Ik denk dat ik in staat ben om...". De patiënt kan antwoorden op een 5-puntsschaal, van "Nee, dat kan ik zeker niet" tot "Ja, dat kan ik zeker". Itemscores worden opgeteld tot een somscore, getransformeerd naar een 0-100 score. Hogere scores betekenen meer zelfvertrouwen. De betrouwbaarheid en validiteit van de schaal zijn goed. In een niet-problematische populatie werd een gemiddeld score gevonden van 83.0 ± 11.5 . Bij langdurig slecht gereguleerde type 1 diabetespatiënten die deelnamen aan de cursus 'Diabetes de Baas' (zie 5.2.) bleek dit gemiddelde aanzienlijk lager: 58.5 ± 10.3 .

Referenties

1. Van der Ven NCW, Weinger K, Yi J, Pouwer F, Ader HJ, van der Ploeg HM, Snoek FJ. The Confidence in Diabetes Self-care Scale (CIDS). Psychometric properties of a new measure of diabetes specific self-efficacy in Dutch and US patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 713-718.
2. Van der Ven NCW, Lubach CHC, Hogenelst MHE, Van Iperen A, Tromp-Wever AME, Vriend A, van der Ploeg HM, Heine RJ, Snoek FJ. Cognitive Behavioural Group Training (CBGT) for patients with type 1 diabetes in persistent poor glycaemic control: Who do we reach? *Patient Educ Couns* 2004 (in druk).

Contactadressen

Belangrijk voor de ziekenhuispsycholoog werkzaam in de diabeteszorg is dat hij of zij goed inzicht heeft in het ziektebeeld en op de hoogte blijft van de medische ontwikkelingen. Via internet kan gemakkelijk toegang worden verkregen tot informatieve websites en de internationale literatuur op het gebied van diabetes. Lidmaatschap van de patiëntvereniging (Diabetesvereniging Nederland, DVN) wordt aanbevolen. Het helpt om regelmatig in contact te staan met internisten/endocrinologen en diabetesverpleegkundigen. De Nederlands Vereniging voor Diabetes Onderzoek (NVDO) organiseert jaarlijks een wetenschappelijke conferentie, waarin naast basaal medisch onderzoek ook klinische, epidemiologische en psychosociale onderwerpen aan de orde komen. Voor het laatste onderdeel is de landelijke Werkgroep Psychosociale Diabetologie (WPD) verantwoordelijk. Op Europees niveau is de Psychosocial Aspects of Diabetes (PSAD) study group van de European Association for the Study of Diabetes (EASD) actief op het gebied van de psychosociale diabetologie.

Hieronder worden enkele nuttige adressen vermeld:

Diabetesvereniging Nederland (DVN)

Postbus 470
3830 AM Leusden
www.diabeteshuis.nl

Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)

Stationsplein 139
3818 LE Amersfort
www.diabetesfederatie.nl

Nederlandse Vereniging voor Diabetes Onderzoek (NVDO)

Secretariaat: Endocrinologie p/a VU medisch centrum

Postbus 7057

1007 MB Amsterdam

www.nvdo.net

Psychosocial Aspects of Diabetes (PSAD) study group

p/a dr Frans Pouwer

Medische Psychologie

VU medisch centrum

tel. 020 - 4449679

f.pouwer@vumc.nl

www.emgo.nl/psad

Werkgroep Psychosociale Diabetologie (WPD)

Secretariaat: VU medisch centrum

Mw. W. Cleijne

Medische Psychologie

Van der Boechorststraat 7

1081 BT Amsterdam

w.cleijne@vumc.nl

APPENDIX

- PAID-NL
 - AHV
- D-SPAV
 - VDZ

PAID vragenlijst

Geef bij elk van de volgende onderwerpen aan in hoeverre dit voor u op dit moment een probleem vormt. Omcirkel daartoe het cijfer bij het antwoord dat het best uw ervaring weergeeft. Sla a.u.b. geen vragen over.

1. Geen concrete en heldere doelen hebben voor uw diabetesbehandeling

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

2. U ontmoedigd voelen over uw behandeling?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

3. U angstig voelen als u denkt aan diabetes?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

4. Onaangename sociale situaties rond uw diabetes (b.v. dat anderen u vertellen wat u wel of niet mag eten) ?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

5. Het gevoel dat u uzelf voedsel en maaltijden moet ontzeggen?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

6. U somber voelen bij de gedachte aan diabetes?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

7. Niet weten of uw stemming samenhangt met wisselingen in uw bloedglucose?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

8. Het gevoel dat diabetes uw leven beheerst?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

9. U zorgen maken over lage bloedglucosen (hypo's)?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

10. U boos voelen bij de gedachte aan diabetes?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

11. Steeds zorgen hebben over voeding en eten?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

12. U zorgen maken over de toekomst en de kans op complicaties?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

13. U ongerust of schuldig voelen wanneer uw diabetes ontregeld raakt?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

14. Het gevoel uw diabetes niet "te accepteren" ?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

15. Een ontevreden gevoel hebben over het contact met uw arts?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

16. Het gevoel dat uw diabetes dagelijks teveel energie kost?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

17. U alleen voelen met uw diabetes?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

18. Het gevoel dat u bij uw diabetes niet door uw vrienden en familie wordt gesteund?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

17. U alleen voelen met uw diabetes?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

18. Het gevoel dat u bij uw diabetes niet door uw vrienden en familie wordt gesteund?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

19. Kunnen omgaan met complicaties van de diabetes?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

20. Het gevoel "opgebrand" te zijn door de voortdurende zorg voor uw diabetes ?

Geen probleem	Een beetje een probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
0	1	2	3	4

heeft u alle vragen beantwoord?

AHV

Naam : _____

Datum : _____

I Gedrag: Hieronder worden verschillende mogelijkheden genoemd die mensen met diabetes kunnen gebruiken om een lage bloedglucose (hypoglykemie) te vermijden. Lees iedere mogelijkheid zorgvuldig en omcirkel het cijfer dat het beste weergeeft wat u doet in het dagelijks leven om een hypo te voorkomen. Denk hierbij aan het afgelopen half jaar.

<u>Om een hypo te vermijden</u>	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
1. Eet ik flinke snacks (tussendoortjes)	0	1	2	3	4
2. Probeer ik mijn bloedglucose hoger dan 8 mmol/L te houden	0	1	2	3	4
3. Verminder ik mijn insulinedosering als ik laag zit	0	1	2	3	4
4. Prik ik mijn bloedglucose zes keer of meer per dag	0	1	2	3	4
5. Zorg ik ervoor dat er iemand bij mij is als ik de deur uit ga	0	1	2	3	4
6. Beperk ik het reizen buiten de stad	0	1	2	3	4
7. Beperk ik het rijden in een auto en het fietsen	0	1	2	3	4
8. Vermijd ik het op bezoek gaan bij vrienden	0	1	2	3	4
9. Blijf ik meer thuis dan ik zou willen	0	1	2	3	4
10. Beperk ik zoveel mogelijk sport en lichamelijke inspanning	0	1	2	3	4
11. Zorg ik ervoor dat ik mensen om mij heen heb	0	1	2	3	4
12. Vermijd ik sex	0	1	2	3	4

Om een hypo te vermijden

nooit zelden soms vaak altijd

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Houd ik in sociale situaties mijn bloedglucosewaarden hoger dan gewoonlijk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Houd ik bij het uitvoeren van belangrijke taken mijn bloedglucosewaarden hoger dan gewoonlijk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Zorg ik ervoor dat anderen meerdere malen overdag of 's nachts op mij toezien | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

II. Zorgen: Hieronder volgt een lijst van zaken waarover mensen met diabetes zorgen kunnen hebben, in verband met een laag bloedglucose-gehalte (hypoglykemie). Omcirkel bij elke vraag het cijfer dat het beste weergeeft hoe vaak u zich over het genoemde onderwerp zorgen maakt. Denk hierbij aan het afgelopen half jaar.

Ik ben bezorgd over

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. Het niet herkennen van een lage bloedglucose-spiegel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Geen eten, fruit of sap bij mij te hebben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Bewusteloos te raken in het openbaar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Mijzelf of vrienden in verlegenheid te brengen in gezelschap | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Een ernstige hypo te hebben terwijl ik alleen ben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Gek of dronken te lijken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. De controle over mijzelf kwijt te raken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Dat bij een ernstige hypo niemand in de buurt is om mij te helpen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Een ernstige hypo tekrijgen tijdens het autorijden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

25. Een fout te maken of ongeval te veroorzaken	0	1	2	3	4
26. Door anderen bekritiseerd te worden	0	1	2	3	4
27. Moeite hebben met helder nadenken terwijl ik verantwoordelijkheid draag voor anderen	0	1	2	3	4
28. Duizelig of licht in het hoofd te voelen	0	1	2	3	4

heeft u alle vragen beantwoord?

© De AHV is de Nederlandse bewerking door F.J. Snoek et al (1996) van de Hypoglycaemia Fear Survey (HFS) van A. Irvine, D. Cox & L. Gonder-Frederick.

Diabetes Spuit- en Prikangst Vragenlijst (D-SPAV)

U kunt hieronder aangeven in hoeverre u angstig bent voor insuline spuiten en voor het bij u zelf controleren van de bloedglucose (vingerprik). Kruis het antwoord aan dat uw ervaring het beste weergeeft. Denk hierbij aan de afgelopen weken.

Naam : _____

Datum : _____

Injecteren van Insuline

	(bijna) altijd	soms	vaak	(bijna) altijd
<u>Als ik mijzelf insuline moet injecteren</u>				
1. Word ik onrustig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ben ik gespannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ben ik bang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maak ik me daarover zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ben ik zenuwachtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pieker ik daarover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zelf controleren van de bloedglucose

58

	(bijna) altijd	soms	vaak	(bijna) altijd
<u>Als ik mijzelf in de vinger moet prikken</u>				
7. Word ik onrustig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Probeer ik dat te vermijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ben ik gespannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ben ik bang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Maak ik mij daarover zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ben ik zenuwachtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pieker ik daarover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Probeer ik dat uit te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Word ik boos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

heeft u alle vragen beantwoord?

© De D-SPAV is de Nederlandse bewerking door Snoek et al (1997) van de Diabetes Fear of Injecting and Self-testing Questionnaire (D-FISQ).

Vertrouwen in Diabetes Zelfzorg (VDZ)

In de behandeling van diabetes heeft u zelf als patiënt een belangrijk aandeel. Hieronder wordt u gevraagd om aan te geven hoeveel vertrouwen u erin heeft dat u de verschillende zelfzorg-activiteiten kunt uitvoeren. Daartoe omcirkelt u bij onderstaande uitspraken het getal dat het beste weergeeft in welke mate u denkt dat u in staat bent de genoemde activiteit uit te voeren. Het gaat er dus niet om of u dit daadwerkelijk doet, maar in hoeverre u er op dit moment vertrouwen in heeft dat u het kunt.

<u>Ik denk dat ik in staat ben om...</u>	nee, dat kan ik zeker niet	nee, ik geloof niet dat ik dat kan	ik weet niet of ik dat kan	ja, ik geloof dat ik dat kan	ja, dat kan ik zeker
1. ..alle activiteiten uit te voeren die nodig zijn om mijn diabetes goed te reguleren.	1	2	3	4	5
2. ..bij maaltijden en tussendoortjes rekening te houden met de voedingsadviezen.	1	2	3	4	5
3. ..mijn bloedglucose tenminste twee keer per dag te controleren.	1	2	3	4	5
4. ..mijzelf elke dag het voorgeschreven aantal insuline-injecties toe te dienen.	1	2	3	4	5
5. ..mijn insuline aan te passen in bijzondere situaties (sport, reizen, feestjes).	1	2	3	4	5
6. ..mijn insuline aan te passen wanneer ziek ben.	1	2	3	4	5
7. ..een hoge bloedglucose vroeg genoeg op te merken om te kunnen corrigeren.	1	2	3	4	5

Ik denk dat ik in staat ben om...

nee, dat kan ik zeker niet	nee, ik geloof niet dat ik dat kan	ik weet niet of ik dat kan	ja, ik geloof dat ik dat kan	ja, dat kan ik zeker
----------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 8. ..een lage bloedglucose vroeg
genoeg op te merken om te
kunnen corrigeren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ..een hoge bloedglucose op de
juiste manier te corrigeren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ..een lage bloedglucose op de
juiste manier te corrigeren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. mijn bloedglucose-waarden
dagelijks bij te houden in
een dagboekje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. ..te beslissen wanneer het nodig
is om een arts of verpleegkundige
te raadplegen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. ..mijn arts vragen te stellen over
de behandeling van mijn diabetes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. ..bij spanningen (stress) mijn bloed-
glucose binnen normale grenzen
te houden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. ..mijn voeten dagelijks te inspec-
teren op blaren en wondjes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. ..vrienden/ familie te vragen mij
te helpen met mijn diabetes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. ..collega's/ anderen van mijn
diabetes op de hoogte te brengen
wanneer dat nodig is. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. ..mij aan mijn afspraken op de
polikliniek te houden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 19. ..twee tot drie maal per week aan sport/ lichaamsbeweging te doen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. ..een goede keuze uit het menu te maken wanneer ik uit eten ben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. ..over complicaties van diabetes te lezen/te horen zonder ontmoedigd te raken. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

heeft u alle vragen beantwoord?

© CIDS-NL. Snoek, Weinger en Van der Ven.
Vertrouwen in Diabetes Zelfzorg Vragenlijst.