

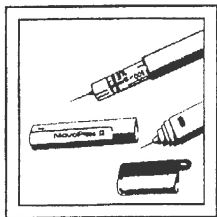
# Voedingsvoorlichting bij diabetes mellitus

Dr. Ir. R.D. Friele  
onderzoeker, NIVEL, Utrecht

Dr. H. Schut  
docent, Hogeschool Midden Nederland,  
Utrecht

De CBO-werkgroep voor het voedingsadvies bij diabetes besteedde veel aandacht aan de implementatie van dit advies, met de huisarts in de sleutelrol. In de voedingsvoorlichting als geïntegreerd onderdeel van de begeleiding van de diabeet is een eenvoudig tweefasenmodel opgesteld, waarin de korte-termijnproblemen en de ondersteuning centraal staan.

*Sleutelwoorden: diabetes mellitus (voedingsvoorlichting), dieetadviezen (aan diabeten), tweefasenmodel (opvang diabeten), voedingsvoorlichting.*



**H**et voedingsadvies bij diabetes mellitus was in het verleden strikt geënt op suikervrije voeding en dit advies is er lange tijd ingehamerd. Bij velen zit deze gedachte er nog diep in, wat vaak aanleiding is voor misverstand en weerstand (lees hierover ook het artikel van Rutten en Van Vliet).<sup>5</sup> Het huidige advies komt sterk overeen met de 'Richtlijnen Goede Voeding' van de Voedingsraad. Deze overeenstemming leidt er echter niet toe dat iedereen met diabetes vanaf heden volgens dit advies zal eten. Voor de meeste mensen betekent het volgen van het voedingsadvies een grote verandering in hun huidige voedingsgewoonten, wat niet altijd gemakkelijk te realiseren is. Dieetadviezen worden vaak niet opgevolgd.<sup>1</sup> Veranderen van een voedingspatroon gaat gepaard met problemen. Diabeten ervaren hun dieet als het lastigste aspect van hun behandeling.<sup>2</sup> De problemen die diabeten met het dieet ervaren, zijn divers van aard. Veel diabeten vinden het moeilijk het dieet te volgen, als ze in een onverwachte situatie terechtkomen. Daarnaast hebben diabeten vaak last van honger, terwijl ze denken niets meer te mogen eten, of zij menen iets te moeten eten, terwijl ze juist geen honger hebben. Ook vinden diabeten het vervelend bepaalde voedingsmiddelen niet meer te mogen eten.<sup>3</sup>

Deze gegevens maken aandacht

voor een effectief opvolgen van het voedingsadvies van groot belang. De laatste stap in dit proces zet daarbij de diabeet zelf: hij verandert zijn voedingspatroon. Bij deze verandering is voorlichting door zijn arts en andere hulpverleners een steun in de rug. Voor de patiënt met diabetes type II speelt de huisarts een sleutelrol. Fasering van de voorlichting wordt door de werkgroep van wezenlijk belang geacht. De Nederlandse huisarts kent zijn patiënten doorgaans goed en bouwt met hen gewoonlijk een langdurige relatie op. Juist deze langdurige relatie maakt het mogelijk de voorlichting te faseren. Het hele verhaal hoeft de patiënt niet in één keer op zijn bord te krijgen.

## FASEN IN DE VOORLICHTING

Als iemand hoort dat hij diabetes heeft, dan is dit een schok. Voor type I-diabeten betekent dit meteen met insuline te beginnen. Voor type II-diabeten is de noodzaak tot directe verandering van gedrag minder groot, tenzij de huisarts van gewichtsreductie een positief effect op de regulatie verwacht. In de beginfase van de voorlichting heeft de diabetespatiënt behoefte aan duidelijke richtlijnen die kunnen dienen als 'eerste hulp'. Voor type I-diabeten geldt dat de regulatie van de bloedglucosewaarden absolute prioriteit heeft. Voor type II-diabeten geldt de eventuele gewichtsvermindering als prioriteit.

Daarnaast verdient de patiënt de nodige aandacht om te verwerken dat hij diabetes heeft.

De interventies die bij de eerste fase horen, worden in de tijd gevolgd door interventies op de langere termijn: de tweede fase. Diabeten die al enkele jaren aan hun ziekte lijden en hiermee hebben leren leven, benadert de huisarts anders dan de diabeet bij wie zijn ziekte net is ontdekt.<sup>4</sup> In tabel 1 zijn de verschillende benaderingsmogelijkheden schematisch weergegeven.

## Fase 1

Deze fase kenmerkt zich door een frequent contact tussen huisarts en diabeet. De instelling van de bloedglucosewaarden, het opsporen van complicaties en risicofactoren zijn belangrijke onderdelen van de eerste consulten. Ook het inschakelen van andere hulpverleners is onderdeel van deze fase: diëtiste, oogarts en eventueel diabetesverpleegkundige.

De patiënt zal in het dagelijks leven met veel aanpassingen te maken krijgen. Dit alles wordt sterk gekleurd door de emotionele verwerking van de recent vastgestelde chronische ziekte diabetes mellitus.

De consulten bestaan uit controles, aangevuld met instructies. Er is veel ruimte voor het stellen van vragen door de patiënt en voor het tot uiting laten komen van belevingsaspecten. Ook de invloed van en de reacties uit de omgeving van de patiënt spelen een belangrijke rol bij de beoordeling van de mogelijkheid in hoeverre adviezen over voeding en medicijngebruik worden opgevolgd.

## Fase 2

In deze fase is meestal wel de ideale situatie bereikt waarin de diabetesregulatie en het voedingspatroon passen in het leven van de diabeet. Hij of zij is tenslotte degene die zelf oplossingen zoekt voor praktische problemen en hij trekt aan de bel als er zich problemen voordoen. Het is belangrijk dat de diabeet zijn eigen toestand weet te beoordelen. Het zelf meten van de bloedglucosewaarden is hierbij een hulpmiddel.

De rol van de huisarts is meer reactief geworden. Hij reageert op problemen die de diabetespatiënt hem voorlegt en hij analyseert de gezondheidsconsequenties van oplossingen, door de diabeet aangebracht. Daarnaast is het belangrijk dat de arts de ideeën over gezondheid en gezonde voeding van de diabeet nagaat. Onterechte ideeën over 'goede voeding voor de diabetespatiënt' moeten de wereld uit worden geholpen. Wie kent niet de uitspraak van een willekeurige diabeet: 'Ik houd me goed aan mijn dieet, want ik eet geen suiker.' Leefregels die niet voor tweeërlei uitleg vatbaar zijn, bieden vaak een vorm van zekerheid. Correcte alternatieve leefregels zijn echter schaars, omdat het dieetadvies juist zo beperkt mogelijk is gehouden. Twee voorbeelden van alternatieve voorstellen zijn: 'minder kaas, meer pindakaas' en 'worst eruit, meer fruit'.

Het karakter van de consulten in deze tweede fase is anders. Controle en instructie voeren niet meer de boventoon. De diabeet bepaalt zelf voor een groot deel de inhoud van het consult.

## OVERGANG TUSSEN BEIDE FASEN

Het zal duidelijk zijn dat de 'tweede fase' de nastrevenswaardige fase is. Het is noodzakelijk dat de diabeet in deze fase geraakt, omdat hij in het leven van alle dag voortdurend als manager moet optreden en ook in lastige situaties adequaat moet kunnen reageren. De eerste fase is onontbeerlijk voor het overbruggen van de korte-termijnproblemen: de diabeet moet kunnen vertrouwen op de aanwijzingen van de arts, de arts zal de kortste route uitzetten naar een goede regulatie.

In de eerste fase komen de problemen rond de confrontatie met de nieuwe diagnose 'diabetes mellitus' aan de orde en rond de acceptatie hiervan. Pas wanneer de diabeet een eigen standpunt heeft kunnen bepalen, kan er sprake zijn van overgang naar de tweede fase. De overgang van de eerste fase naar de tweede fase is niet vast te leggen op een bepaald aantal maanden of een aantal consulten.

De overgang tussen beide fasen maakt een verandering in de relatie tussen arts en diabeet nodig. Een dergelijke verandering komt niet als vanzelf. De werkwijze in de eerste fase is immers de meest gebruikelijke. Het zal de arts zijn die zo snel mogelijk heel bewust de eerste initiatieven moet nemen voor een verandering in de opstelling naar zijn patiënt.

## ATTITUDE VAN DIABEET

Voorlichting richt zich niet alleen op het overdragen en uitwisselen van kennis en vaardigheden, zij kan zich ook richten op de attitude van de diabeet. Het gaat hier bijvoorbeeld om problemen met de verwerking van de diagnose

diabetes of de motivatie gezond te gaan eten. De voorlichting die zich richt op deze affectieve component is anders van opzet, vergeleken met de voorlichting die zich richt op kennis- en vaardighedenoverdracht. Hulpverlener en patiënt bespreken hier als min of meer gelijkwaardige partners de visie van de betrokkenen op de diabetes, op de schrik van de ontdekking van de diabetes, op angsten en onzekerheid, op de noodzaak van een eventuele verandering in voedingspatroon, op mogelijke weerstanden tegen een dergelijke wijziging in inkoop- en eetgedrag en dergelijke. Doel van dit alles is de diabeet te helpen zijn standpunt in te nemen ten opzichte van diabetes en zijn belangstelling voor de voedingsadviezen te wekken. Voordat een besluit over de mogelijke aanpassing van de voeding wordt genomen, zal de patiënt immers allerlei aspecten van de gepropageerde gedragslijn overwegen en vanuit zijn eigen optiek evalueren. Het is voor de hulpverlener essentieel om bij dit afwegingsproces betrokken te zijn en hierin een stimulerende rol te spelen. (Dus niet al te snel adviseren om 'er thuis nog eens rustig over na te denken'.) Bij dit afwegingsproces kunnen medediabeten gezien hun gelijksoortige situatie eveneens een belangrijke rol spelen; een groepswijze benadering kan dan nuttig zijn. Daarnaast zal het tweegesprek, bijvoorbeeld het consult, een belangrijke voorlichtingsmethode blijven.

### VOORLICHTINGSMETHODEN

In Nederland lijden rond 400.000 mensen aan diabetes mellitus. Alleen al vanwege dit grote aantal is het niet doenlijk al deze mensen

TABEL 1.  
De rollen van hulpverlener en diabeet kort na het diagnostiseren van de diabetes en na verloop van langere tijd.

#### Fase 1, korte termijn

##### *Kenmerken*

Voorop staat bij type I-diabetes 'het hoofd boven water houden'. Bij type II-diabetes is deze eerste fase alleen aanwezig als gewichtsreductie een doelstelling is. Naast deze 'fysiologische' korte-termijndoelstelling speelt de verwerking van de ontdekking van de diabetes en de acceptatie hiervan een belangrijke rol. De eerste fase kenmerkt zich door een frequent contact tussen arts of andere hulpverleners en de diabeet.

##### *Rol diabeet*

De diabeet zal in deze fase vooral bezig zijn met het verwerken van het feit dat hij diabetes heeft. Voor de diabeet type I is het belangrijk de adviezen van de arts op te volgen om snel een goede instelling van de bloedglucosewaarden te bereiken.

De diabeet type II richt zich volledig op de gewichtsreductie, waarvan het resultaat in drie maanden zichtbaar kan zijn.

##### *Rol arts*

De arts/hulpverlener is degene met kennis. Hij bepaalt voor het grootste deel de inhoud en de volgorde van de consulten. Hij biedt de diabeet een dagstructuur (het leven aan de diabetes aanpassen) en 'bewaakt' de gezondheid van zijn patiënt. De arts is terughoudend in de hoeveelheid adviezen. Wat betreft de hulp bij het verwerken van de ontdekking van de diabetes en de acceptatieproblemen is de rol van de arts anders. Arts en patiënt bespreken min of meer als gelijken de problemen.

#### Fase 2, langere termijn

##### *Kenmerken*

Hier staat het inpassen van de diabetesbehandeling in het eigen leven centraal. De diabeet wordt in staat gesteld zijn diabetes te 'managen'. Arts en diabeet bepalen samen de inhoud van de consulten. Het contact tussen arts en patiënt is minder frequent dan in de eerste fase.

##### *Rol diabeet*

De diabeet is de manager van zijn eigen ziekte. Hij past de behandeling in zijn dagelijks leven in. Hij heeft ervaringskennis en bepaalt voor een deel de inhoud van de consulten door praktische problemen bij de uitvoering van de adviezen aan te dragen. Hij trekt aan de bel als zaken mislopen.

##### *Rol arts*

De arts is nog steeds degene met kennis. Deze kennis staat naast de ervaringskennis van de diabeet. De arts analyseert de gezondheidsconsequenties van oplossingen van praktische problemen die zijn patiënt aandraagt. De arts stelt eventueel onjuiste ideeën over gezondheid of gezonde voeding ter discussie.

individueel voor te lichten over onderwerpen betreffende hun ziekte, zelfregulatie, voedingsadvies, samenstelling van voedingsmiddelen en nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast is het duidelijk dat de voedingsvoorlichting in

een klimaat van beperkte middelen moet worden gerealiseerd. Hier en daar is men terughoudend in het gebruik van massale voorlichtingsmethoden van de media als folders, film of video en groepsvoorlichting. Dit lijkt voor

een deel voort te komen uit de terechtte gedachte dat 'niet alles met groepsvoorlichting gedaan kan worden': ook het individuele gesprek heeft een vitale functie in de voorlichting aan diabeten. Maar dat neemt niet weg dat andere voorlichtingsmethoden een waardevolle en meer kosteneffectieve aanvulling kunnen zijn. Zo is schriftelijke voorlichting een goede en veel gebruikte methode voor het aanbieden van algemene basiskennis. Daarnaast zouden de mogelijkheden van film en video en misschien van computers met interactieve leerprogramma's meer gebruikt moeten worden. Groepsbijeenkomsten zijn adequaat voor de meningsvorming en voor de uitwisseling van ervaringen en de eigen oplossingen voor praktische problemen.

### GEEN ONNODIGE BEPERKINGEN

De leidende gedachte bij het opstellen van het dieetadvies bij diabetes mellitus is het zo min mogelijk opleggen van beperkingen. Iedere onnodige beperking leidt af van de werkelijk belangrijke zaken en beperkt de mogelijkheden met plezier te eten. In de voorlichting over het dieetadvies is maatwerk van belang; het dieetadvies is nu eenmaal een natuurlijk onderdeel van het dage-

lijks leven van iemand met diabetes. Een hulpverlener, bijvoorbeeld de behandelend arts, de diëtist of de diabetesverpleegkundige, kan dit proces van voorlichting ondersteunen door zich in de benadering van zijn diabetespatiënt bewust te zijn van en te handelen naar de gewenste fase-ning. Het uiteindelijke doel is de diabeet zó te ondersteunen dat hij zelf de manager kan zijn van de diabetesbehandeling. Een gezonde voedselkeuze is een wezenlijk onderdeel van deze behandeling. ■

### LITERATUUR

- 1 Campen C van, Sluijs EM. Bibliography patient compliance. A survey of reviews (1979-1989). Utrecht: NIVEL. 1989.
- 2 House WC, Pendleton L, Parker L. Patients' versus physicians' attributions of reasons for diabetic patients' non-compliance with diet. *Diab Care* 1986; 9: 434.
- 3 Friele RD. Diabetes and diet: managing dietary barriers [proefschrift]. Wageningen: Landbouw Universiteit Wageningen, 1989.
- 4 Sluijs EM, Knibbe JJ. Patient compliance with exercises: differential theoretical approaches to short-term and long-term compliance. *Patient Education and Counseling*, 1991; 17: 191-204.
- 5 Rutten GEHM, Vliet E van. CBO-voedingsadvies bij diabetes mellitus. Bijdrage van de huisarts aan de opvolging van dit advies. *Tijdschr v Huisartsgeneeskde* 1995; 12(9): 402-6.

### PRAKTISCHE PUNTEN

- *Veel diabeten vinden het moeilijk hun dieet te volgen als ze in een onverwachte situatie terechtkomen.*
- *Voor de diabeet type I is na de schok van de ontdekking instelling op insuline een noodzaak, voor type II een gedragsverandering in de zin van het bereiken van een gewichtsvermindering.*
- *Er zijn twee fasen in de voorlichting aan de diabeet. De beginfase kenmerkt zich door een aanpassing aan hetzij insulinetoediening, hetzij gewichtsvermindering; in de tweede fase heeft de aanpassing plaatsgevonden en is de diabeet manager van zijn eigen ziekte.*
- *In de overgang tussen eerste en tweede fase verandert de houding van de arts van corrigerend en instruerend naar die van een gelijkwaardige partner.*
- *In de door de huisarts gebruikte voorlichtingsmethoden spelen vooral de individuele gesprekken, maar ook groeps gesprekken en, waar mogelijk, films, video's en interactieve leerprogramma's een rol.*
- *De leidende gedachte bij de dieetadviezen is om zo min mogelijk beperkingen aan te brengen; het dieetadvies is maatwerk en vormt een natuurlijk onderdeel van het dagelijks leven van de diabeet.*



**Trancopal<sup>®</sup>**  
chloormezanon

**Als spieren de spanning niet meer aankunnen.**

Sanofi Winthrop vof - Govert van Wijnkade 48, 3144 EG Maassluis  
Telefoon 01899-31300 Fax 01899-31200

