

DNO

Nieuws



Actieve Dag DNO

Insulineresistentie

Insuline aanpassing door de dietist

Nieuwe voorzitter DNO

Editorial

8 Oktober was hij daar weer, de actieve dag van DNO. Leuk om collega's te ontmoeten, misschien wat oud studiegenoten weer te zien, maar vooral een mooi moment om weer stil te staan bij alles wat wij kunnen bieden voor de diabetes patiënt en elkaar daarvan op de hoogte te brengen. Helaas heb ik zelf verstek moeten laten gaan ivm privé omstandigheden, maar wat had ik het leuk gevonden om eindelijk eens een gezicht te zien bij alle namen die mij voorbij komen. Naar alle berichten was het een succesvolle en leuke dag en kijken jullie weer uit naar de volgende editie. In deze DNO Nieuws een mooi verslag van deze dag.

Als DNO nieuws zijn we heel blij dat Sara van Grootel binnen de DNO de rol van voorzitter wil gaan vervullen, ik denk dat zij met haar ervaring als secretaris bij DNO, enthousiast diëtist en natuurlijk als fijn persoon een waardevolle voorzitter zal zijn, waarbij ik haar vanuit deze plek dan ook ontzettend veel succes en plezier wil wensen.

Ook zijn we heel blij dat we de redactie van DNO nieuws hebben kunnen uitbreiden met twee redacteurs. Vanwege het aanpassen van de website, zie Nieuws uit het bestuur, wordt het DNO Info zoals jullie dit kennen opgeheven, de redactie van DNO Info vormt nu samen met de huidige redactie een krachtiger team, waarbij we dan ook Thea Luiten alsmede Rieke van Steenselen van harte welkom willen heten.

En geef jij hem mee....de koolhydraatlijst van alle lekkernijen die we de komende 2 maanden weer tegenkomen? Handig en misschien wel een mooi bruggetje om het eens te hebben over al die verleidingen de komende tijd. Je vindt een handig exemplaar op pagina 15 Veel leesplezier en alvast hele fijne dagen toegewenst.

Groeten Kirsten Weerstand
Hoofdredacteur



INHOUD

Nieuws uit het bestuur
pagina 3

DNO actieve dag
pagina 4

Insuline aanpassen door de diëtist
pagina 8

Even voorstellen
pagina 10

Insulineresistentie
pagina 11

Koolhydraattabel
pagina 15

Colofon

DNO nieuws is een uitgave van de stichting Diabetes en Nutrition Organization. DNO nieuws verschijnt 3 x per jaar. Met ingang van 2014 is DNO nieuws een digitaal magazine.

Redactie-contact
E-mail: redactiedno@gmail.com

Redactie:
Lisette van Loosdrecht, diëtist Dietistenpraktijk Lipasen, Thea Luiten, diëtist Careyn, Karin van de Sanden diëtist bij Voeding Weert en Diëtistenpraktijk Karin van de Sanden, Rieke van Steenselen, diëtist Voedings en dieetadvies De Waard
Hoofdredacteur: Kirsten Weerstand, diëtist UMC Groningen

Abonnement:
Aanmeldingen voor DNO nieuws via www.dnodietist.nl

Het bestuur van de Diabetes and Nutrition Organization bestaat uit:
Voorzitter: Sara van Grootel, diëtist Vie Voeding in Evenwicht
Bestuursleden: Martine Dogger, diëtist Dieet&Co, Geertje Hofstra diëtist Martini Ziekenhuis Groningen.
Diana Eijpe, diëtist VU Medisch Centrum, Christina Groenendijk, diëtist, thuiszorg Vèrian, Janneke de Keizer, diëtist Ziekenhuis rivierenland, Anja Ravenhorst, diëtist Diakonesseziekenhuis, Annemarieke van Rijn diëtist Diëtistenpraktijk Di(e)et gericht.

Stichting DNO
DNO p/a
NVD
De Molen 93
3990 GH Houten

Het geheel of gedeeltelijk overnemen van artikelen is slechts geoorloofd met schriftelijke toestemming van de redactie en onder bronvermelding. Stichting DNO aanvaard geen enkele aansprakelijkheid ten aanzien van de eventuele gevolgen van de redactionele informatie of de advertenties in dit magazine.

Nieuws uit het bestuur

De stichting DNO heeft een drukke periode achter de rug.

Allereerst was daar begin oktober de actieve dag, voor alle diëtisten die lid zijn van DNO. Als bestuur zijn we blij met de hoge opkomst, en de lezingen die gegeven zijn. De feedback van de aanwezigen nemen we natuurlijk mee naar de volgende keer. In deze editie van DNO Nieuws kunnen jullie nalezen hoe de dag geweest is. Voor DNO leden: de presentaties staan inmiddels op de website. Op de actieve dag is de herziene educatiemap voor volwassenen gepresenteerd, waar maanden hard aan gewerkt is door Diana Eijpe en Linda van Zutphen, daarvoor veel dank! De map is te bestellen op onze website.

Momenteel wordt de website ook herzien. Omdat we overgaan op een nieuw programma is dit moment uitgekozen om eens kritisch naar de inhoud en uiterlijk van de site te kijken en dit aan te passen aan de moderne tijd. We verwachten binnen enkele maanden de nieuwe site in de lucht te hebben. Houd www.dnodietist.nl dus in de gaten!

Ten slotte heeft DNO eindelijk weer een voorzitter, namelijk Sara van Grootel. Zij maakt sinds twee jaar deel uit van het bestuur, waarvan het laatste jaar als secretaris. Zij stelt zich voor op pagina 10. Nu zijn

we als bestuur dus wel op zoek naar een nieuwe secretaris, die de ledenadministratie en inkomende post/e-mail wil afhandelen. Dit kost enkele uren per week. Heb je interesse of wil je meer weten? Mail dan gerust naar dno@nvdiëtist.nl.

Inmiddels heeft DNO zoals je kunt zien hieronder een flink bestuur, met drie nieuwe bestuursleden erbij in de afgelopen maanden. Echter zit voor twee bestuursleden hun termijn erop in 2016, waardoor nu al begonnen wordt met overdracht van de taken, zodat we volgend jaar in volle sterkte verder kunnen.

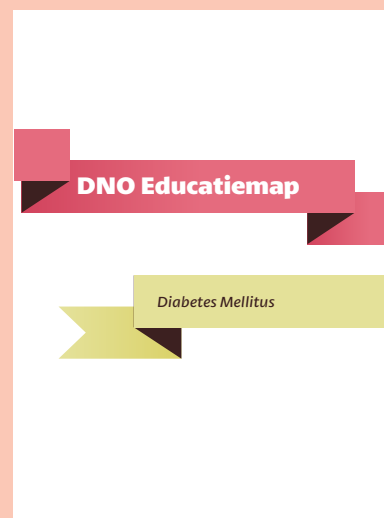
Als laatste nog een vooruitblik. Volgend jaar staan twee grote evenementen op de agenda waar DNO bij aanwezig is. Vrijdag 18 maart is het Nationale Diabetes Dag in Amersfoort, en in april zijn de Diëtistendagen. Op dit moment wordt hard nagedacht hoe we DNO daar kunnen promoten, om onze activiteiten en materialen onder de aandacht te brengen en nieuwe leden te werven. We houden jullie van onze plannen op de hoogte!

Veel leesplezier!

Het DNO bestuur
Sara, Diana, Christina, Anja, Janneke,
Martine, Annemarieke, Geertje

DNO educatiemap

De diabetes educatiemap volwassenen, ontwikkeld door Stichting DNO, is weer te koop voor 45 euro (35 euro voor actief leden DNO). De map is te gebruiken door zowel diëtisten, als praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen. De map is grotendeels herzien met o.a. nieuwe analysegetallen van koolhydraten, vetten en natrium. En heeft nu ook informatie over o.a. glykemische index en het mediterraan eetpatroon. Natuurlijk ontbreekt basisinformatie over bloedglucose en insuline, diabetes, hypo en hyper en koolhydraten niet. De map is bedoeld om tijdens het spreekuur informatie te bespreken met de cliënt, en bestaat daarom vooral veel plaatjes. Achterin de map zitten informatiebladen die gekopieerd en meegegeven kunnen worden. Ook is er een digitale versie van de map te verkrijgen. Voor meer informatie en bestellen, kijk op www.dnodietist.nl



DNO Actieve dag

8 oktober 2015

*Door
Martine Dogger, diëtist
Dieet&Co*

Op donderdag 8 oktober werd in het Diaconessenhuis in Utrecht de Actieve Dag van de DNO georganiseerd. Deze tweejaarlijkse dag staat in het teken van informatieoverdracht, contacten leggen en een actueel thema, dit jaar "De Diabetist". 5 Sprekers waren uitgenodigd om in het kader van dit thema een presentatie te verzorgen:

Claudia Bolleurs, beleidsadviseur bij de NVD, startte de ochtend met een presentatie over hoe zelfmanagement nog beter kan.

99,75% van zijn tijd moet de cliënt het zelf doen, slechts 0,25% van zijn actieve uren per jaar ziet de cliënt een zorgverlener. Zelfmanagement kan de kwaliteit van leven van de cliënt met een chronische ziekte verbeteren en zorgen voor een daling van de zorgkosten. De rol van de zorgverlener moet daarom, naast die van behandelaar, dus steeds meer die van coach worden en de cliënt wordt steeds meer medebehandelaar en regisseur van zijn eigen behandeling. "Zorgen voor..." wordt steeds meer "Zorgen dat..."
Claudia is vanuit de NVD betrokken bij de NDF, die zich de afgelopen jaren onder

andere heeft beziggehouden met het ontwikkelen van een competentieprofiel en -scan, die zorgverleners en teams kunnen helpen bij het organiseren van zelfmanagement-educatie. De scan kan door zorgverleners gebruikt worden om te bekijken in hoeverre de voor zelfmanagement-educatie benodigde competenties beschikbaar zijn en waar nog een leerbehoefte bestaat. Wanneer uit de scan blijkt dat er een leerbehoefte is, kan de zorgverlener zich gaan oriënteren op het scholingsaanbod. Het advies voortvloeiend uit de scan biedt kenmerken van scholing en kenmerken van trainingsmodellen, bedoeld als hulpmiddel bij het zoeken naar geschikte en aansluitende scholing.

Omdat er erg veel scholingsaanbod is wordt er nu gewerkt aan het ontwikkelen

van een instrumentenwijzer die het makkelijker moet gaan maken om uit het aanbod de juiste keuze te kunnen gaan maken. Er wordt nog gezocht naar een manier om dit te financieren en de geplande opleverdatum is december 2015.

Alle nu beschikbare instrumenten zijn terug te vinden via: [http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/richtlijnen-diabeteszorg-en-preventie->Zelfmanagement\(-educatie\)](http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/richtlijnen-diabeteszorg-en-preventie->Zelfmanagement(-educatie)).

Erica Slof, 1e lijns diëtist/diëtist bij Atkins International en bestuurslid KDOO (Kenniscentrum diëtisten overgewicht en obesitas) opende haar verhaal over "Voedingsadvies bij insulineresistentie" met twee boodschappen:
1. Van vet word je niet vet
2. Van suiker krijg je suiker.

In haar verhaal ging ze in op

insulineresistentie en de rol ervan in het ontstaan van diabetes, hypertensie en verstoringen in het lipidenspectrum. Haar verhaal is te lezen in het artikel Insulineresistentie op pagina 11

Mariëlle van Veen, diëtist bij het LUMC, nodigde in haar presentatie "Een half jaar na de nieuwe Voedingsrichtlijn" de aanwezigen uit om hun ervaringen met de nieuwe NDF-richtlijn te delen. Zij wilde weten in hoeverre de advisering was veranderd na het uitkomen van de nieuwe richtlijn.

Dit was vooral aanleiding tot veel discussie waaruit de indruk ontstond dat iedereen nu uit de nieuwe richtlijn haalde wat het beste bij zijn/haar eigen werkwijze past. En dat de toch wel sterk veranderde adviezen, vooral op het gebied van vetten, nog lang niet door iedereen worden aangehouden.

Een ander duidelijk punt van discussie was het wel of niet mogen adviseren over de insuline-koolhydraatratio. Dit is nu onvoldoende vastgelegd in de richtlijn. Het advies is vooral om te zorgen voor een goede samenwerking met de diverse disciplines en daarmee de taken van de diëtist helder vast te leggen.

Gerda van Rooijen, diëtist in het TweeSteden-ziekenhuis in Tilburg, verzorgde een presentatie over "Koolhydraten, vetten en eiwitten. Wat is de juiste hoeveelheid insuline?"

De stabiliteit van BG-curve is voorspellend voor het ontwikkelen van complicaties en een goed HbA1c zegt niets over de stabiliteit van de curve. Uit continue glucosemonitoring blijkt dat er veel meer

postprandiale pieken zijn dan werd gedacht. Daarom is een juiste afstemming van de maaltijdinsuline op de hoeveelheid koolhydraten een voorwaarde voor een zo optimaal mogelijke bloedglucoseregulatie. Voortschrijdend inzicht heeft geleid tot aanpassingen in de formules voor de juiste instelling van de pomp.

Het postprandiale glucoseverloop wordt ook beïnvloed door de hoeveelheid vet, eiwit en de GI:

- Een vetrijke maaltijd (>40 gram vet) geeft een vertraagd glucose stijgend effect.
- Bij > 40 gram vet is 30-35% meer insuline nodig.
- Vrije vetzuren veroorzaken insulineresistentie en verhogen de glucoseafgifte door de lever.

Hierin zijn wel individuele verschillen te zien.

- Bij het gebruik van alleen eiwit <75 gram: weinig invloed op de bloedglucosewaarden.
- Bij gebruik van alleen eiwit > 75 gram: glucosestijging vergelijkbaar met 20 gram koolhydraten.
- Maaltijden met >30 gram Kh en >40 gram eiwit, veroorzaken een insulinebehoefte stijging van 15-20%
- Eiwit vertraagt de postprandiale glucosestijging

De finetuning blijft echter altijd maatwerk omdat er veel andere factoren zijn die de insulinegevoeligheid beïnvloeden.

Het laag koolhydraat-dieet bij DM1 ten slotte, vraagt misschien een andere aanpak in de praktijk: In verhouding zal er meer basaal en minder maaltijdinsuline worden gebruikt. Maar wanneer ter vervanging meer eiwit en vet wordt gebruikt zal daar dan ook insuline voor moeten worden gerekend? Dit is een hele andere uitdaging: Wie durft dit aan in de praktijk?

Diana Eijpe, diëtist in het VUMC, presenteerde haar ervaringen met het "Meten lichaamssamenstelling met bio-impedantie in de poliklinische praktijk" in de vorm van twee casussen.

Zij ging ook nog verder in op de theorie van de bio-impedantiemeting en benadrukte het voordeel van een meting waar de uitkomst in de vorm van Resistance en Reactance worden gegeven, zodat je deze kunt invullen in de formule die bij je cliënt past. De belangrijkste conclusie die naar aanleiding van de beide casussen konden worden getrokken over het inzetten van bio-impedantiemeting op de diabetespoli waren:

- Informatie BIA geeft inzicht in mogelijk aanvullende behandeldoelen van DM op gebied van voeding, beweging, lifestyle.



- Bij gewichtsreductie moet BIA worden gemonitord om het effect van voedings- en leefstijladviezen te controleren, zodat de vetvrije massa zoveel mogelijk behouden wordt.
- Gebruik altijd dezelfde en juiste formule.
- Check de meetomstandigheden.
- Een uitslag is nooit 100% de waarheid.
- Bij DM2 en overgewicht en DM1 en ondergewicht kan bio-impedantiemeting een goed stimuleringsmiddel zijn.
- Interpreteer de BMI en VMI
- Meet bij veel buikvet ook de middelomtrek.

De presentaties van de sprekers zijn terug te vinden op de DNO-site.

Natuurlijk was er naast het thema **De Diabetist** ook aandacht voor de activiteiten van de DNO.

Het bleek dat zelfs veel van de aanwezige actieve leden niet goed op de hoogte zijn van de diverse activiteiten, waaruit hieronder een kleine greep:

- Activiteiten voor en met de NDF, zoals de collegetour van afgelopen jaar bij de introductie van de NDF-richtlijn. Maar ook een bijdrage aan de totstandkoming van deze en andere richtlijnen en de Zorgstandaard.
- Een bijdrage aan netwerkbijeenkomsten, educatie en voorlichting.
- Het uitgeven van DNO Nieuws
- Het uitgeven van educatiematerialen
- Een bijdrage aan de HAN Post HBO (basis, gevorderd A en gevorderd B)
- Het leveren van sprekers voor symposia
- Standbemensing bij congressen en symposia
- De DNO-website, die bin-

nenkort vernieuwd gaat worden

De nieuwe voorzitter van de DNO, Sara van Grootel, die het stokje overneemt van Andrea Gnoth, meldde dat de activiteiten de komende tijd zullen worden voortgezet en samenwerkingen met andere organisaties op het gebied van diabeteszorg zullen worden uitgebreid. Overigens moest zij ook melden dat de kosten voor de DNO voor aansluiting bij de NDF erg hoog zijn en dat er door de DNO als stichting geen contributie kan worden geheven. Daarom is de DNO voor haar voortbestaan afhankelijk van



sponsorinkomsten en van de inkomsten die via de afdracht regeling binnenkomen. Deze regeling houdt in dat een ieder die via de DNO aan een betaalde opdracht komt, 20% van het bedrag dat hiervoor wordt betaald afdraagt aan de DNO.

Het bestuur is inmiddels versterkt met 3 nieuwe bestuursleden, met alleen nog een vacature voor secretaris.

De verschillende werkgroepen binnen de DNO kregen daarnaast de kans om zich te presenteren:

De werkgroepen Type 2 en Co-morbiditeit, Kinderen, Type 1 en Zwangeren. De werkgroep Geïndiceerde Preventie zal worden samengevoegd met de werkgroep Type 2.

Doordat niet alle werkgroepen al even lang bestaan, is er nog een duidelijk verschil in wat er al is gerealiseerd door de werkgroepen en ook het aantal leden van de werkgroepen verschilt heel sterk, daarom ook een oproep voor nieuwe leden voor de werkgroepen type 1 en type 2. Maar iedere werkgroep is op het eigen gebied hard aan het werk om afspraken te maken, richtlijnen op te stellen en adviezen te geven wanneer daarom gevraagd wordt.

Op de volgende pagina zie je een kort overzicht van de huidige activiteiten door de verschillende werkgroepen.

Tussen de verschillende onderdelen door was er natuurlijk ook ruimschoots gelegenheid om te netwerken en om de stands van de verschillende sponsors (Abbott, Agrico, Corien Maljaars en het Diabetesfonds) te bezoeken en natuurlijk de eigen stand van de DNO waar onder andere de nieuwe Educatiekaart verkocht werd.

Al met al een vol dagprogramma, dat werd afgesloten met een hapje en een drankje.

Getuige de grotendeels positieve evaluatieformulieren een succesvolle dag en genoeg input om over 2 jaar opnieuw een Actieve Dag van de DNO te organiseren.

Activiteiten door de werkgroepen DNO

Zoals jullie hierboven hebben kunnen lezen, zijn er vijf werkgroepen binnen DNO. Ooit opgericht om de producten van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) te beoordelen en implementeren, maar nu vooral actief op andere vlakken. In dit artikel een kort overzicht van een aantal activiteiten die werkgroepen hebben verricht.

Werkgroep DM I

- Ontwikkeling 'Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet insulinepomptherapie en hulpmiddelen' binnen de NDF. Deze richtlijn moet in 2016 geïmplementeerd worden in het diabetesveld, en leiden tot een optimale en doelmatigere inzet van insulinepomptherapie.
- Inventarisatie van koolhydraatapps (nog in ontwikkeling).

Werkgroep zwangeren

- Inventariseren normen bloedglucosewaarden
- Inventariseren post partus zorg
- Inventariseren van de werkwijzen op de diverse werkplekken
- Schrijven brochure borstvoeding bij diabetes (nog in ontwikkeling)
- Schrijven artikel over DMG (zwangerschapsdiabetes) en voeding, en voeding bij zwangeren met DM I+II in vaktijdschrift voor verloskundigen (nog in ontwikkeling)

Werkgroep kinderen

- Telefonische casuïstiek met de leden van de werkgroep onderling
- Presentatie hyperlipidemie bij kinderen met diabetes
- Herziening Artsenwijzer Diëtetiek
- Project ondersteuningsaanbod kind en diabetes (vanuit de NDF): overzichtelijke basisinformatie over diabetes en kinderen die via website beschikbaar komt
- Begeleiden afstudeeropdracht naar aanpassing insulinedosering bij vetrijke maaltijden

Werkgroep DMII en comorbiditeit en werkgroep geïndiceerde preventie moeten opnieuw opgestart worden wegens een te laag aantal werkgroepleden.

We hopen dat zij binnenkort aan de slag te gaan met casuïstiek, en zorgen voor een vanzelfsprekende plek van de diëtist in de zorggroep.

Pakketscan

Zorginstituut Nederland nodigt patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars uit om mee te praten over zorgkwesties rondom diabetes. Dit kan via de website www.pakketscan.nl. Zorginstituut Nederland vergelijkt gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg en verschillen hiertussen worden beschreven in zogenoemde 'zorgkwesties'. Het laat zien waar knelpunten en mogelijkheden voor verbetering liggen, van zowel kwaliteit van zorg als zorgverzekering.

Zorgstandaard Diabetes herzien

Afgelopen zomer is de zorgstandaard diabetes herzien, na input van alle NDF leden. Bijvoorbeeld op pagina 15-16 van de standaard wordt nu meer ingegaan op de competenties van de professional die zorg rondom voeding verleent, naar het voorbeeld van de zorgmodule Voeding. De website www.zorgstandaarddiabetes.nl is nu weer helemaal up-to-date.



Insuline aanpassen door de diëtist

Door

*Gerda van Rooijen, diëtist
Twee Steden ziekenhuis Til-
burg*

*Syska Walgemoet, diëtist
Gelre ziekenhuis Apeldoorn*

De diëtist geeft uitleg over koolhydraten en bepaalt een insuline- koolhydraatratio bij intensieve insuline-therapie. Dit is een belangrijk onderdeel in het stimuleren tot zelfmanagement van de patiënt.

Het leren toepassen van zelfregulatie is een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de diëtist.

De diëtist is hierin geschoold en de specialist ten aanzien van voeding.

De diëtist krijgt steeds vaker te maken met het afstemmen van medicatie en voeding, ook in andere vakgebieden zoals het voorschrijven van fosfaatbinders, pancreasenzymen en bij TPV.

Rondom de herziene NDF voedingsrichtlijnen diabetes en het opstellen van het multidisciplinaire consensusdocument insuliepomptherapie is discussie gekomen over wat de diëtist nu juridisch wel en wat niet mag in het kader van de wet voorschrijfbevoegdheid.

Er wordt in beide documenten hierover bewust geen advies gegeven, dat dient de eigen beroepsgroep, wij diëtisten, zelf te doen.

Er lijken meerdere meningen te zijn. De één zegt aanpassen insuline zonder recept

kan gedelegeerd worden mits dit goed geregeld is (protocol en individuele bekwaamheidsverklaring). De andere mening is aanpassen medicatie waarbij geen nieuw recept nodig is, is ook voorschrijven en is een voorbehouden handeling die niet gedelegeerd mag worden. De patiënt gaat nadelen ondervinden als de diëtist deze adviezen niet meer zelfstandig mag geven en de patiënt hierbij niet meer kan begeleiden.



Belangrijke punten:

1. Hoe zit het nu echt met aanpassingen van medicatie waarbij geen nieuw recept nodig is in het kader van taakdelegatie? (verschillende juristen zeggen iets anders)
2. Hoe kunnen we dit regelen

dat de patiënt geen nadelen gaat ondervinden en de diëtist efficiënt/ zelfstandig haar werk kan doen?

Afspraken die we met de NVD hebben gemaakt zijn de volgende:

Belangrijk is wat er op dit moment in de wet BIG staat (deze wet bevordert en bewaakt de kwaliteit in de gezondheidszorg). Blijkbaar wordt dat door verschillende deskundigen, zoals juristen verschillend geïnterpreteerd.

De NVD zal deze vraag eerst bij VWS voorleggen, het kan even duren voor daar reactie op komt.

We hebben afgesproken dat we dit nu niet extra in de publiciteit zullen brengen totdat we goed weten hoe het zit.

Dat betekent ook dat we als diëtisten moeten zorgen dat we goede werkafspraken blijven maken binnen ons diabetesteam of zorggroep, in een multidisciplinaire richtlijn, plus een bekwaamheidsverklaring.

Kort diabetes nieuws

Slechte bloedsuikercontrole bij Diabetes Mellitus type II vergroot kans op dementie

Dit komt naar voren uit een Zweeds onderzoek wat is uitgevoerd onder 350.000 mensen. Mensen met Diabetes Mellitus type II werden 8 jaar lang door onderzoekers gevolgd. De gemiddelde leeftijd aan het begin van het onderzoek was 67 jaar. De HbA1C werd gemeten en daarnaast werd bijgehouden hoeveel van hen dementie kregen.

Aan het einde van de studie hadden 11.000 mensen dementie gekregen. De mensen met de hoogste HbA1C (91 mmol/l of hoger) hadden 50% meer kans om dementie te krijgen dan de mensen met de laagste HbA1C (48 mmol/l of lager).

De onderzoekers trekken hieruit de conclusie dat een goede bloedglucosecontrole kan helpen om dementie bij Diabetes Mellitus type II te voorkomen. Het onderzoek werd recent gepresenteerd op een diabetescongres in Stockholm.

Bron:

<https://www.diabetesfonds.nl/leven-met-diabetes/nieuws/goede-bloedsuikercontrole-bij-diabetes-type-2-kan-dementie-helpen-voorkomen>

Diabetes en depressie

Wetenschappers van het VUmc deden onderzoek naar de link tussen diabetes, depressie en diabeteslast. Deze link is ingewikkeld. Diabetes vergroot de kans op het krijgen van een depressie en andersom vergroot depressie de kans op diabetes type II en mogelijk ook type I.

Wanneer er meerdere complicaties optreden bij diabetes, loopt het risico op het krijgen van een depressie op. De kans op het krijgen van een depressie is ook afhankelijk van de emotionele ziektelast (wanneer men veel last heeft van diabetes, heeft dit invloed op hoe men zich voelt en zo op de depressie). Wanneer men moeite heeft met zelfmanagement in het dagelijks leven, heeft men vaak meer last van de diabetes. Daarnaast maakt men zich zorgen over mogelijke complicaties, wat meer kans geeft om in een depressie te raken.

Een depressie kan er andersom voor zorgen dat men meer last heeft van de diabetes. Vanuit sommige studies blijkt dat vrouwen met een depressie meer moeite hebben om hun bloedglucosewaarden onder controle te houden en zo krijgen ze meer last.

Van de personen met diabetes heeft 70% weinig last van de ziekte en geen depressie. De overige 30% heeft last van depressie, ziektelast of beide (5%). Voornamelijk de laatste groep zou baat hebben bij een behandeling voor diabetes én depressie tegelijk.

Bron:

<https://www.diabetesfonds.nl/leven-met-diabetes/nieuws/last-van-diabetes-of-een-depressie>

Studie:

[http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(15\)00135-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(15)00135-7/fulltext)

NPH-insuline goed mengen is belangrijk

Bij voor-gevulde insulinepenningen met NPH-insuline is het belangrijk deze voor het injecteren zeer zorgvuldig te zwenken (rustig heen en weer bewegen van de insulinepen). Door het niet of onvoldoende zwenken ontstaat een slecht gemengd product. Dit kan ervoor zorgen dat men teveel of te weinig insuline binnen krijgt met de injectie. Onderzoekers ontdekten dat de hoeveelheid insuline wel 23% kon afwijken van de geplande dosis. Hierdoor konden bloedglucosewaarden tot wel 62% afwijken. NPH-insuline is in Nederland verkrijgbaar onder de namen Insulatard, Humaline en Insuman.

Bron:

<https://www.dvn.nl/dvn/actueel/nieuws/1759/goed-mengen-nph-insuline-heel-belangrijk.html>

Studie:

<http://care.diabetesjournals.org/content/early/2015/09/07/dc15-0801.abstract>

Even voorstellen

Ik ben Sara van Grootel, 32 jaar en woon in Den Haag, samen met mijn vriend en 2 katten.

Sinds 2006 heb ik een eigen praktijk in Den Haag, met op 4 locaties spreekuur en een freelance-medewerker die mij daarbij ondersteunt. Ik maak daarbij als franchiser onderdeel uit van Vie, Voeding in evenwicht, waardoor ik toch een soort van collega's heb. Samen bespreken we casussen en organiseren we praktische zaken zoals de website, voorlichtingsmateriaal en scholingen voor praktijkondersteuners. Naast de cliënten met diabetes type II houd ik me graag bezig met overgewicht, en dan vooral de psychologische kant van eten, en verstoord eetgedrag. In mijn vrije tijd doe ik graag handballen of snowboarden, of, minder actief, gezelschapsspelletjes, lezen, naar de bios, theater en uit eten. Zelf koken vind ik ook erg leuk, maar dat is nog iets wat verbetering behoeft :)

In 2006 heb ik mijn afstudeeronderzoek gedaan in het ErasmusMC, onder leiding van Kirsten Berk, toenmalig voorzitter van DNO. Door haar ben ik vrij snel lid geworden van DNO, en na diverse klusjes zoals de website en nieuwsbrief, eind 2013 gevraagd bij het bestuur te komen. Vrij snel daarna stopte Danielle als secretaris en heb ik haar taken overgenomen. En nu dan inmiddels voorzitter...

Ik denk dat ik door twee jaar bestuurservaring een goed beeld heb van de stichting DNO, haar positie in het werkveld en de werkzaamheden waar DNO bij betrokken is. Daarnaast heb ik al veel mensen leren kennen binnen en buiten DNO, en hoop ik met nog meer mensen contact te leggen. Als voorzitter ben ik het aanspreekpunt voor de leden, maar ook voor andere partijen. Zelf hoop ik het contact met andere beroepsverenigingen aan te halen en meer gezamenlijk op te trekken om de diabeteszorg te verbeteren. Daarnaast is een speerpunt om een band op te bouwen met de opleidingen Voeding en Di-

etiek in het land, zodat diëtisten zo vroeg mogelijk kennis maken met DNO.

Leerpuntje voor mijzelf is om meer kennis te krijgen over de activiteiten van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). Hier gebeurt zoveel, dat het bijna onmogelijk is om van alles op de hoogte te zijn, en de rol van de diëtist te zien en behartigen, maar ik ga me hier (samen met medebestuurders) voor inzetten! Ook hoop ik meer kennis op te doen over type I diabetes en de ontwikkelingen in de behandeling hiervan, zoals de insulinepompen en -sensoren. Omdat ik hier in mijn dagelijks werk niet mee te maken heb, zou ik graag eens meelopen met een collega om hier meer over te leren. Bij deze: wil je mij eens mee laten lopen bij jou in de praktijk, neem ik de uitnodiging graag aan!

Ik heb veel zin om mijn resterende bestuurstermijn (nog 2 jaar) vol te maken als voorzitter. Mocht je samen willen werken met DNO, of andere vragen hebben, ben ik te bereiken via dno@nvdietist.nl

Vriendelijke groet,
Sara van Grootel



Insulineresistentie

Door

*Thea Luiten, diëtist Careyn
Rieke van Steenselen, diëtist
Voedings- en dieetadvies 'De
Waard'*

De meesten van jullie komen dit in de praktijk tegen, en misschien weten we ook in hoofdlijnen wat het is, maar hoe zit het ook al weer precies? En wat kunnen we er aan doen? Een mooi artikel geïllustreerd met 3 praktijkvoorbeelden.

Insuline is een anabool (opbouwend) hormoon wat wordt aangemaakt in de bètacellen van de alvleesklier. Insuline heeft effect op de glucose- en vetstofwisseling. Het zorgt voor opname van glucose in met name de spiercellen en de levercellen. Insuline remt de gluconeogenese, het opnieuw vormen van glucose. Daarnaast stimuleert insuline de vetsynthese in de lever en de vetzuuropname in het vetweefsel. Het remt de lipolyse (vetafbraak) in vetweefsel.

Wanneer er langere tijd meer energie gebruikt wordt dan verbruikt, wordt het overschot aan energie omgezet in vetweefsel en opgeslagen in de vetcellen. Uiteindelijk worden de vetcellen groter en raken vol en kan er geen tot weinig vet meer worden opgenomen. Via de bloedbaan komen de vetten in andere organen terecht, zoals spieren en de lever. Deze organen worden hierdoor minder gevoelig voor insuline en de

glucose wordt minder goed opgenomen. De pancreas maakt als reactie hierop meer insuline aan, om te zorgen dat de glucose toch wordt opgenomen. De insulinespiegel wordt hierdoor hoger dan normaal, ook wel hyperinsulinemie genoemd. Er is hierbij dus geen sprake van een insulinetekort, maar van insulineresistentie. Een inactieve leefstijl, hormonale veranderingen (zwangerschap en menopauze), Obstrucief Slaap Apneu Syndroom (slaapapneu), medicijngebruik (o.a. prednison en antidepressiva), genetische aanleg en stress spelen ook een rol bij het ontstaan van insulineresistentie.

Door de overmaat van insuline neemt het gewicht sneller toe (voornamelijk rond de buik), waardoor de in-

sulineresistentie weer verder toeneemt, een vicieuze cirkel. Het is een sluipend proces, men merkt dit pas wanneer bijvoorbeeld de pancreas niet meer kan voldoen aan de insuline vraag en de bloedglucosewaarden gaan stijgen.

Insulineresistentie gaat vaak gepaard met comorbiditeiten, zoals hypertensie, hypertriglyceridemie en dyslipidemie, ook wel het metabool syndroom genoemd.



Verder geeft men vaak een of meer van de volgende klachten aan:

- Constante trek in zoetheid en koolhydraten ('suikerver-slaving');
- Constant hongergevoel;
- Moeite met afvallen (weinig eten en toch aankomen);
- Slaperigheid na het eten;
- Opgeblazen gevoel;
- Vermoeidheid;
- Hypoglykemie-achtige klachten zonder dat diabetes is gediagnosticeerd.

Koolhydraatbeperkt dieet

Wanneer er sprake is van bovenstaande symptomen en verdenking op hyperinsulinemie, is het doel van de behandeling de insulinespiegel in balans te brengen. Dit betekent letterlijk het verlagen van de insulinespiegel. Door minder koolhydraten te nuttigen, is er minder insuline nodig en daalt de insulinespiegel. Doordat er minder insuline en minder glucose in het bloed aanwezig is, wordt de vetverbranding gestimuleerd. Dus daalt het gewicht, waardoor de insulineresistentie verminderd.

Er zijn verschillende manieren om de koolhydraten te beperken, dit kan in verschillende gradaties. In de NDF-voedingsrichtlijn spreekt men van een koolhydraatbeperkt

dieet bij een koolhydraatinname van minder dan 40 energieprocent. Een minimale koolhydraatbeperking is 125-200 gram per dag, een milde koolhydraatbeperking 75-125 gram, matig 50-75 gram, streng 20-50 gram en extra streng minder dan 20 gram koolhydraten per dag. De effecten van een extra streng koolhydraatbeperkt dieet (<20 gram per dag) op langer termijn zijn nog onduidelijk. De mate van koolhydraatbeperking moet per persoon worden afgestemd. Bij een strenge koolhydraatbeperking is het belangrijk extra aandacht te hebben voor de mineralen en de vitaminestatus, met name jodiuminname. Er kan eventueel een multivitamine worden gebruikt (met maximaal 100% van de behoefte). Daarnaast is aandacht voor voldoende vezels van belang.

Bij beperking van koolhydraten in de voeding, stijgt de inname van vetten en eiwitten. Eiwitten zorgen voor behoud van spieren, geven een verzadigd gevoel en hebben een hoog thermogenetisch effect. Vetten zorgen voor een verzadigend gevoel en geven smaak.

Beperking van koolhydraten is voornamelijk geschikt

voor cliënten die al veel verschillende diëten hebben geprobeerd zonder resultaat, vooral wanneer iemand niet overmatig eet en toch te zwaar is. Daarnaast voor cliënten met dreigende diabetes, overgewichtdiabetes, slaapapneu en PCOS. Een contra-indicatie voor een koolhydraatbeperkt dieet is een verminderde nierfunctie. Ook is er extra aandacht nodig bij zwangeren, bij het voorkomen van hartfalen en bij het gebruik van bepaalde medicijnen, o.a. acenocoumarol (meer inname vitamine K) en lithium (vochtverlies).

Bronnen

Izeboud, A.F. (diëtist) (2015). Op weg naar een gezonder gewicht en het behoud daarvan: het koolhydraatarme, eiwitrijke dieet in de behandeling van patiënten met ernstig overgewicht en/of diabetes type II [nascholing]. Hengelo.

Slof, E. (diëtist) (2015). Voedingsadvies bij insulineresistentie [nascholing]. Utrecht.

Verkoelen, H. (diëtist en diabetesverpleegkundige) (2015). Koolhydraatbeperking S,M,L. Welke maat heeft je cliënt? [nascholing]. Breda.

Op de actieve dag van de DNO, 8 oktober jl., vertelde [Erica Slof](#) op inspirerende wijze hoe zij dit dieet in de praktijk toepast en hoe ze tot haar huidige werkwijze is gekomen. Erica heeft een zelfstandige praktijk als diëtist in Lelystad en werkt bij Atkins International BV. in Zwolle. Daarnaast is ze lid van het bestuur van KDOO (Kenniscentrum Dietisten Overgewicht en Obesitas).

In de afgelopen jaren is Erica, net als veel andere diëtisten, geleidelijk aan anders gaan denken over vet en koolhydraten. Opgeleid

in de tijd dat alle vet slecht was, komt er steeds meer onderzoek waaruit blijkt dat de boodschap "verzadigd is verkeerd en onverzadigd is oké" niet klopt. Het lijkt het er nu steeds meer op dat niet vet, maar de grote hoeveelheden koolhydraten de boosdoeners zijn. Immers sinds vet steeds meer werd beperkt en de koolhydraten in de voeding werden verhoogd, stijgt het aantal mensen met Diabetes Mellitus type 2 en insuline resistentie. Erica pleit voor (h)erkenning van insulineresistentie (IR) en stelt: "Wanneer je IR vroeg genoeg vaststelt en behandelt, is

comorbiditeit vaak nog omkeerbaar. Aandacht voor IR is belangrijk dan alleen de aandacht richten op de comorbiditeiten. We moeten dit uitleggen aan onze cliënten maar vooral ook aan onze verwijzers.”

Erica's visie op vet:

- Er is geen relatie tussen verzadigd vet en het ontwikkelen van hart en vaatziekten;
- De plantaardige oliën met hun goede imago zouden wel eens meer kwaad dan goed kunnen doen;
- Het LDL is geen predictor van hart en vaatziekten, dat is de ratio.

Tijdens de lezing onderbouwd Erica haar visie met diverse onderzoeksgegevens en verteld ze over de boeken die haar hebben geïnspireerd (zie bijgevoegde literatuurlijst).

Erica's visie op koolhydraten:

- Je kunt koolhydraten wegsprengen, maar je kunt ze ook niet eten (eerst voeding, daarna medicatie);
- Er zijn geen essentiële koolhydraten, m.u.v. de vezels;
- Je lichaam heeft geen koolhydraten nodig;
- Niet de vetten maar de koolhydraten jagen de lever aan tot met name VLDL en triglyceriden productie.

Erica geeft aan dat lipogenese het proces is waarbij enkelvoudige koolhydraten worden omgezet in vetzuren en verpakt in VLDL uitgescheiden worden door de lever. Op deze manier verhogen suikers de triglyceriden in het bloed. Het zijn dus niet de vetten maar juist de koolhydraten die de lever aanzetten tot het maken van VLDL, de voorloper van LDL.

Praktisch adviseert Erica groente, vlees/

vis/gevogelte, eieren, enkelvoudig onverzadigde vetten, noten/zaden, onbewerkt fruit, kaas, volkoren crackers/koolhydraatarm brood en thee of koffie zonder suiker te gebruiken. Daarnaast houdt ze onderstaande richtlijnen aan:

- Kies zo veel mogelijk voor puur en onbewerkte producten;
- Probeer zoveel mogelijk 'vers' te eten. Voorverpakte producten bevatten altijd meer zout, suikers en conserveringsmiddelen. Kant en klare maaltijden bevatten vrijwel altijd te weinig groenten;
- Neem geen suiker of suikerhoudende producten/dranken;
- Pas op met zout, zout zit verborgen in kant- en klare producten. Gebruik verse en gedroogde kruiden en zoutarme specerijen;
- Eet 3 verzadigende maaltijden per dag dan zijn tussendoortjes niet nodig;
- Wil je toch een tussendoortje kies dan voor een tussendoortje met weinig koolhydraten, hierdoor ben je eerder verzadigd en schommelt je bloedglucose minder.

Erica's take home message: Behandel de Insulineresistentie en niet de comorbiditeit, verminder de koolhydraten en onderzoek je visie op vet.

Bronnen

- *Siri Tarino 2010, A.J.C.N. Metaanalysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated-fat with cardiovascular disease*
- *Chowdhury, Ann. Int. Medicine 2014 Mar; Association of dietary circulating and supplement fatty acids with coronary risk a systematic review and meta analysis*
- *Shai, New England Journal of Medicine 2008; Weight loss with a low carbohydrate, mediterranean of low fat diet.*

Harriët Verkoelen (diabetesverpleegkundige en diëtist) begeleidt veel patiënten met insulineresistentie met het koolhydraatbeperkte dieet. Daarnaast geeft ze scholingen aan professionals over het koolhydraatbeperkte dieet en schreef hierover twee boeken.

Harriët geeft aan dat bij diabetes mellitus type II strikt genomen 10% ouderdomsdiabetes is met een tekort aan insuline, bij de overige 90% is er sprake van insulineresistentie, wat eigenlijk beter overge-

wichtdiabetes kan worden genoemd. De hoge insulinespiegel bij insulineresistentie zorgt voor een dreiging van een hypoglykemie, het lichaam beschermt hiertegen door het aanmaken van adrenaline. Deze adrenaline 'verstopt' de insulinerceptoren en zet de insuline dus op non-actief. Na het verhogen van de te spuiten insuline zijn de bloedglucosewaarden 2-3 dagen goed, maar verhogen daarna weer omdat het lichaam de adrenalinespiegel aanpast. De insulineresistentie wordt hierdoor alleen maar erger. Bovenstaande is te keren

door de insulinebehoefte te laten dalen, een dieet met minder koolhydraten en meer vet. Wanneer dit wordt gestart kan alle medicatie omlaag, sterker nog: de medicatie moet verlaagd worden, omdat anders de werking van adrenaline alles (blijft) blokkeren. Wanneer de insulinespiegel daalt ontstaat een katabole stofwisseling die zich kenmerkt door vetverbranding, verhoging van HDL-cholesterol, verlaging van LDL-cholesterol en minder vasthouden van vocht wat de bloeddruk verlaagd.

Harriët geeft aan dat we meer kunnen doen dan we nu doen. Het is goed de nieuwe NDF-voedingsrichtlijn te omarmen en ge-

woon volle zuivel en gewone kaas adviseren. Het hongergevoel zal veel beter verdwijnen, evenals het opgeblazen gevoel. De bloedglucosewaarden zullen dalen, evenals de bloeddruk. Medicatie kan omlaag en het cholesterol verbeterd.

Een voorbeeld uit de praktijk van Harriët Een patiënt met diabetes mellitus type II met een hoge dosering insuline (250 EH per dag) en een HbA1c van 73. Hierbij is duidelijk sprake van insulineresistentie. De patiënt is gestart met het koolhydraatbeperkte dieet en spuit nu nog 12 EH, is 20 kg afgevallen en de HbA1c is gedaald naar 45. De insuline wordt binnenkort gestopt.

Noya de Bonth is diabetesverpleegkundige en heeft jaren gewerkt in het Maxima Medisch Centrum in Eindhoven. Sinds 2011 is ze via thuiszorgorganisatie Careyn werkzaam in diverse huisartsenpraktijken in Utrecht.

Insulineresistentie is bij veel van mijn diabetes type 2 patiënten de oorzaak van hun hoge bloedglucosewaarden. Ik probeer ze dit uit te leggen en ik stimuleer als eerste stap aanpassen van leefstijl: meer bewegen en gezonder eten. Daarbij is inzicht in voeding van belang en dus verwijs ik hen naar een diëtist Als het gaat om meer beweging is het van belang dat mensen iets gaan doen wat ze leuk vinden, anders houden ze het niet vol. Ik vind het dan ook een gemiste kans wanneer nieuwe patiënten direct medicijnen gaan gebruiken. Uiteraard moet het wel voldoende effect opleveren. Als de waarden ondanks leefstijlaanpassingen te hoog blijven, starten mijn patiënten met Metformine. Dat bespreek ik aan het begin van mijn begeleiding/behandeling: als mensen weten waarom zij pillen slikken zijn ze meer therapietrouw.

Met het koolhydraatbeperkte dieet heb ik positieve ervaringen. Wanneer een patiënt gemotiveerd is te starten met een koolhydraatbeperkt dieet, pas ik indien nodig de medicatie aan. Het is voor mij dan handig dat de diëtist mij doorgeeft hoeveel minder koolhydraten de patiënt gaat gebruiken, bijvoorbeeld 50% minder. In het algemeen verminder ik de medicatie ruim, om zo te voorkomen dat de patiënt hypo's krijgt en dat hij/zij de voeding goed kan aanpassen. Ik houd natuurlijk de bloedsuikers goed in de gaten en bespreek met de patiënt dat, wanneer de bloedsuikers te hoog blijven, hij/zij weer meer medicatie moet gaan gebruiken.

Van de diëtist verwacht ik dat zij de patiënt goede instructies geeft en goed begeleid. We proberen beide zorg op maat te leveren. Of onze zorg effect heeft staat of valt met de veranderingsbereidheid van de patiënt. Ook multidisciplinaire samenwerking draagt daar toe bij. Samen met de patiënt heldere afspraken maken en het beleid kortsluiten met elkaar.

NDF zorgstandaard

De website zorgstandaard diabetes biedt behalve integrale standaard, ook handige downloads met alle informatie per doelgroep (bijvoorbeeld type I kinderen of type 2 volwassenen).

Nationale Diabetes dag 2016

Op vrijdag 18 maart 2016 vindt de Nationale Diabetes Dag 2016 plaats in De Rijtuigenloods te Amersfoort. Inschrijven kan via de website www.nationalediabetesdag.nl.

Koolhydratenlijst “feestdagen”

*Door
Redactie DNO Nieuws*

In de zomer liggen ze al in de supermarkt en er zijn zelfs winkels geopend waar je de lekkerste smaken kunt kopen, pepernoten, wie is er niet gek op? De eerste oliebolenkraam is ook al weer gesignaleerd. En laten we het maar niet hebben over de heerlijke etalages van de bakker. Oh zo lekker en verleidelijk, maar hoeveel koolhydraten zit er ook al weer in al deze lekkernijen?



Koolhydraatlijst

feestdagen

<i>Product</i>	<i>Hoeveelheid</i>	<i>Koolhydraten</i>
Amandelstaaf	1 stukje - 25 gram	11 gram
Borstplaat	1 stukje - 10 gram	9 gram
Chocoladeletter	1 blokje - 5 gram	3 gram
Chocolademelk	1 bekertje - 150 ml	16 gram
Marsepein	1 stukje - 25 gram	16 gram
Muis (in zilverpapier fondantvulling)	1 stuks - 12.5 gram	9 gram
Kruidnoten	5 stuks	3 gram
Kruidnoten met chocolade	5 stuks	10 gram
Pepernoten	5 stuks	5 gram
Speculaasje	1 stuks - 5 gram	3 gram
Gevulde speculaas	1 stukje - 30 gram	15 gram
Speculaasbrok	1 stukje - 25 gram	17 gram
Schuimpje	1 stuks - 4 gram	4 gram
Stroigoed	klein handje - 10 gram	9 gram
Taaitaai	1 kleine - 20 gram	12 gram
Vruchtenhartje	1 stuks - 2 gram	2 gram
Appelbeignet	1 stuk - 55 gram	10 gram
Appelflap (bladerdeeg)	1 stuk - 100 gram	38 gram
Berliner bol	1 stuk - 80 gram	20 gram
Kerststol	1 plak - 70 gram	36 gram
Kerstkransje fondant	1 stuk - 10 gram	7 gram
Kerstkransje chocolade	1 stuk - 5 gram	3 gram
Kerstkransje gevuld	1 stuk - 15 gram	9 gram
Kerstkransje klein	1 stuk - 10 gram	6 gram
Oliebol	1 stuk - 50 gram	20 gram



Diabetes Gravidarum

Inventarisatie van werkwijzen bij de behandeling van patiënten met diabetes gravidarum (DMG).

Na de totstandkoming van de werkgroep Zwangeren in november 2013, zijn we gestart met het in kaart brengen van de werkwijzen van de behandeling van patiënten met DMG door de werkgroep leden. Na een mailing onder actieve DNO-leden is deze inventarisatie aangevuld.

Uit de inventarisatie blijkt dat er nogal verschillende werkwijzen zijn rondom de behandeling van patiënten met DMG.

Zo zijn er verschillen in de verwijzingen: zowel gynaecoloog als internist verwijzen naar de diëtist. In het ene ziekenhuis zijn er altijd een internist en diabetesverpleegkundige betrokken bij de behandeling van zwangerschapsdiabeten in het andere ziekenhuis alleen wanneer er zelfcontrole wordt aangeleerd.

De meeste zwangeren worden individueel behandeld, maar er zijn ook enkele ziekenhuizen die wekelijks groepsbijeenkomsten organiseren voor vrouwen met DMG die (nog) geen insuline spuiten. Voor groepseducatie wordt gekozen omdat de aantallen patiënten met DMG toenemen.

Wat veelal overeenkomt is dat de herhaalconsulten bij patiënten met DMG zonder insuline per telefoon of e-mail gedaan worden. Soms wordt wel gekozen voor een poliklinisch her-

haalconsult bijvoorbeeld bij taalbarrières. De frequentie van de herhaalconsulten loopt uiteen van een éénmalig telefonisch herhalingsconsult, een consult bij week 20 en 30 van de zwangerschap tot iedere twee weken.

Bij de behandeling van vrouwen met DMG en insulinetherapie loopt de frequentie wat meer gelijk. Het herhalingsconsult is in de meeste gevallen binnen één tot twee weken na de start van de insulinetherapie. De frequentie van de vervolggconsulten zijn wederom wisselend maar er zijn wel een aantal tendensen:

- elke 2-6 weken een herhalingsconsult
- patiënt wordt bij voedingsvragen door diabetesverpleegkundige naar diëtist verwezen
- de frequentie is afhankelijk van de kennis en voedingsintake.

Post-partus zorg wordt zelden door de diëtist verleend of leefstijladviezen worden in een laatste consult besproken. De zwangeren komen in de meeste gevallen wel terug bij de internist.

Ten aanzien van de streefwaarden van bloedglucose volgt iedereen de landelijke richtlijn van NVOG 2010.

*Door: Roelie Weterings, diëtist
Ziekenhuis Rivierenland namens DNO werkgroep zwangeren*

Handleiding 'Diabeteszorg op school' in de maak

Op 7 september spraken Diabetesvereniging Nederland en Voluit (namens coalitie Zorgeloos met diabetes naar school) met het ministerie van Onderwijs. In het overleg is gewerkt aan een handleiding voor het organiseren van diabeteszorg op basisscholen. De handleiding is bedoeld voor ouders en scholen en beschrijft een stappenplan om te komen tot effectieve afspraken rond de zorg voor kinderen met diabetes.

De website www.diabetesopschool.nl biedt veel informatie voor ouders/verzorgers, maar ook voor leerkrachten, onder andere tips, een checklist en voorbeelddocumenten.

Bron:

<https://www.dvn.nl/dvn/actueel/nieuws/1735/handleiding-diabeteszorg-op-school-in-de-maak>

NDF project 'Personalized Diabetes Care' in pilotfase

Begin oktober zijn 20 huisartsen begonnen met een training van een innovatief gespreksmodel voor het diabetesjaargesprek. Het model helpt artsen en patiënten om meer recht te doen aan de complexe context van het leven met diabetes. De huisartsen doen dit najaar mee aan een pilot waarin het gespreksmodel in de praktijk wordt getest bij ca. 400 patiënten, als opmaat naar een grootschalig onderzoek wat in 2016 van start zal gaan (100 artsen en 2500 patiënten).

De gebruikelijke jaarcontrole heeft vooral een medische focus, het diabetesjaargesprek heeft een integrale benadering. Het gespreksmodel biedt een 4-stappen aanpak: behandelaar en patiënt bespreken allereerst de persoonlijke context van de patiënt en stellen daarna doelen vast. Vervolgens worden er keuzes en afspraken gemaakt over bijvoorbeeld de begeleiding.

In de praktijktraining zal met name veel aandacht gegeven worden aan stap 1: het bevragen en bespreken van de persoonlijke context aan de hand van de in het model benoemde gezondheidsgerelateerde en persoonsgebonden factoren.

De data die wordt verzameld moet zicht gaan geven op welke factoren het meest bepalend zijn voor het vaststellen van zorg op maat. Aan de hand hiervan kunnen patiënten profielen worden ontwikkeld, deze zijn van groot belang voor zorgverleners en beleidsmakers om zorg op maat verder te kunnen ontwikkelen en faciliteren.

Bron:

<http://www.diabetesfederatie.nl/nieuwsberichten/482-ndf-project-personalized-diabetes-care-in-pilotfase>

Oproep kandidaten voor DESG-leonardprijs 2016

Komend voorjaar wordt voor de tiende keer de DESG-Leonardprijs uitgereikt. Het is tot 31 januari 2016 mogelijk kandidaten voor te dragen. De Leonardprijs, een initiatief van de Stichting Diabetes Education Study Group Nederland (DESG), is ingesteld als eerbetoon aan een persoon (of groep personen) die zich bijzonder verdienstelijk maakt voor het welzijn van kinderen met diabetes. Goede diabeteszorg voor kinderen en jongeren krijgt hiermee extra aandacht. De prijs wordt uitgereikt tijdens de Nationale Diabetesdag op 18 maart 2016 in Amersfoort.

Aan de prijs is een geldbedrag van vijftienhonderd euro verbonden, naar eigen inzicht te besteden aan een diabetesproject. Met name kinderen zelf wordt gevraagd suggesties te noemen van personen of groepen die volgens hen in aanmerking zouden moeten komen voor deze eervolle prijs. Maar uiteraard kunnen ook ouders, zorgverleners en andere belangstellenden kandidaten voordragen. Gezien de grote verscheidenheid van onderscheidingen voor artsen wil de jury de Leonardprijs graag toekennen - evenals alle vorige keren - aan een niet-medicus. Dus: diëtisten grijp je kans en draag je collega diëtist voor!

Iedereen wordt uitgenodigd uiterlijk 31 januari 2016 kandidaten voor de DESG-Leonardprijs voor te dragen. Omschrijf in maximaal één A4-tje waarom jouw kandidaat zo bijzonder is voor kinderen met diabetes. Reacties zenden aan Roos Nuboer, kinderarts te Amersfoort en voorzitter van de jury DESG-Leonardprijs van DESG Nederland.
e-mail r.nuboer@meandermc.nl.



Glucerna® 1.5 (1.5kcal/ml)

Doeltreffende controle bij diabetes

- > aangepaste koolhydraatsamenstelling voor vertraagde glycemische respons en verbeterde bloedglucosewaarden¹⁻⁵
- > aangepaste vetsamenstelling voor verbeterd lipidenprofiel en verminderd cardiovasculair risico⁶⁻¹²
- > vezels (FOS)

Met zorg samengesteld door onze masterchefs in Zwolle

1. Jenkins DJ, et al. Diabetologia 1982; 2. Fibersol-2: A soluble, non-digestible, starch-derived dietary fibre. In: McCleary B, Prosky L, eds. Advanced Dietary Fibre Technology. Oxford, UK: Blackwell Science; 2001:509-523; 3. Tokunaga K, Matsuoka A: Effect of a [FOSHU] which contains indigestible dextrin as an effective ingredient on glucose and lipid metabolism. J Jpn Diabetes Soc 1999;42:61-65.; 4. Sentko A, Willibald-Ettle I: Palatinose™ (isomaltulose). Leatherhead Ingredients Handbook Sweeteners, 2007, 3rd ed.; 5. Lina BAR, Jonker D, Kozianowski G: Isomaltulose (Palatinose™) – a review of biological and toxicological studies. Food Chem Toxicol 2002;40:1375-1381. 6. Parillo M et al., A high monounsaturated fat/low carbohydrate diet improves peripheral insulin sensitivity in non-insulin dependent diabetic patients, Metabolism 1992;41:1373-1378; 7. Grundy SM, Florentin L, Nix D, et al: Comparison of monounsaturated fatty acids and carbohydrates for reducing raised levels of plasma cholesterol in man. Am J Clin Nutr 1988;47:985-989 8. Mensink RP, Katan MJB: Effect of monounsaturated fatty acids and carbohydrates on high-density lipoproteins in healthy man and woman. Lancet 1987 9. Kris-Etherton PM, et al. Am J Clin Nutr. 1999;70:1009-1015 10. Craig LD, et al. Nutr 1998;14:529-534 11. Lichtenstein AH, et al. Circulation 2006;114:82-96 12. Muls E. Clin Nutr 1998; 17 (suppl2) 18-25



Ook verkrijgbaar in 0,9 kcal/ml

 **Abbott**
Nutrition