

*Wie zoet is krijgt lekkers!*



*“Motiveren tot therapietrouw”*

**Student** : Nellie Pronk  
**Opleiding** : MGZ  
**Groep** : 2003  
**Scriptiebegeleider** : Peter Bakens

9 juni, 2006

# INHOUDSOPGAVE

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| VOORWOORD .....                                                               | 1  |
| 1 CHRONISCH AANDOENING DIABETES MELLITUS .....                                | 3  |
| INLEIDING .....                                                               | 3  |
| 1.1 HET ZIEKTEBEELD .....                                                     | 3  |
| 1.2 EPIDEMIOLOGIE .....                                                       | 4  |
| 1.3 COMPLICATIES .....                                                        | 5  |
| 1.4 BEHANDELING.....                                                          | 6  |
| 1.5 DIABETESZORG .....                                                        | 7  |
| 1.6 DIABETESZORGKOSTEN .....                                                  | 7  |
| 1.7 SAMENVATTING.....                                                         | 7  |
| 2 PSYCHOSOCIALE ASPECTEN .....                                                | 8  |
| INLEIDING .....                                                               | 8  |
| 2.1 LEVEN MET DIABETES MELLITUS.....                                          | 8  |
| 2.2 COPING.....                                                               | 8  |
| 2.3 ZELFREGULATIE.....                                                        | 9  |
| 2.4 PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN .....                                             | 9  |
| 2.5 PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING.....                                            | 10 |
| 2.6 SAMENVATTING.....                                                         | 11 |
| 3 THERAPIETROUW.....                                                          | 12 |
| INLEIDING .....                                                               | 12 |
| 3.1 THERAPIETROUW.....                                                        | 12 |
| 3.2 OORZAKEN VAN THERAPIEONTROUW .....                                        | 12 |
| 3.3 MOTIVATIE .....                                                           | 13 |
| 3.4 SAMENVATTING.....                                                         | 13 |
| 4 GEDRAGSMODELLEN .....                                                       | 14 |
| INLEIDING .....                                                               | 14 |
| 4.1 HEALTH BELIEVE MODEL .....                                                | 14 |
| 4.2 MODEL VAN AJZDEN EN FISHBEIN .....                                        | 14 |
| 4.3 STAGES OF CHANGE MODEL (PROCHASKA, DICLEMENTE 1992).....                  | 15 |
| 4.4 SOCIAAL LEERTHEORIE (STC, BANDURA 1986) .....                             | 15 |
| 4.5 ASE-MODEL.....                                                            | 16 |
| 4.6 SAMENVATTING.....                                                         | 17 |
| 5 DIABETESEDUCTIE.....                                                        | 18 |
| INLEIDING .....                                                               | 18 |
| 5.1 HEALTH COUNSELING.....                                                    | 18 |
| 5.2 GESPREKSTECHNIEKEN HEALTH COUNSELING .....                                | 19 |
| 5.3 MOTIVATIONAL INTERVIEWING .....                                           | 20 |
| 5.4 GESPREKSTECHNIEKEN MOTIVATIONAL INTERVIEWING .....                        | 21 |
| 5.5 SELF- EFFICACY.....                                                       | 22 |
| 5.6 SAMENVATTING.....                                                         | 23 |
| 6 DE ROL VAN DE MGZ( DIABETES) VERPLEEGKUNDIGE.....                           | 24 |
| INLEIDING .....                                                               | 24 |
| 6.1 VERPLEEGKUNDIGE VISIES: OREM EN KING.....                                 | 24 |
| 6.2 DE BELEVINGSGERICHTE ZORG .....                                           | 25 |
| 6.3 COMPETENTIE VAN DE DIABETESVERPLEEGKUNDIGE TEN AANZIEN VAN EDUCATIE ..... | 26 |
| 6.4 THERAPIETROUW EN DE ROL VAN DE DIABETESVERPLEEGKUNDIGE.....               | 27 |
| 6.5 HET ZELFZORGDENKEN EN ZELFZORGMEETINSTRUMENT.....                         | 28 |
| 6.6 EVIDENCE BASED .....                                                      | 29 |

|     |                                                                         |    |
|-----|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.7 | INFORMED CONSENT EN DE WET GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST ..... | 29 |
| 6.8 | SAMENVATTING .....                                                      | 30 |
| 7   | DISCUSSIE .....                                                         | 31 |
| 8   | CONCLUSIE .....                                                         | 35 |
| 9   | AANBEVELINGEN .....                                                     | 37 |
| 10  | NAWOORD .....                                                           | 38 |
| 11  | LITERATUURLIJST .....                                                   | 39 |

## VOORWOORD

Dit afstudeerwerkstuk is een door mij geschreven onderdeel en tevens een afsluiting van mijn opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg. Tijdens mijn stageperiode bij het team chronisch zieken, wat tevens mijn werkplek is als diabetesverpleegkundige, ben ik tot de keuze van mijn onderwerp gekomen. Het onderwerp gaat over, hoe ik patiënten met Diabetes Mellitus kan motiveren therapietrouw te zijn. Voor een goede diabeteszorg is het van groot belang dat de patiënt gemotiveerd is en blijft. Ik hoop door het schrijven van dit werkstuk een bijdrage te leveren aan het diabetessteam om zicht te krijgen in de verschillende methodes/ stappenplannen die je hiervoor kunt gebruiken.

### Probleembeschrijving en motivatie

In mijn werk als diabetesverpleegkundige spreek ik dagelijks mensen met de chronische aandoening Diabetes Mellitus type 2. Steeds vaker zie ik dat de aandacht voor psychosociale aspecten binnen de diabeteszorg belangrijk is. Mijn overtuiging is dat wij als professionals, mensen met deze chronische aandoening hierin effectief kunnen ondersteunen. Ongrijpbare factoren die van invloed zijn op de diabeteszorg zoals zelfzorg, communicatie, acceptatie en psychologisch welbevinden worden steeds meer onderkend. Waar ik in de praktijk vooral tegenaan loop is dat het moeilijk is om mensen te motiveren voedingsadviezen op te volgen, leefregels in acht te nemen, bloedsuikers te controleren en medicatie trouw in te nemen. Hierdoor zie ik dat de streefwaardes van de bloedglucose voor veel patiënten moeilijk te bereiken en te behouden is. Diabetes Mellitus is een complexe ziekte, complicaties zijn op de lange termijn te verwachten en de gedragsveranderingen vragen een blijvende aanpassing. Hoe kan je van elkaar leren gedragsveranderingen bij mensen met diabetes te bevorderen? Welke methodes zijn er om mij als diabetesverpleegkundige daarbij te helpen, bestaan er geprotocolleerde standaardbenaderingen voor de diabetespatiënt? Binnen ons team is daar onduidelijkheid over en de behoefte bestaat om hierover meer inzicht te krijgen. De vraag is of de diabetesverpleegkundige bekwaam genoeg is om de patiënt te motiveren en hierin veranderingen kan brengen.

Waarom vind ik dit een belangrijk probleem en waarom trekt het me aan?

In de diabeteszorg vind ik het erg belangrijk dat er een methode is voor diabetespatiënten die therapieontrouw zijn, om door middel van gesprekken zó daadwerkelijk verandering te brengen van dit gedrag. Het bereiken van gezond gedrag is geen gemakkelijke opgave en kan een bron van ergernis zijn zowel voor de diabetesverpleegkundige als de patiënt.

Tijdens de diabetes- opfrisdagen, die ik het afgelopen jaar heb gevolgd, ben ik in aanraking gekomen met Motivational Interviewing, een gesprekstijl die bedoeld is om tot verandering van gedrag te komen. Het blijkt bij uitstek geschikt te zijn om de therapietrouw te bevorderen door het verstevigen van de motivatie van de patiënt. Ik heb kunnen zien hoe het in praktijk wordt gebracht doordat de diëtiste met wie ik samenwerk deze gesprekstijl gebruikt. Er zijn al enkele positieve resultaten te zien. Ik ben daardoor erg geïnteresseerd geraakt. Ik ben me af gaan vragen of dat ook geschikt is voor mijn benadering naar diabetespatiënten. Vanuit mijn visie op de zorg gaat mijn interesse uit naar een methode die het dichtst bij de beleving van de patiënt staat. Ik heb behoefte aan meer zicht in verschillende theorieën over de vraag "Hoe motiveer ik een patiënt in de praktijk". Uiteindelijk wil ik aan de hand van een casuïstiek nadenken hoe ik een probleem in de praktijk kan oplossen.

## INLEIDING

### Probleemanalyse

Waar zou het aan kunnen liggen dat de motivatie bij de diabetespatiënt ontbreekt om therapietrouw te zijn. De volgende aspecten zouden hier een rol bij kunnen spelen. Dat zijn o.a.:

De diabetespatiënt heeft problemen met:

- Acceptatie van de ziekte
- Gedragsverandering, beïnvloedt door: sociale invloeden, attitudes en eigen- effectiviteit
- Eigen verantwoordelijkheid
- Ontbreken van de nodige kennis
- Communicatie met de verpleegkundige

Bij de verpleegkundige ontbreekt:

- De behoefte meer aandacht te besteden aan de psychosociale begeleiding
- Voldoende kennis om gedrag te verklaren
- De behoefte tot het verbeteren van de communicatie tussen cliënt en verpleegkundige
- Het geven van de nodige voorlichting "op maat"
- De kennis om de motivatie (tot gedragsverandering) van de cliënt te verhogen

Zoals hierboven beschreven spelen verschillende aspecten een rol zowel bij de patiënt als bij de diabetesverpleegkundige

### Probleemstelling:

Vanuit de probleembeschrijving, motivatie en probleemanalyse is de volgende probleemstelling geformuleerd:

"Hoe kan de MGZ verpleegkundige een patiënt met Diabetes Mellitus motiveren om therapietrouw te zijn zodat het hoofddoel van de behandeling van Diabetes Mellitus bereikt wordt, namelijk dat de patiënt in zijn dagelijks leven zelf zorgt dat zijn bloedglucose spiegel binnen de gestelde grenzen blijft en daarvoor zelf de maatregelen neemt (eventueel in samenspraak met de verpleegkundige) waardoor de complicaties zoveel mogelijk voorkomen worden".

Naar aanleiding van deze probleemstelling ben ik tot een volgende indeling van hoofdstukken gekomen. Waarom heb ik hiervoor gekozen?:

- Chronisch aandoening Diabetes Mellitus: om inzicht te krijgen wat de ziekte Diabetes Mellitus is, hoe vaak het voorkomt, wat de complicaties zijn, de behandeling is, wat de diabeteszorg inhoudt en de diabeteszorgkosten.
- Psychosociale aspecten: om een indruk te krijgen wat leven met diabetes betekent en welke consequenties dit met zich meebrengt. Coping, zelfregulatie, psychosociale- problemen en begeleiding hierin.
- Therapieontrouw: wat is therapietrouw en therapieontrouw. Wat zijn de oorzaken van therapieontrouw en wat is motivatie.
- Gedragsmodellen: hoe is gedrag te verklaren, er wordt kennis gemaakt met verschillende modellen/theorieën. Zij leggen de basis van de praktijkmodellen/ methoden.
- Diabeteseducatie: de verschillende methoden worden hier beschreven, zij kunnen gebruikt worden bij het motiveren van de patiënten. Verschillende stappen die binnen fasen zijn te onderscheiden en de doelen en thema's komen aan de orde.
- De rol van de MGZ (diabetes) verpleegkundige: hier worden de visies en competenties van de verpleegkundige met betrekking tot de educatie beschreven. Diabeteseducatie, evidence based en WGBO,

Bij de discussie wordt bekeken hoe ik aan de hand van een casuïstiek, verschillende methoden heb gebruikt, om de patiënt te motiveren tot therapietrouw. Uiteindelijk wordt naar aanleiding van de conclusies, aanbevelingen gedaan. De onderwerpen communicatie en preventie worden niet apart besproken maar komen in de bestaande hoofdstukken voldoende aan de orde.

# 1 CHRONISCH AANDOENING DIABETES MELLITUS

## INLEIDING

In dit hoofdstuk zal ik het ziektebeeld beschrijven van Diabetes Mellitus, de epidemiologie, complicaties, behandeling, de controles bij de behandeling van Diabetes Mellitus type 2.

### 1.1 HET ZIEKTEBEELD

Diabetes Mellitus<sup>1</sup> (= honingzoete doorstroming; de urine smaakt zoet door de grote hoeveelheden glucose die erin voorkomen) is een stoornis in de stofwisseling tengevolge van een absoluut of relatief tekort aan insuline. Insuline wordt gemaakt door de bètacellen van de eilandjes van Langerhans wat zich in de pancreas bevindt. Stijgt de glucosewaarde in het bloed dan wordt de pancreas geprikkeld tot het produceren van insuline. De insuline wordt na afgifte aan het bloed aan een receptor op de celmembraan van cellen gebonden die insulinegevoelig zijn. Het gevolg is dat:

De doorgankelijkheid van de celmembraan voor glucose wordt bevorderd. Spier- en vetcellen hebben insuline nodig om de glucose de celmembraan ongehinderd te passeren.

Verder worden de metabole processen in de cel beïnvloed, zoals opbouw van vet in de vetcel, opbouw van glycogeen en eiwit in de spier- en levercel, afremmen van glycogenolyse (omzetten van glycogeen in glucose), gluconeogese (glucose wordt opnieuw gevormd) en ketonlichaamvorming in de lever, afremmen van vetafbraak in de vetcel. Insuline is dus in feite een anabool hormoon, het bevordert de opbouw van het lichaam.

Als insuline afwezig is zullen bovenbeschreven metabole processen in de cel niet plaatsvinden. Eén van de gevolgen is het ontstaan van *hyperglykemie*. Behalve dat de glucose de cel niet in kan, kunnen de andere processen zoals glycogenolyse, gluconeogese en vetafbraak ongehinderd voortgang vinden. Deze processen staan onder invloed van een drietal hormonen, glucagon, adrenaline en cortisol. Deze hormonen werken glucose verhogend. Dit gebeurt bij een gezond lichaam als de bloedglucose te laag wordt of onverwacht extra glucose nodig is. Nu echter werkt het proces averechts, de concentratie van glucose in het bloed zal er alleen door stijgen wat nadelig is voor het lichaam. De afbraak van vetten leidt tot vorming van grote hoeveelheden glycerol en vetzuren. De overmaat aan vetzuren worden in de lever omgezet in ketonlichamen, die weer via de urine wordt uitgescheiden. Uit de ketonlichamen wordt aceton ontwikkeld die via de long naar buiten kan worden uitgeademd. Ketonlichamen zijn nogal zuur en kunnen dan aanleiding zijn tot verzuring, "acidose", waardoor de patiënt in coma kan raken.

### De 2 hoofdtypen diabetes

Diabetes Mellitus type 1: Door een selectieve vernietiging van de Bètacellen van de eilandjes van Langerhans, een auto- immuunreactie, kan er een absoluut tekort aan insuline ontstaan. Deze vorm wordt insuline afhankelijke diabetes ook wel jeugddiabetes genoemd. Het ontstaat meestal voor het 40<sup>e</sup> jaar en manifesteert zich acuut.

Diabetes Mellitus type 2: De insuline wordt wel geproduceerd, maar onvoldoende om aan de soms verhoogde vraag van het lichaam te voldoen. Deze vorm wordt aangeduid als niet insuline afhankelijk ook wel vroeger ouderdomsdiabetes genoemd. Tegenwoordig komt deze vorm ook bij jongeren voor. Het komt steeds meer voor dat type 2 diabetes met insuline behandeld moeten maar er blijft sprake van type 2 diabetes. Van alle diabetes hebben 10% type 1 en 85% type 2.

---

<sup>1</sup> R.J. Heine, Diagnostiek, Epidemiologie en prognose, hoofdstuk 2, Uit: Handboek Diabetes Mellitus, 3<sup>e</sup> druk, Uitg. De Tijdstroom, Utrecht 2004

### Diabetes Mellitus( type 2)

Dit type diabetes manifesteert zich meestal pas na het 40<sup>e</sup> jaar. Bij type 2 diabetes spelen zowel genetische als omgevingsfactoren een rol. Er staan twee belangrijke factoren centraal:

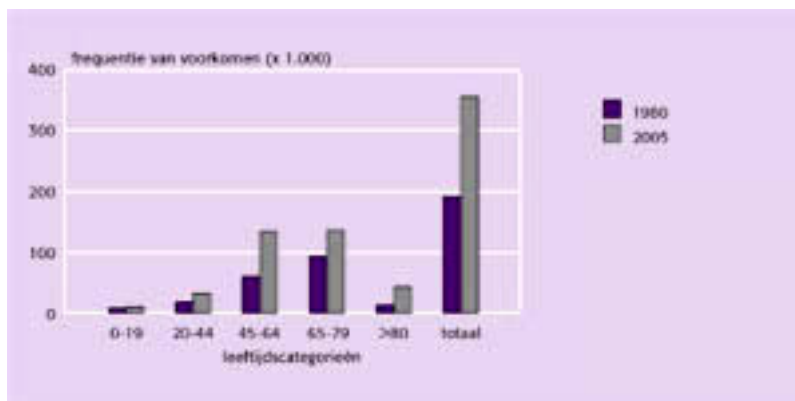
1. Een toegenomen insulineresistentie in lever-, spier- en weefsel
2. Disfunctie van de bètacellen van de eilandjes van Langerhans, waardoor de insulineproductie onvoldoende is.

Bij de ontwikkeling van de insulineresistentie speelt het lichaamsgewicht een belangrijke rol. Insulineresistentie gaat vaak samen met verhoogd nuchter glucose, hypertensie, overgewicht, verhoogd triglyceridegehalte en verlaagd HDL- cholesterolspiegel. Dit cluster van metabole afwijkingen wordt ook wel het "metabole syndroom" genoemd. Volgens deze definitie heeft iemand het metabole syndroom als drie of meer van de risicofactoren aanwezig zijn. Hoewel overgewicht in combinatie met weinig lichaamsbeweging een belangrijke oorzaak is van de snelle toename van diabetes, krijgt van alle mensen met overgewicht toch slechts een kwart een gestoorde glucoseregulatie of diabetes. Bij de overigen zijn de bètacellen in staat om de insulineproductie te verhogen om aan de toegenomen behoefte te voldoen. Hieruit blijkt dat de falende insulineproductie ook bij type 2 diabetes uiteindelijk de directe oorzaak van het ontstaan van diabetes is.

### Klachten en verschijnselen

Bij type 2 diabetes kunnen dezelfde klachten als bij type 1 voorkomen. Meestal is het verloop echter sluipend en zijn de klachten zo gering dat de aanwezigheid van diabetes langdurig onopgemerkt kan blijven. De diabetes kan dan maanden- zelfs jarenlang aanwezig zijn, totdat de klachten zo duidelijk zijn geworden, dat er aan de mogelijkheid van diabetes wordt gedacht. Patiënten hebben meestal vage klachten zoals droge mond, moeheid en aandachtstoornissen, die eerder aan de leeftijd dan aan de diabetes worden toegeschreven. Met het stijgen van de glucosewaarden kunnen symptomen als polyurie, dorst, gewichtsverlies en huidinfecties voorkomen. Bij het vermoeden van diabetes bevestigt een verhoogde nuchtere waarde ( $> 6,9$  mmol/l) of niet nuchtere ( $> 11,0$  mmol/l) plasma-glucosewaarde de diagnose.

## 1.2 EPIDEMIOLOGIE



Op basis van het epidemiologisch onderzoek wordt het aantal personen met Diabetes Mellitus voor het jaar 2005 geschat op 350.000 (RIVM). Daarnaast zijn er tussen de 150.000 en 250.000 personen met "onbekende diabetes", bij wie de ziekte nog niet is gediagnosticeerd. Per jaar komen er 65.000 nieuwe patiënten bij. Het aandeel van diabetes type 2 bedraagt ongeveer 90%. De prevalentie van Diabetes Mellitus type 2 is gelijk voor mannen en vrouwen. Per leeftijdsjaar neemt de prevalentie relatief toe met 7% voor mannen en met bijna 8% voor vrouwen. Enerzijds neemt door de

toenemende vergrijzing de prevalentie met 35-40% toe in de periode gelegen tussen 1993-2020<sup>2</sup>. Anderzijds zijn andere factoren verantwoordelijk voor het toenemen van incidentie en prevalentie. Diabetes Mellitus type 2 komt steeds meer voor op jongere leeftijd, tot inmiddels jonge tieners toe. Of iemand Diabetes Mellitus<sup>3</sup> krijgt is afhankelijk van verschillende factoren. Niet alleen de genetische aanleg is van invloed maar ook ernstig overgewicht, vetverdeling, inactiviteit en voeding. De intensievere opsporing van Diabetes Mellitus, door de introductie van het glucosemeter, heeft geleid tot toename van de prevalentie. Uit diverse Nederlandse studies blijkt dat de prevalentie van Diabetes Mellitus hoger is bij allochtonen dan bij autochtonen. De prevalentie is het hoogst onder personen van Hindostaanse- Surinaamse afkomst, met name in de hogere leeftijdsgroep (37% bij ouder dan 60 jaar). De prevalentie van Diabetes Mellitus bij personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst is ongeveer gelijk en ligt 3 tot 6 keer hoger dan de autochtone bevolking. De verklaring van de verhoogde prevalentie van Diabetes Mellitus onder de allochtonen is niet zo makkelijk te geven. De plotselinge overgang van een niet- geïndustrialiseerde samenleving in het land van herkomst naar een westerse, geïndustrialiseerd land is mogelijk een oorzaak. Ook is de leefstijl van allochtone groepen op sommige punten ongezonder (bewegen, overgewicht), maar op andere punten juist gezonder (voeding; bevat meer onverzadigde vetten)<sup>4</sup>

### 1.3 COMPLICATIES

#### Acute complicaties bij Diabetes Mellitus

- Hypoglycemie: bij een te lage glucosegehalte van het bloed (lager dan 3,5 mmol/l) spreken van een hypoglycemie. De meest voorkomende klachten zijn hierbij: transpireren, trillen, hartkloppingen, hongergevoel, moeilijk concentreren, stemmingswisselingen. Wanneer een patiënt geen maatregelen neemt zullen bij verdere daling van het glucosegehalte de volgende symptomen kunnen ontstaan: duizeligheid, agressief gedrag, spraakuitval, coma. Oorzaken kunnen zijn: teveel insuline of orale medicatie, niet eten, meer energieverbruik dan normaal, overmatig alcohol.
- Hyperglycemie: bij een te hoge glucosegehalte van het bloed (hoger dan 10 mmol/l) spreken van een hyperglycemie. Niet iedereen ervaart overigens klachten bij deze waarde. Vaak voelen mensen een hyper pas bij 15mmol/l en hoger. Typische klachten zijn: dorst, moe, hoofdpijn, misselijkheid, veel plassen, droge mond, jeuk. Bij een ernstige verhoging van het glucosegehalte (boven 25mmol/l) kan er een coma ontstaan. Oorzaken kunnen zijn: te weinig insuline of orale medicatie. Ziekte met koorts, braken of diarree, medicatiegebruik die het glucosegehalte verhogen, stress, gewichtstoename, minder energie verbruik, teveel koolhydratengebruik.

#### Lange- termijncomplicaties bij Diabetes Mellitus

- Microvasculaire complicaties; door een teveel aan glucose raken de wanden van de kleine bloedvaten verzwakt en beschadigd. De gevolgen kunnen zijn: Diabetes Nefropathie, de belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van nierafwijkingen zijn de stoornissen in de kleine bloedvaten. Daarnaast kan hypertensie en recidive blaasontstekingen de functie van de nieren nadelig beïnvloeden. Diabetes Retinopathie problemen ontstaan door vernauwing van de kleine bloedvaten in het netvlies (retina) en later ook lekkage van bloed door de wand van het bloedvat heen. Een ernstig beschadigd netvlies kan leiden tot blindheid. Door het in een vroegtijdig stadium te behandelen kan dit worden voorkomen.
- Macrovasculaire complicaties; door teveel aan glucose raken de wanden van de grote bloedvaten aangetast. Door deze beschadigingen kunnen zich gemakkelijk vetafzettingen (plaques) in de bloedvaten vormen. De druk in deze bloedvaten neemt toe en doorbloeding

<sup>2</sup> Ruwaard D. Feskens EJM. Suikerziekte. In: RIVM editor. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997

<sup>3</sup> Diabetes Mellitus type 2 wordt alleen nog benoemd als Diabetes Mellitus of diabetes

<sup>4</sup> Weijers e.a., 1998, cijfermatige studies over 1992-1997, Amsterdam

neemt af wat tot uiting komt in; hypertensie, hart- of herseninfarct, perifere vaatlijden. Arteriosclerose ontwikkelt zich bij diabetes agressiever dan bij mensen zonder diabetes. Dit heeft te maken met specifieke afwijkingen die gepaard gaan met diabetes: hoge triglyceriden, LDL en hoog cholesterol (relatief laag HDL) deze afwijkingen bevorderen arteriosclerose.

- Diabetes neuropathie; zenuwen worden aangetast door een teveel aan glucose. Dit veroorzaakt afwijkingen van het perifere, sensibel en/of motorisch, en/of autonoom neuron. Bij afwijkingen van het perifere zenuwstelsel kunnen tintelingen, gevoelsstoornissen, kramp en spierzwakte ontstaan in handen, benen en voeten.
- Diabetisch voet; gevoelsstoornissen in de voeten en vernauwing van de bloedvaten kunnen tot een diabetisch voet leiden. Er ontstaan makkelijk wondjes door de verminderde bloedtoevoer. Doordat de weerstand bij diabetes verminderd kan zijn treedt er eerder infecties op.
- Seksuele problemen; 50% van de mannen met diabetes heeft op enig moment erectieproblemen. Waarschijnlijk moet de oorzaak gezocht worden in beschadiging van het zenuwstelsel en verminderde bloedvoorziening. Ook psychische problemen kunnen erectiestoornissen veroorzaken. Vrouwen met diabetes kunnen last krijgen van menstruatiestoornissen. Vooral onregelmatige cycli komen voor bij vrouwen met overgewicht en slecht geregleerde glucosespiegel.

#### 1.4 BEHANDELING

De behandeling van Diabetes Mellitus is gericht om, met behoud van kwaliteit van leven, een normoglycemie<sup>5</sup> te bereiken over de gehele dag om zo het ontstaan van de lange termijn complicaties van de ziekte te voorkomen c.q. uit te stellen. Voor de behandeling van Diabetes Mellitus geldt dat de patiënt zelf een belangrijke bijdrage levert aan zijn behandeling. De behandeling van Diabetes Mellitus bestaat onder meer uit:

- Voedingsadviezen; een evenwichtige samenstelling van de voeding draagt bij aan de metabole regulatie van de patiënt met Diabetes Mellitus. Bij mensen met overgewicht leidt gewichtsreductie door beperking van de voedselinname tot lagere bloedglucose, een betere vetstofwisseling en een lagere bloeddruk. In 10-20% van de nieuw ontdekte diabetespatiënten kan alleen met dieet (voorlopig) een adequate glucoseregulering worden bereikt. Voor advisering en begeleiding wordt verwezen naar de diabetesdiëtiste.
- Lichamelijke inspanning; vanwege de verbetering van de glucosestofwisseling, het lichamenlijk en geestelijk welbevinden, het gunstige effect op de behandeling van vetzucht en de preventieve werking op de ontwikkeling van arteriosclerose, wordt iedereen met diabetes aanbevolen regelmatig en liefst dagelijks lichamelijke inspanning te verrichten.
- Orale bloedglucose verlagende middelen; het is slechts zelden mogelijk om met een voedingsadvies en meer lichaamsbeweging een voldoende regulatie van de bloedglucose te bereiken. Het is dan noodzakelijk om met orale medicatie te starten.
- Insuline; indien de orale medicatie niet meer afdoende is om een regulatie van de bloedglucose te bereiken gaat men over op het toedienen van insuline (vaak in combinatie met orale medicatie). Soms is gebruik van insuline tijdelijk geïndiceerd, bijvoorbeeld bij een infectie, operatie of behandeling met corticosteroïden.
- Behandeling van andere risicofactoren voor hart en bloedvaten; advies stoppen met roken, medicatie bij hypertensie en verhoogde cholesterol.

---

<sup>5</sup> Naar de richtlijnen van de NHG- standaard Diabetes Mellitus type 2(1<sup>e</sup> herziening). Huisartswet 1999; 42(2): 67-84

## 1.5 DIABETESZORG

Door de NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) en de NHG (Nederlandse Huisartsen Genootschap) zijn richtlijnen en adviezen vastgesteld om te komen tot goede diabeteszorg. In de richtlijnen staan beschreven welke aspecten elke drie maanden en welke jaarlijks besproken of gecontroleerd moeten worden. In de eerste lijn wordt de diabeteszorg gegeven door de huisarts en/ of de diabetespraktijkverpleegkundige, er zijn afspraken gemaakt over de taakverdeling waar de *huisarts* de *eindverantwoording* heeft. In bepaalde situaties wordt verwezen naar een andere hulpverlener zoals; internist, nefroloog, endocrinoloog, orthopedisch chirurg, dermatoloog, chirurg, psycholoog.

De interventies die door de diabetesverpleegkundige worden uitgevoerd zijn:

- Advies en voorlichting; dit vormt een essentieel onderdeel van de begeleiding van de patiënt met Diabetes Mellitus. Het doel van de voorlichting is de patiënt en partner en/ of familie zoveel mogelijk leren over de ziekte Diabetes Mellitus, zodat hij medeverantwoordelijk kan zijn voor zijn glucoseregulatie en de preventie van complicaties.
- Begeleiding; onder andere psychosociale begeleiding
- Instructies; zelfcontrole van de bloedglucose en injecteren van insuline
- Periodieke voetcontrole, bloeddruk, algemeen welbevinden
- Periodieke laboratorium controles, bestaand uit onder andere het bepalen van de HbA1c
- Instellen van orale medicatie en/ of insuline naar aanleiding van de glucosewaarde en het HbA1c<sup>6</sup>
- Signaleren van eventuele complicaties
- Gewichtscontrole en het bepalen van de QI<sup>7</sup>
- Verwijzen, indien nodig naar huisarts, diëtiste, voetenpoli, pedicure, psycholoog, maatschappelijk werker, sociaal verpleegkundige.

## 1.6 DIABETESZORGKOSTEN

De kosten van het Nederlandse zorggebruik gerelateerd aan diabetes en hieraan verbonden complicaties bedroegen in 2003 circa 1,2 miljard euro<sup>8</sup>. Dit is 2% van de totale gezondheidszorgkosten. Van de totale diabeteszorgkosten werd ruim 60% veroorzaakt door diabetes en diabetespecifieke complicaties, zoals oogaandoeningen en nierproblemen. Complicaties als hart- en vaatziekten leidden tot 30% van de kosten. In vergelijking met andere chronische ziekten lijken de kosten redelijk hoog. In het RIVM- onderzoek zijn de kosten, die gemaakt zijn voor complicaties, bijgeteld bij de totale diabeteskosten, hiermee ontstaat een completer beeld van de totale omvang van de diabeteszorgkosten in Nederland. Preventie van diabetes en kwalitatief betere diabeteszorg blijven van groot belang om diabetes en/of complicaties en de daaraan verbonden zorgkosten te voorkomen.

## 1.7 SAMENVATTING

Om verder te gaan met de probleemstelling is het goed om inzicht te hebben over de ziekte diabetes, complicaties en behandelingen en diabeteszorg. In dit hoofdstuk heb ik het ziektebeeld Diabetes Mellitus beschreven. De laatste jaren is er een toenemend aantal diabetespatiënten waargenomen en de voorspelling is dat dit de komende tijd alleen nog maar meer worden. De toenemende vergrijzing is daar één van de oorzaken van, maar ook door overgewicht heeft men meer kans op Diabetes Mellitus type 2. Wanneer er de diagnose diabetes door de arts is vastgesteld, is het belangrijk dat er goede een juiste behandeling en diabeteszorg gegeven wordt. Dit voorkomt complicaties bij diabetespatiënten en heeft uiteindelijk invloed op de totale diabeteszorgkosten.

---

<sup>6</sup> Gemiddelde bloedglucose van de laatste 6 weken

<sup>7</sup> De QI is de Quetelet Index voor het bepalen van het lichaamsvet, mag niet hoger zijn dan 25

<sup>8</sup> RIVM- studie "Kosten van ziekten in Nederland 2003", Medisch Contact

## 2 PSYCHOSOCIALE ASPECTEN

### INLEIDING

In dit hoofdstuk zal ik de volgende onderwerpen beschrijven; leven met Diabetes Mellitus, coping, zelfregulatie, psychosociale problemen en psychosociale begeleiding.

#### 2.1 LEVEN MET DIABETES MELLITUS<sup>9</sup>

Geconfronteerd worden met de chronische ziekte Diabetes Mellitus is voor ieder mens, ongeacht de leeftijd een ingrijpende gebeurtenis in het leven en kan verstrekkende gevolgen hebben. Voor een chronische aandoening is het kenmerkend dat dit ingrijpt op allerlei levensterreinen zowel persoonlijke als het sociale leven. Gezondheid en het leven zoals het voorheen was heeft voorgoed zijn vanzelfsprekendheid verloren. De diagnose Diabetes Mellitus betekent een keerpunt in iemands leven. Ze moeten nu de duurzame beperkingen als gevolg van het hebben van Diabetes Mellitus, inpassen in hun leven. Diabetes Mellitus heeft niet alleen gevolgen voor het lichamelijk functioneren, maar ook consequenties voor het psychisch-, emotioneel-, spiritueel-, sociaal- en maatschappelijk functioneren. In de eerste plaats komt de onzekerheid in het vertrouwen over het lichamelijk functioneren van het eigen lichaam. Een voorbeeld is hierbij de vraag; wat doet mijn bloedglucose in verschillende omstandigheden? Ook wordt men geconfronteerd met symptomen die wijzen op een hypoglycemie of een lange- termijn complicatie. In de tweede plaats zal er een emotionele reactie optreden, ieder zal dit doen op zijn eigen wijze. Dat kan zich uiten in verdriet, ontkenning, woede, angst, wanhoop schuldgevoel. Zelfs neerslachtigheid of depressie is niet vreemd als men bedenkt dat bepaalde levensdoelen en verwachtingen niet meer als voorheen vanzelfsprekend is. Men kan de ziekte ook plaatsen in een spiritueel of levensbeschouwelijk kader. In de derde plaats heeft Diabetes Mellitus invloed op het sociale en maatschappelijk functioneren, er kan een verandering in de kwaliteit van de sociale contacten optreden. Het is mogelijk dat de patiënt zich terugtrekt en hierdoor in een isolement raakt. De oorzaak van isolement kan zijn; veel onbegrip van de sociale omgeving of het niet kunnen verwerken van het chronisch ziek zijn. De ziekte Diabetes Mellitus gaat gepaard met ups en downs. Er zullen periodes zijn waarin men onafhankelijk en afhankelijk is van de zorgverlening, bijvoorbeeld een periode van lichamelijk en geestelijk welbevinden, de bloedglucose stabiel is, geen complicaties zijn en geen problemen zijn met de medicatie of een periode waarin men het tegenovergestelde beleefd. Dit laatste kan een negatief effect hebben op de beleving, de autonomie en de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn omgeving.

#### 2.2 COPING<sup>10</sup>

Hoewel het aanpassingsproces van mensen met diabetes langs min of meer dezelfde stadia verloopt, verschillen mensen onderling soms sterk in hun reactiewijze op de ziekte. In de gezondheidspsychologie spreken we in dit verband van coping, waarmee bedoeld wordt op de verschillende strategieën die mensen gebruiken om hun ziekte het hoofd te bieden. Verschillen in copinggedrag tussen patiënten kunnen gedeeltelijk terug te voeren zijn op hun beheersingsoriëntatie ook wel locus of control genoemd. Het gaat hier om de mate waarin mensen denken zelf invloed te kunnen uitoefenen op het verloop van hun ziekte en op de problemen die er eventueel voordoen. Terwijl patiënten met een externe beheersingsoriëntatie geneigd zijn de verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen in eerste instantie bij de arts te leggen, zullen patiënten met een interne

---

<sup>9</sup> R. Shillitoe, Leven met diabetes, Hoofdstuk 1, Uit: Psychosociale hulpverlening aan mensen met Diabetes Mellitus, Uitg. Lemma, Utrecht 1995

<sup>10</sup> F.J. Snoek, Psychosociale aspecten, Hoofdstuk 31, Uit: Handboek Diabetes Mellitus, 3<sup>e</sup> druk, Uitg. De Tijdstroom, Utrecht 2004

beheersingsoriëntatie zichzelf in staat achten actief aan de oplossing van een probleem te kunnen bijdragen. Vooral mensen met een passieve, afwachterende houding zullen moeite hebben om zelf actief hun bloedglucose te (blijven) controleren en reguleren. Het is van groot belang copingproblemen bij diabetes tijdig te herkennen. Het verwerken van de diagnose wordt wel eens vergeleken met een proces van rouw, hier gaat het om de verwerking van verlies van gezondheid. Er zijn verschillende copingstrategieën om alles op een rij te krijgen, zoals informatie zoeken, ontkennen, vermijden zoeken naar verklaringen. Bij probleemgerichte coping kan de zorgvrager actief op zoek gaan naar informatie om het probleem bij de bron aan te pakken. Informatie inwinnen wordt gezien als de eerste en de meest fundamentele norm van coping, die de functies van de andere copingstrategieën bevordert en zelf krachtiger maakt. Informatie winnen vermindert onzekerheid. Bij emotiegerichte coping gaat het om strategieën die de beleving van de situatie beïnvloeden. Het helpt de mensen om de ervaren bedreiging die de situatie oproept aan te kunnen en zich te beschermen tegen angst en paniek. Emotiegerichte coping bestaat uit: ontkennen, vermijden, steun zoeken bij anderen en sociale omgeving, berusten, accepteren, humor, zelfinstructie en positief denken. Het is van belang dat je als verpleegkundige een goede inschatting maakt van het copingproces van de zorgvrager door gericht te letten op emotionele reacties, na te gaan welke inschatting de zorgvrager maakt over zijn situatie en de acties die hij onderneemt om met de situatie om te gaan.

### 2.3 ZELFREGULATIE

Het reguleren van de bloedglucose wordt door de patiënt zelf uitgevoerd, met steun van de partner, familie, vrienden of andere. Dag in dag uit, in uiteenlopende situaties en over een lange periode. Diabetes is vooral zelfmanagement en vraagt altijd de aandacht van de patiënt. Ondanks het strikt opvolgen van de voorschriften overkomt het de patiënt ook nog dat de bloedglucose te hoog of te laag is. Dit kan gevoelens van frustratie opleveren. Het dagelijks uitvoeren van zelfzorgactiviteiten blijkt voor veel patiënten geen gemakkelijke opgave. De winst van intensieve zelfzorg ligt vooral in de toekomst, namelijk het zoveel mogelijk voorkomen van de lange termijn complicaties. Het is voor velen hierdoor niet een erg aanspreekbaar doel. Anders ligt het bij mensen bij wie al aanwijzingen zijn gevonden voor secundaire complicaties, zij zijn meestal meer gemotiveerd voor het nastreven van diabetesinstelling om zo ergere complicaties te voorkomen. Niet alleen het opvolgen van de medicatievoorschriften kan voor de patiënt problemen opleveren maar ook het naleven van de adviezen met betrekking tot gezonde voeding en lichaamsbeweging. Het is daarom belangrijk niet alleen informatie te verschaffen over het belang van een goede regulatie en leefstijlaanpassingen, maar ook te adviseren hoe dit te doen en begeleiding te bieden bij het in de praktijk brengen van de gewenste gedragsveranderingen.

### 2.4 PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN<sup>11</sup>

De meest voorkomende psychosociale problemen die bij mensen met Diabetes Mellitus kunnen voorkomen worden hieronder in het kort samengevat:

- Aanpassing- of adaptieproblemen; adaptieproblemen spelen vooral, maar zeker niet alleen in de eerste maanden na de diagnose. Adaptieproblemen zijn veelal herkenbaar aan onvoldoende diabeteszelfzorg, problemen in het dagelijks functioneren en interpersoonlijke conflicten, vaak samenhangend met een verhoogde prikkelbaarheid en somberheid.
- Stress- en angstproblematiek; stress- en angstreacties samenhangend met ingrijpende levensgebeurtenissen of chronische stressoren, bijvoorbeeld in de relatie of op het werk, als ook diabetes specifieke angsten zoals angst voor hypoglycemie, angst voor insuline spuiten of prikken van de bloedglucose (zelfcontrole), levenslange behandeling, complicaties.

---

<sup>11</sup> F.J. Snoek, Richtlijnen van de Medisch Psycholoog bij de behandeling van Diabetes Mellitus, Uit: De inzet van de Medisch Psycholoog bij de behandeling van Diabetes Mellitus, 2004

- Depressiviteit; stemmingsstoornissen komen veelvuldig voor bij mensen met diabetes, mogelijk in samenhang met diabetes gerelateerde stressoren. Er zijn verschillende gradaties van depressie te onderscheiden. Algemeen belangrijke indicatoren zijn een depressieve stemming, vermoeidheid, verlies van energie, verlies van interesse, slaapproblemen, concentratieverlies, veranderingen in de eetlust, libido verlies.
- Eetstoornissen en gewichtsgelateerde problemen; Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa en andere eetstoornissen. Overgewicht komt vooral voor onder mensen met Diabetes Mellitus, met een vaak negatieve invloed op het psychosociaal functioneren (laag zelfwaardering, depressiviteit, frustratie, sociaal isolement).
- Seksuele problemen; vooral bij mannen komen erectieproblemen veelvuldig voor, op basis van een verminderde doorbloeding en/of zenuwbeschadiging. Vrijwel altijd spelen psychologische factoren mede een rol. Seksuele problemen bij vrouwen met diabetes lijken minder vaak voor te komen maar verdienen wel de aandacht.

## 2.5 PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING

### Steun door de diabetesverpleegkundige

Het merendeel van de diabetespatiënten beschikt over voldoende copingvaardigheden om adequaat te leren omgaan met de beperkingen van de ziekte en de behandeling. Diabetesverpleegkundigen kunnen hierbij een belangrijke steunende rol zijn. Bij het begrip psychosociale steun moet gedacht worden aan; erkenning geven en begrip tonen, zoals wanneer zich problemen voordoen in de behandeling van de diabetes. Bijvoorbeeld bij een sterke angstreacties, kan er (tijdelijk) aanpassing noodzakelijk zijn van het medisch beleid. Door middel van extra educatie en training kan patiënten kennis en vaardigheden worden bijgebracht die nodig zijn voor een goede regulatie. Soms gaat het om medisch- technische vaardigheden of om sociale vaardigheden, bijvoorbeeld bij het overwinnen van schaamtegevoelens over buitenshuis prikken of spuiten. Door coaching en regelmatig positieve feedback te geven, kan patiënten geleerd worden meer op hun eigen oordeel te vertrouwen en daarmee minder afhankelijk te zijn van anderen. Eetstoornissen en seksuele problemen worden vaak niet bij de diabetesverpleegkundige spontaan naar voren gebracht vanwege schaamtegevoel. Bij deze onderwerpen is een goede communicatie en vertrouwensband met de patiënt van groot belang. Het is van belang regelmatig navraag te doen over het welbevinden van patiënt. Voor ondersteuning om deze onderwerpen aan de orde te laten komen kan men gebruik maken van vragenlijsten<sup>12</sup> (depressie, spuit en prikangst, diabetes zelfzorg), die voor de diabeteszorg in Nederland beschikbaar zijn.

### Psychosociale hulpverlening

In geval van ernstige, aanhoudende psychosociale problemen kan een verwijzing naar een gespecialiseerd psychosociaal hulpverlener noodzakelijk zijn. De psychosociale begeleiding dient uiteraard afgestemd te zijn op de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Belangrijk is het dat de hulpverlener over voldoende kennis van het ziektebeeld beschikt om de personen met diabetes over zijn ervaringen te kunnen praten en de behandeling hierop af te stemmen. Er kan gekozen worden voor de volgende psychotherapeutisch behandelmethoden; counseling, cognitieve gedragstherapie, relatie/systeemtherapie. Aanpassing van behandeling is gewenst bij diabetesgerelateerde angstproblemen en eetstoornissen. Voor alle psychosociale hulpverleners geldt dat kennis van het ziektebeeld, Diabetes Mellitus, noodzakelijk is om de betekenis van het leven met diabetes op waarde te kunnen schatten en de mens met diabetes adequaat te kunnen begeleiden.

De grens tussen educatie en hulpverlening (psycholoog) is niet altijd strak te trekken.

Diabeteseducatie is vooral gericht op voorlichting, waarbij emotionele en gedragsfactoren een grote rol spelen. Nieuwe ontwikkelingen in op het gebied van diabeteszorg laat zien dat de gecombineerde

<sup>12</sup> PAID,AHV,D-SPAV,VDZ-vragenlijsten bewerkt door dr.F.J.Snoek, hoogleraar medische psychologie

vorm van educatie en psychosociale hulpverlening (psycho- educatie) bijzonder effectief kan zijn bij het verbeteren van zowel de glycemische instelling als het emotioneel welbevinden. Veel van de problemen die mensen met diabetes ervaren in hun dagelijks leven zijn als "normaal" te beschouwen. Lotgenotencontacten bijvoorbeeld via het DVN<sup>13</sup> kunnen een belangrijke bedrage leveren aan het normaliseren en erkennen van de ziektelast in het dagelijks leven.

## **2.6 SAMENVATTING**

Gedragsfactoren spelen een belangrijke rol in de behandeling van Diabetes Mellitus. Psychosociale begeleiding is daarom een onderdeel van de zorg aan diabetespatiënten. Kennis van en inzicht in de psychosociale problemen van de diabetespatiënten zijn nodig om tijdig hulp te kunnen verlenen. Door de nauwe wisselwerking tussen lichamelijke en psychische processen kan psychosociale hulp direct bijdragen aan een betere metabole controle en daarmee aan een "betere kwaliteit van leven" van de patiënt.

---

<sup>13</sup> Diabetes Vereniging Nederland

### 3 THERAPIETROUW

#### INLEIDING

In dit hoofdstuk wil ik therapietrouw, oorzaken van therapieontrouw en motivatie beschrijven.

#### 3.1 THERAPIETROUW

Therapietrouw (compliance), is de mate waarin iemands gedrag (in termen van medicijngebruik, dieet, veranderde leefstijl en dergelijke) overeenkomt met het gezondheidsadvies (Haynes 1979). Therapietrouw en therapieontrouw zijn veel gehanteerde begrippen om aan te duiden of mensen gezondheidsadviezen al of niet correct opvolgen<sup>14</sup>. Deze begrippen roepen nogal eens kritiek op, omdat zij een ongelijkwaardige relatie zouden suggereren tussen de hulpverlener en patiënt, waarbij de patiënt weinig inbreng en eigen verantwoordelijkheid heeft. Lang niet alle contacten tussen hulpverleners en zorgvragers hebben tot gevolg dat zorgvragers actief en betrokken zijn bij hun behandeling en daadwerkelijk een leefstijl kiezen die overeenkomt met de wenselijkheid van een ziektebehandeling. Verschillende onderzoeken wijzen uit dat bij kortdurende behandelingen de therapietrouw vrij groot is. Bij langdurige behandelingen, zoals diabetes en hypertensie<sup>15</sup> is de therapieontrouw vrij groot. De gezondheidsadviezen die gegeven worden aan patiënten met hypertensie hebben veel raakvlakken met de gezondheidsadviezen die gegeven worden aan patiënten met diabetes; aanpassen voedingsvoorschrift, zorgen voor een gezond lichaamsgewicht, bewegingsactiviteiten, en het levenslange innemen van medicatie. Het orale medicijngebruik bij diabetes patiënten lukt niet altijd, zo blijkt uit het rapport van A. van den Brink, Nivel 2004 "factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken", dat slechts 38,1%, bij 3x daags dosering, therapietrouw is. Therapieontrouw is vaak onopzettelijk en niet bewust zo bedoeld. Door allerlei omstandigheden kan het verkeerd gaan met een behandeling en/of met leefregels. Men kan zich bijvoorbeeld niet aan de voorschriften houden door gebrek aan kennis of misvattingen. Soms speelt vergeetachtigheid een rol, of begrijpen mensen de voorschriften niet of verkeerd. Is therapieontrouw altijd fout? Soms kunnen patiënten goede redenen hebben om de adviezen niet op te volgen. Dit is bijvoorbeeld het geval als de adviezen sterk indruisen tegen de eigen leefstijl van de patiënt of als bepaalde adviezen teveel schadelijke bijwerkingen (b.v. medicatie) vertonen.

#### 3.2 OORZAKEN VAN THERAPIEONTROUW<sup>16</sup>

Dat de patiënten adviezen helemaal niet opvolgen kan uiteenlopende oorzaken hebben. Doorgaans gaat het niet om een oorzaak maar om een complex van oorzaken. Er zijn een vijftal categorieën:

1. Kenmerken van de ziekte: volledige afwezigheid van symptomen beïnvloedt de therapietrouw negatief.
2. Kenmerken van het verwijzingsproces: hoe langer de tijd tussen de verwijzing en de werkelijke afspraak; hoe groter de kans dat de afspraak niet nagekomen wordt.
3. Kenmerken van de behandeling: compliance daalt naar gelang de duur van de behandeling toeneemt en naar gelang de complexiteit stijgt. Een patiënt zal gemakkelijker een therapie uitvoeren, die zijn bestaand levenspatroon weinig verstoort. Dieetvoorschriften zijn vaak moeilijk op te volgen. Hoe complexer en ingewikkelder de totale behandeling wordt, des te gemakkelijker een patiënt afhaakt.

---

<sup>14</sup> Ds. J.H.J. de Jong, Patiëntenvoorlichting, hoofdstuk 11 uit: Handboek verpleegkunde, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003, pp 350

<sup>15</sup> R. Schaap, Therapietrouw en essentiële hypertensie, hoofdstuk 3 uit: Gedrag en Gezondheid, 1989

<sup>16</sup> F. Gerards, Health Counseling: problemen, definitie en doelstellingen, hoofdstuk 1 uit: Health Counseling, 3<sup>e</sup> druk, Uitg. H. Nelissen, Soest 2001

4. Kenmerken van de patiënt: verschillen tussen patiënten die therapietrouw of –ontrouw zijn, liggen op gebieden die te maken hebben met psychosociale aanpassing aan de ziekte. De therapieontrouwe patiënten ervaren meer moeilijkheden van hun omgeving en familierelaties. Zij ondervinden hier veel stress van.
5. Sociale en omgevingsfactoren: voorlichting aan de partners of familieleden is belangrijk, door betrokkenheid wordt het inleven bevorderd. Hierdoor wordt er beter rekening gehouden met de veranderde leefstijl van de patiënt.

### 3.3 MOTIVATIE

Volgens de Vries<sup>17</sup> moeten wij ons ervan bewust zijn dat een groot deel van de bevolking niet gemotiveerd is om hun gedrag – samenhangend met een bepaald gezondheidsprobleem, bijvoorbeeld diabetes – te veranderen. Motivatieverhoging zal dus een eerste aandachtspunt zijn als je als doel hebt het gedrag van de diabetespatiënt te veranderen om zo de patiënten te interesseren voor gedragsverandering. Voorlichting kan pas effectief zijn als ze erin slaagt de patiënten te motiveren tot een ander, gezonder gedrag. De focus van gezondheidskundige interventies bestaat erin vrijwillige gedragsverandering te ontstaan door voorlichting. Motivering zal hierbij de belangrijkste invalshoek zijn, omdat dit binnen het handelingsrepertoire van verpleegkundige ligt. Motivatie is een belangrijk middel om gedrag te sturen. Maar wat is *motivatie*? Een omschrijving is, drijfveer, beweegredenen. Motivatie is een belangrijk begrip in de psychologie<sup>18</sup>. Er bestaan twee vormen van motivatie de intrinsieke- en extrinsieke motivatie, om deze begrippen te verduidelijken in de praktijk geef ik hieronder voorbeelden:

#### **Intrinsieke- en extrinsieke motivatie**

Mensen leren wat zij moeten leren als ze gemotiveerd zijn; zij houden zich dan ook aan de behandelvoorschriften. Intrinsieke motivatie hangt samen met de karakterstructuur van de betrokken persoon en heeft weinig te maken met zijn of haar diabetes. Dit is de krachtigste en op den duur meest effectieve vorm van motivatie. Een paar voorbeelden van intrinsieke drijfveren en behoeften: een "normaal" leefpatroon volgen, zich thuis voelen bij collega's en vrienden, succes hebben in het werk, een gelukkig huwelijk, goede ouders hebben. Extrinsieke motivatie bestaat uit beloning, bedreiging of druk van buitenaf. Enkele alledaagse voorbeelden van extrinsieke motiverende krachten zijn vragen stellen of complimenten, cadeautjes of financiële beloningen geven. Er zijn ook factoren in het leven van de diabetespatiënt die demotiverend kunnen werken zoals; angst, het opgeven van hoop en hulpeloosheid. De intrinsieke motivatie van de patiënt gebruiken kan door; de patiënt helpen tot een actievare en positieve houding tegenover de behandeling door doelstelling af te stemmen op de persoon. Bij een patiënt die steun zoekt bij een ander kan men verwijzen naar groep lotgenoten, bij een patiënt die sterk onafhankelijk van aard is kan men het zelfmanagement nog meer stimuleren. Extrinsiek motivatie toepassen bij de patiënt; kan door belonen van de inzet zoals positieve feedback, empathie, bevorderen van het geloven in eigen kunnen.

### 3.4 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk heb ik beschreven wat therapieontrouw is en wat de oorzaken hiervan kunnen zijn. Bij chronisch zieken, dus ook bij diabetespatiënten, komt relatief meer therapieontrouw voor. Dat laatste is ook begrijpelijk. Adviezen moet vaak lang, soms levenslang, worden volgehouden. Het belangrijkste nadeel is dat de kans groot is dat het doel van de behandeling niet wordt bereikt. Ik heb uitgelegd wat motivatie is omdat dit een belangrijke rol speelt om te komen tot een ander, gezonder gedrag.

<sup>17</sup> B. Sassen, Gezondheidsvoorlichting hoofdstuk 6, Uit: Gezondheid en preventie, 2<sup>e</sup> druk, Uitg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2000, pp 173

<sup>18</sup> J. Rigter, Motivatie, hoofdstuk 7 Uit: Psychologie voor de praktijk, 4<sup>e</sup> druk, Uitg. Cutinho, Bussum 1998, pp 227

## 4 GEDRAGSMODELLEN

### INLEIDING

Er bestaan verschillende theorieën/ modellen over hoe gezondheidsgedrag ontstaat. Verondersteld wordt dat de verschillende manieren van leren van invloed zijn op het ontstaan van gezondheidsgedrag. Zo leren kinderen door voorbeelden van ouders, zussen of broers. Mensen leren door belonen of straffen, door conditionering of door de invloed van groepen waartoe ze behoren. Sociale druk door anderen kan mensen ervan weerhouden hun gedrag te veranderen of het juist te versterken in behoud van het gedrag. Er zijn in de afgelopen jaren verschillende modellen ontwikkeld om gezondheidsgedrag te analyseren en te verklaren. Zo kan men aan de hand van een model nagaan waarom bijvoorbeeld iemand zich niet houdt aan een gezonde leefstijl. Gedragsmodellen zijn een hulpmiddel voor het plannen en evalueren van gezondheidsvoorlichting- activiteiten. Hieronder wil ik enkele modellen beschrijven.

#### 4.1 HEALTH BELIEVE MODEL<sup>19</sup>

Het Health Believe Model (HBM) is ontstaan vanuit de behoefte gezondheidsgedrag te verklaren. Het model gaat uit van de veronderstelling dat mensen hun gezondheid kunnen beïnvloeden. Gezondheid heeft in dit model een positieve waarde en ziekte wordt ervaren als een bedreiging voor de gezondheid. Verandering van gedrag vindt plaats onder invloed van de ziektedreiging die je ervaart en de afweging van effecten en barrières die door het veranderde gedrag ontstaan. De dreiging die je ervaart, ontstaat door verschillende factoren:

- De ernst van en de kans op ziekte; wanneer ziekte ernstige gevolgen heeft op korte of lange termijn.
- Demografische factoren; hieronder vallen factoren als leeftijd, geslacht, sociaal- economische factoren. Zij beïnvloeden de mate van bedreiging die je ervaart.

Prikkels; zij zijn nodig om tot actie over te gaan. Zo kan een ziekte of het overlijden van iemand uit de directe omgeving aanleiding zijn om na te denken over je eigen gezondheidsgewoonten.

Een tekort van het oorspronkelijk HBM- model is dat andere determinanten ontbreken, zoals de attitude, de eigen- effectiviteit, de sociale invloed en de voordelen van een negatieve gewoonte. In een latere versie van het model zijn enkele determinanten toegevoegd, zoals psychosociale factoren, sociale contacten en gezondheidsgedrag.

#### 4.2 MODEL VAN AJZEN EN FISHBEIN<sup>20</sup>

Volgens dit model wordt het gedrag bepaald door de intentie. Onder de intentie verstaat men de neiging die mensen hebben om gedrag te vertonen. De intentie wordt bepaald door de attitude en de sociale norm. Attitude betekent in dit verband de houding die je hebt ten opzichte van de gevolgen van het gedrag. Persoonlijke opvattingen (beliefs) en sociale normen bepalen de attitude van mensen. Bijvoorbeeld: iemand denkt door te sporten een betere conditie te krijgen (beliefs), collega's op het werk vinden het belangrijk dat men sport zodat er goed gepresteerd kan worden (normatieve beliefs). De sociale norm wordt bepaald door de opvattingen van anderen en de mate van instemming. Bij negatieve respons van de omgeving zal de motivatie niet bevorderen. Voorbeeld; wanneer iemand wil afvallen en de omgeving ondersteunt hem niet er eerder kans bestaat tot sneller stoppen. Het model

---

<sup>19</sup> J. de Jong, Preventie, GVO en Patiëntenvoorlichting, hoofdstuk 11 uit: Handboek Verpleegkunde, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003

<sup>20</sup> J. de Jong, Preventie, GVO en Patiëntenvoorlichting, hoofdstuk 11 uit: Handboek Verpleegkunde, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003

van Ajzen en Fishbein(1975) is niet alleen van toepassing op de verklaring van gezondheidsgedrag, maar ook op sociaal en milieuvriendelijk gedrag.

#### 4.3 STAGES OF CHANGE MODEL<sup>21</sup> (PROCHASKA, DICLEMENTE 1992)

Stages of Change Model bestaat uit een cyclische opeenvolging van fasen waarin de patiënten met een bepaalde motivatie tot (niet) een veranderen "zitten". Het doel van het model is om inzicht te krijgen in welke fase van gedragsverandering mensen zich bevinden. In elke fase zie je bepaalde beïnvloedende processen en deze fasen en processen zie je in samenspel. Mensen die hun gedrag willen veranderen, doorlopen een aantal motivationele stadia of "stages". In de eerste fase, *precontemplatie*: "*Het is niet mijn probleem*", wordt verandering van gedrag niet overwogen. Mensen zijn zich niet bewust van hun risicogedrag en niet overtuigd dat de voordelen van gedragsverandering zwaarder wegen dan de mogelijke nadelen. In de tweede fase, de *contemplatiefase*: "*ik denk dat..*", wordt verandering van het risicogedrag wel overwogen, maar er worden nog geen plannen gemaakt om op korte termijn te veranderen. Als er wel concrete plannen zijn om het gedrag op korte termijn te veranderen, begint de *voorbereidingsfase* (preparatiefase). In de voorbereidingsfase dient men vertrouwen in zichzelf te krijgen en de invloeden die men ondervindt van de sociale omgeving leert te hanteren. In de *contemplatie- en voorbereidingsfase*: "*ik heb besloten om...*", is men zich van bewust van het risicogedrag en meestal overtuigd van de voordelen van gedragsverandering. De eigen effectiviteitverwachting is in deze fase wel laag: men wil wel veranderen maar weet nog niet goed hoe. In de derde fase, de *actiefase*: "*ik ben ermee bezig...*", vindt de werkelijke gedragsverandering plaats om zo ook werkelijk iets aan het gezondheidsprobleem te doen. Ze zien naast de noodzaak ook de mogelijkheden. Men is hard aan het werk om zich gezonder te gedragen. In de vierde fase, de *behoudsfase*: "*Het gaat nog steeds goed, maar het is niet makkelijk*", heeft de gedragsverandering al geruime tijd voortgezet. Het gaat in deze fase om het leren omgaan met terugval. *Terugval* van latere stadia naar een eerder stadia is gedurende het gehele proces mogelijk. Om tot een blijvende verandering van risicogedrag te komen, zijn vaak meerdere periodes van contemplatie, voorbereiding en actie nodig. Een belangrijk implicatie van het model is dat de voorlichtingsbehoefte van mensen afhangt van het motivationeel stadium. Hoe verder een patiënt is in de stages vóór de start van de verpleegkundige interventie, des te gunstiger is de kans op het uiteindelijk bereiken van gedragsbehoud met deze patiënt

#### 4.4 SOCIAAL LEERTHEORIE<sup>22</sup> (STC, BANDURA 1986)

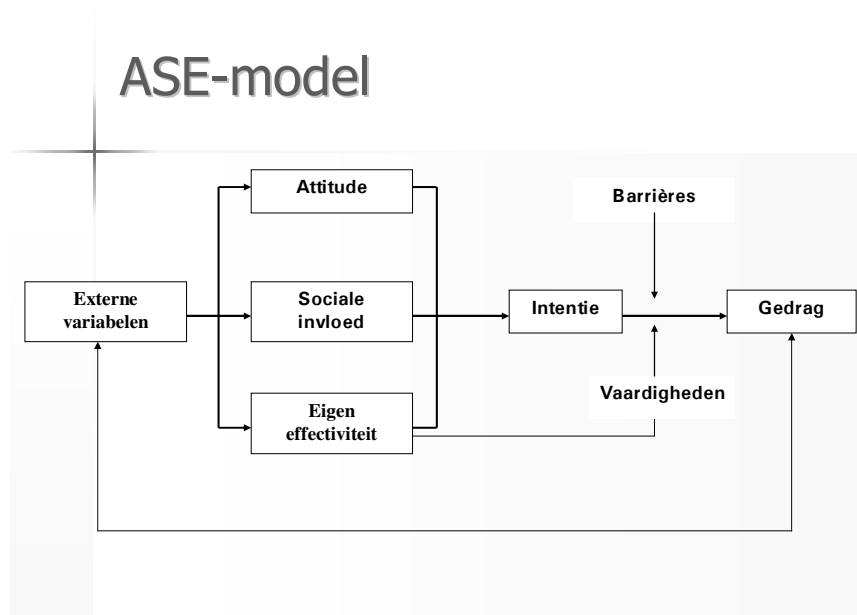
Een belangrijk model in de sociale psychologie is de sociale leertheorie van Bandura (1986). In principe onderscheidt Bandura persoonlijke-, omgevings- en gedragsfactoren om het gedrag te verklaren. De *omgevingsfactor* omvat de variabelen die buiten de persoon liggen. De omgeving verschaft de sociale en fysieke situatie waarin de persoon functioneert. Belangrijk hierin is de beloning die de ander geeft en de voorbeeldfunctie van de ander (modeling). De *persoonlijke factor* is vermoedelijk de meest belangrijke factor in de sociale leertheorie van Bandura omdat hij groot belang hechtte aan de rol van de cognities. Het omvat de vaardigheden van de persoon om de betekenis van gedrag te kunnen leren via ervaring of observatie. De *gedragsfactor* omvat de variabelen om de vaardigheden die de persoon heeft om bepaald gedrag daadwerkelijk uit te voeren. Hierbij speelt, buiten de voldoende vaardigheden, motivatie een belangrijke rol.

<sup>21</sup> B. Sassen, Gezondheidsvoorlichting, hoofdstuk 6, Uit: Gezondheidsvoorlichting en preventie, 2<sup>e</sup> druk, Uitg. Elsevier, Gezondheidszorg, Maarssen 2000, pp 189-194

<sup>22</sup> V. Damoiseaux, Determinanten van gedrag, hoofdstuk 8, Uit: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. van Gorcum, Assen 1993

#### 4.5 ASE-MODEL<sup>23</sup>

De tot nu toe besproken modellen proberen gedrag te verklaren. De vraag naar het beste model is echter moeilijk te beantwoorden, mede omdat modellen zich richten op de verklaring van een bepaald gedrag in een bepaalde context. Verder veranderen modellen naarmate er meer inzichten ontstaan over nieuwe relevante factoren. In het ASE- model worden verschillende bevindingen uit de overige modellen zoveel mogelijk met elkaar geïntegreerd. Het model is vooral gebaseerd op de theorie voor berekend gedrag (Ajzen & Fishbein, 1975) en op Bandura's sociale cognitieve theorie voor gedragsverandering (self-efficacy theorie; Bandura, 1986). Het model gaat ervan uit dat mensen kunnen aangeven waarom zij zich gedragen zoals ze doen. Het ASE- model , in navolging van het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente, een onderscheid maakt tussen ongemotiveerd en gemotiveerd en degene die een poging tot gedragsverandering ondernemen. Het ASE- model onderscheidt een drietal hoofdcognities: attitudes (A), sociale invloeden (S), en eigen-effectiviteitverwachtingen (S). Samen bepalen deze cognities de motivatie van een persoon om een bepaald gedrag uit te voeren, dit wordt ook wel intentie genoemd. Bij de attitude is een onderscheid te maken in affectieve (evaluatieve) en cognitieve (naar de mate waarin ze optreden) consequenties van gedrag. De sociale invloed wordt in het ASE- model, bepaald door sociale normen, het waargenomen gedrag van anderen en de directe druk of de ervaren steun voor een gedrag. Met betrekking tot de eigen- effectiviteitverwachting wordt een onderscheid gemaakt tussen de gedrag-effectiviteit, de sociale- effectiviteit, en de spanning- effectiviteitverwachting. Onder de sociale effectiviteitverwachting verstaat men de mate waarin iemands zich in staat acht om sociale druk te weerstaan. Onder spanning- effectiviteit wordt de inschatting verstaan om het gewenste gedrag te kunnen blijven vertonen in situaties van spanning. Onder gedrag- effectiviteitverwachting verstaat men de inschatting van een persoon om een bepaald gedrag uit te kunnen voeren. Uit het model blijkt dat attitudes, sociale invloedsverwachtingen en eigen- effectiviteitverwachtingen de intentie tot gedrag beïnvloeden. Het gedrag is niet alleen afhankelijk van de intentie, maar ook van iemands vaardigheden en de barrières die de uitvoering van het gedrag kunnen belemmeren.



<sup>23</sup> V. Damoiseaux, Determinanten van gedrag hoofdstuk 8, Uit: Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. van Gorcum, Assen 1993

#### **4.6 SAMENVATTING**

De gedragsmodellen/ theorieën die in dit hoofdstuk zijn beschreven zijn een hulpmiddel om het gedrag te verklaren. Vaak zijn de gedragstheorieën, afkomstig uit de psychologie, gebaseerd op al bestaande theorieën en in de afgelopen jaren aangepast. Zo ontstaan er steeds weer nieuwe theorieën of modellen waar de basisprincipes terug te vinden zijn in de oudere versies. De praktijkmodellen die ik in het volgende hoofdstuk ga beschrijven zijn gebaseerd op de hierboven genoemde gedragsmodellen/ theorieën.

## 5 DIABETESEDUCTIE

### INLEIDING

Als we het hebben over diabeteseducatie, wil ik eerst een brede omschrijving geven van patiëntenvoorlichting. Omdat patiëntenvoorlichting<sup>24</sup> meer is dan alleen informatieoverdracht. Het gaat ook om beïnvloeding van de motivatie, vergroten van de mondigheid, leren omgaan met de ziekte. De volgende definitie is van Damoiseaux:

*Patiëntenvoorlichting is een koepelbegrip voor diverse vormen van doelgerichte en systematisch toegepaste communicatieprocessen, gericht op het bevorderen van kennis, inzicht en motivatie en het vergroten van de handeling en besluitvormingsmogelijkheden van een patiënt en zijn sociale omgeving om het omgaan met of herstel van ziekte te bevorderen.*

Voorlichtingsmethoden gericht op begeleiding en educatie zijn onder andere gespreksvoering, counseling en modeling. De methoden die in de praktijk worden gebruikt (hieronder besproken), gaat uit van het individuele gesprek. De voorwaarden voor een goed gesprek zijn: voldoende privacy en een vertrouwensbasis tussen patiënt en verpleegkundige. Er is door het NIGZ<sup>25</sup> een voorlichtingspijl ontwikkeld die uit vijf stappen en is gebaseerd op het proces dat patiënten doorlopen bij het verwerken van informatie. De vijf stappen zijn: *openstaan, begrijpen, willen, doen, blijven doen*. Deze stappen zijn terug te vinden in de volgende methoden die gericht zijn het motiveren tot gedragsverandering. Er zijn verschillende gespreksmethoden en – technieken die men in de praktijk kan gebruiken om de patiënt te motiveren tot gedragsverandering om zo therapietrouw te zijn. De volgende worden besproken:

### 5.1 HEALTH COUNSELING

Health Counseling<sup>26</sup> is een methode gericht op de begeleiding van de patiënt met als doel hem te *motiveren* deze adviezen ook daadwerkelijk op te volgen en vol te houden. Voor verpleegkundigen ligt het kiezen van het voor deze methode vooral voor de hand als gedrag steeds of over een langere periode moet worden volgehouden door de patiënt. Het is een geschikte methode voor patiëntenvoorlichting omdat planmatig een communicatieproces in gang wordt gezet, waarmee veranderingen in kennis, inzicht, vaardigheden, attitude, sociale invloed en gedrag worden beoogd, waardoor een gunstig effect op de lichamelijke, geestelijke (psychiatrische) en/of sociale problematiek van de patiënt verwacht mag worden. Gerards<sup>27</sup> definieert Health Counseling als volgt, "Bewuste en doelgerichte communicatie tussen een Health Counseling met als doel de patiënt te motiveren het gezondheidsadvies correct op te volgen en zo nodig vol te houden. Hierbij wordt een beroep gedaan op de actieve participatie en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt". De begeleiding van het advies wordt gefaseerd en stapsgewijs gegeven. In het volgende figuur worden de fasen en stappen in het proces van Health Counseling weergegeven.

---

<sup>24</sup> J. de Jong, Preventie, GVO en patiëntenvoorlichting, hoofdstuk 11, Uit: Handboek verpleegkunde, 1<sup>e</sup> druk, Uitg: Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003

<sup>25</sup> NIGZ= Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

<sup>26</sup> B. Sassen, Patiëntenvoorlichting, hoofdstuk 7, Uit: Gezondheidsvoorlichting en preventie, 2<sup>e</sup> druk, Uitg, Elsevier, Gezondheidszorg, Maarssen 2000

<sup>27</sup> F. Gerards, Health counseling, problemen, definities en doelstellingen hoofdstuk 1, Uit: Health counselling, 3e druk, Uitg, H. Nelissen B.V., Soest 2001

*Overzicht van fasen en stappen in het proces van Health Counseling.  
Naar: Gerards, 1993.*

#### Fase 1 Voorbereiding van het advies

Stap 1 Bewustwording; patiënt helpen tot inzicht te komen hoe een bepaald gedrag van invloed is op de klacht en het herstel ervan. Thema: voorlichting/informatie over het ziektebeeld/oorzaak, klachten

Stap 2 Afweging, d.w.z. de patiënt begeleiden bij het tot stand komen van een gedragsintentie.

Thema: voor- en nadelen van het gedrag samen met patiënt bespreken

Stap 3 Besluitvorming, patiënt helpen een besluit te nemen over verandering van het gedrag. Thema: barrières opsporen en opruimen, emoties, willen, vaardigheden, persoonlijke effectiviteit, etc.

#### Fase 2 Uitvoering van het advies.

Stap 4 Gedragsverandering d.w.z. de patiënt helpen zijn gedrag te veranderen door instructies omtrent het nieuwe gedrag. Thema: afspraken maken, instructies, zelfcontrole, gedragsondersteunende maatregelen afspreken

#### Fase 3 Nazorg

Stap 5 Gedragsbehoud, patiënt begeleiden bij behoud van het gedrag. Thema: feedback geven, leefstijl veranderen, hoge risico situatie opsporen.

Stap 6 Preventie van terugval door patiënt te leren om fouten zodanig te hanteren dat het geadviseerde gedrag wordt volgehouden. Thema: fouten zijn om te leren.

Het hierboven beschreven model zijn verschillende theoretische concepten geïntegreerd, zoals: De sociale leertheorie, Ajzen en Fishbein, Stages of Change en het Health Belief Model.

Kenmerken van het model is dat het een rationeel model is waarin de verschillende aspecten die in het proces advisering te onderscheiden zijn, apart aandacht krijgen. De aard van de begeleiding die bij het advies wordt gegeven, is aangepast aan de fase en stap die op dat moment aan de orde is. Het opvolgen en volhouden van adviezen wordt voorgesteld als een voortschrijdend keuzeprocess van de patiënt, waarbij de opvolging steeds dichterbij handbereik komt. Er wordt voortdurend een beroep gedaan op de actieve participatie van de patiënt. Voor de uiteindelijke keus draagt de patiënt de verantwoording. De HC is verantwoordelijk voor het op deskundige wijze begeleiden en ondersteunen van dit proces. Er wordt rekening gehouden met de moeilijkheden en problemen die zich bij de uitvoering van het geadviseerde gedrag kunnen voordoen. Dit model is uiteindelijk bedoeld om een bijdrage te leveren aan de bevordering van de therapietrouw van de patiënt. Hiermee worden patiënten geenszins het recht ontzegd adviezen niet op te volgen. Met behulp van het model kan dit in een vroeg stadium duidelijk worden, zodat frustraties hierover zowel bij de patiënt als de HC kunnen worden voorkomen.

## **5.2 GESPREKSTECHNIKEN HEALTH COUNSELING**

De uitgangspunten van gespreksvoering zijn allereerst dat de patiënt geaccepteerd dient te worden zoals hij is. Ten tweede moet er een discussie vermeden worden binnen het proces, dit kan onttaarden in machtsstrijd. Ten derde is het van belang uit te gaan van de het versterken en ondersteunen van de competenties van de patiënt. De aantal gesprekstechnieken van Health Counseling zijn:

- Aandachtgevend gedrag, dit blijkt vooral uit non- verbale aspecten van de Health Counselor zoals oogcontact, houding, gezichtsuitdrukking en toon van de stem maar ook laten merken dat je luistert.
- Vragen stellen, open vragen en duidelijke geformuleerd
- Doorvragen, meestal gebeurt dit door het stellen van open vragen
- Parafraseren, korte samenvattingen, in de eigen woorden door de Health Counselor, over hetgeen de patiënt heeft verteld.
- Actief en reflecterend luisteren
- Samenvatten, dit als doel structuur in het gesprek te brengen en om te zien of het door de Health Counselor goed begrepen is.

- Positieve heretiketteren, negatieve gedachten worden door de Health Counselor in een positieve context terug gegeven
- Paradoxe benadering, de Health Counselor kiest voor het versterken van de negatieve stem van de patiënt om zo zelf te kiezen voor de positieve stem om zo achter het advies te gaan staan.

### **Eigen verantwoordelijkheid**

Health Counseling doet een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Er wordt van uitgegaan, zowel praktijkervaring als wetenschappelijk onderzoek (Gerards, 2001) onderstreept dat adviezen niet worden opgevolgd als de patiënt er zelf niet achter staat. Het is zaak de patiënt zo te begeleiden dat de keuze voor een advies zijn eigen keuze is. Dan zal hij zich inzetten en bereid zijn mogelijke nadelige consequenties van het advies te accepteren.

### **5.3 MOTIVATIONAL INTERVIEWING**

Motivational Interviewing is een counselingstijl die directief en patiëntgericht is. Het helpt patiënten hun ambivalentie ten aanzien van gedrag te exploreren en op te lossen. De Motivational Interviewstijl is een methode van samenwerken, gebruikmakend van verschillende principes en technieken (Miller, 2002) Hierbij is het van groot belang dat er vertrouwen wordt opgebouwd, de weerstand verminderd en er direct gericht wordt op het verhogen van het stadium van gedragsverandering. Principes van Motivational Interviewing zijn het nauwkeurig begrijpen van wat de patiënt zijn standpunt is, vermijden van weerstand, verhogen van de patiënt zijn eigen effectiviteit en het ontwikkelen van discrepantie tussen het huidige en het toekomstige gedrag. De essentie van Motivational Interviewing is dat de motivatie tot verandering vanuit de patiënt *zelf* komt en *niet van buitenaf* wordt opgelegd. De verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt. De bereidheid tot verandering is niet een vaststaande eigenschap van de patiënt maar een wisselend product van de interactie tussen patiënt en hulpverlener. De sfeer tijdens het gesprek is kalm en uitnodigend, de hulpverlener is wel directief in het bijstaan van de patiënt. De verhouding is gelijkwaardig partnerschap (Miller, 2002) Vijf principes spelen een belangrijke rol bij Motivational Interviewing:

- Wees empathisch, werkelijk inleven in een ander. Door reflectief te luisteren, laat de hulpverlener blijken dat zij het begrijpt wat de patiënt zegt, voelt en denkt.
- Weerstand. Meeveren! Weerstand wordt gezien als een product van de kwaliteit van het contact tussen de hulpverlener en de patiënt. Wanneer de weerstand aanwezig blijft of toeneemt kan de hulpverlener reflectie toepassen om zodoende met de weerstand mee te veren. Dit kan zij doen door zich in het standpunt van de patiënt te verplaatsen en diens argumenten te herhalen, eventueel met zekere overdrijving.
- Ondersteun eigen- effectiviteit, de hulpverlener versterkt de succeservaringen van de patiënt door de verandering in gedrag te bevestigen. Verder lokt zij positieve ervaringen uit door bijvoorbeeld al te spreken tijdelijk haalbare veranderingen door te voeren.
- Ontwikkel discrepantie, in een motiverend gesprek wordt geprobeerd de balans te veranderen tussen "hoe je bent" en "hoe je wilt zijn". Een techniek die gebruikt kan worden is de baten en lasten van bijvoorbeeld, de huidige leefstijl, te laten uit een zetten. Door het uitlokken van zelfmotiverende uitspraken roept zij discrepantie op.
- Discussie en argumentatie vermijden, de patiënt is zelf verantwoordelijk voor de keuze die de patiënt maakt om te veranderen. Een discussie tussen de hulpverlener en de patiënt over veranderen wijst op een defensieve houding van de patiënt. De hulpverlener werkt juist samen met de patiënt naar een positieve beslissing om te veranderen.

Dit tabel toont de relatie tussen de fasen van gedragsverandering en mogelijke ideeën voor begeleiding (Bes, 2002). Dit naar aanleiding van het Stages of Change model.

**Fase waarin de cliënt zit**

Precontemplatie

Contemplatie

Vorbereidingsfase

Actiefase

Gedragsbehoud

Terugval

**Motiverende taken van de hulpverlener**

Zaai twijfel – (vergroot het gevoel bij de patiënt over de risico's en problemen van het huidige gedrag) helpt mee de cliënt bewust te laten worden van zijn eigen gedrag.

Laat de balans doorslaan – vergroot de redenen van de cliënt voor veranderen en niet veranderen.

Help de patiënt bepalen wat voor hem de beste strategie is om tot verandering te komen en help de patiënt het zelfvertrouwen te versterken zodat het lukt om te veranderen. Help de patiënt stappen te ondernemen die strategie uit te voeren.

Help de patiënt terugval aan te zien komen en strategieën klaar te hebben in geval dat nodig is

Help de patiënt opnieuw door dit proces te gaan, zonder gedemoraliseerd te worden door de terugval.

**Een belangrijke implicatie van dit model is dat de voorlichtingsbehoefte van mensen afhangt van het motivationeel stadium.**

Volgens het rapport "vraaggestuurde dieet zorg, mei 2005" is het van belang om, onafhankelijk van welk stadium van motivatie of gedragsverandering dan ook, nooit ongeraagd informatie en advies te geven. Idealiter geeft de hulpverlener dus pas advies wanneer de cliënt daarom vraagt. Indien dat niet gebeurt, kan de hulpverlener altijd neutraal aanbieden om informatie te geven, op zo'n manier dat de cliënt dat, op dat moment, ook makkelijk kan weigeren of uitstellen.

**5.4 GESPREKSTECHNIEKEN MOTIVATIONAL INTERVIEWING**

Het is cruciaal dat de nieuwsgierigheid van de patiënt wordt opgewekt zodat de patiënt gestimuleerd is om vragen te stellen en reflecties te maken op de betekenis van de gegeven informatie.

- Stel open vragen: hierdoor geef je de patiënt de ruimte om te reageren
- Ondersteun en bevestig: bijvoorbeeld door complimenten en uitingen van begrip
- Geef samenvattingen: drie elementen die een goede samenvatting vormen; de voordelen, de nadelen en een uitnodiging verder te exploreren
- Reflectief luisteren: ingaan op wat de patiënt vertelt en navragen of hij dit zo bedoelt
- Uitnodigen tot veranderingssuitspraken. De redenen voor gedragsverandering van de huidige situatie worden door de patiënt zelf geformuleerd. Over het algemeen zijn mensen beter te motiveren door de redenen die zij zelf hebben bedacht of verwoord, dan door diegenen die hen door anderen zijn aangedragen (Miller, 2002, Zelf- perceptie theorie)

Hulpmiddelen die bij een gesprek gebruikt kunnen worden zijn "*readiness*" een veranderscore en "*agenda setting*". Readiness is een schaal van 0 tot 10, waarbij de ambivalentie gemeten kan worden. Hierdoor activeer je de patiënt tot eigen uitspraken. Door agenda- setting laat je het te bespreken thema door de patiënt zelf uitkiezen.



### 5.5 SELF- EFFICACY<sup>28</sup>

Bandura (1986) grondlegger van de sociale leertheorie, later sociaal- cognitieve theorie genoemd, omschrijft self- efficacy als het geloof *in eigen kunnen*, gekoppeld aan gedrag in een specifieke situatie. Het is de persoonlijke inschatting die iemand heeft van zijn eigen mogelijkheden of competenties om bepaald gedrag uit te voeren. Self- efficacy is een factor die in hoge mate het denken, de keuzes, motivaties en emoties van mensen, en daarmee hun gedrag, bepaalt. Door gebruik te maken van dit gegeven kan diabeteseducatie succesvoller worden uitgevoerd. J. van der Bijl (2003) ontwikkelde een theorie gestuurd educatieprogramma voor diabetesverpleegkundigen op basis van de theorie van Bandura. Het doel van deze educatie is de patiënt zodanig te instrueren en te motiveren dat zij een zo prettig mogelijk leven, met zo min mogelijk complicaties, kunnen leiden. De theorie van Bandura bestaat uit vier basisprincipes (informatiebronnen) die self- efficacy vergroten. J. van der Bijl heeft de algemene theorie aangevuld met diabetesspecifieke voorbeelden en interventies:

- Oefenen: eerdere succesverhalen bepalen in hoge mate de self- efficacy. Wanneer de diabetesverpleegkundigen patiënten stimuleren om het gewenste gedrag te oefenen kunnen zij succesverhalen creëren. Het is hierbij belangrijk de doelen af te stemmen op de bestaande mate van self- efficacy van de patiënt. De vaardigheden moeten in kleine stappen aangeleerd worden om ervoor te zorgen dat het verloop succesvol wordt. Door mislukking bij het uitvoeren van een handeling neemt de self- efficacy af, zeker als het falen plaatsvindt voordat er een stabiel gevoel van self- efficacy is ontwikkeld (Bandura, 1995). Bij het opstellen van doelen is het belangrijk de patiënt erin te betrekken, dit draagt bij aan een grotere motivatie.
- Observatie van anderen: self- efficacy kan worden gestimuleerd door anderen in een gelijksoortige situatie goed te zien uitvoeren, dit wordt ook wel modeling genoemd. J. van der Bijl heeft hiervoor een brochure ontwikkeld dat heet "Omgaan met diabetes". In de brochure vertellen patiënten over hun positieve ervaringen. Bandura noemt dit "symbolische modeling". Belangrijk hierbij is dat patiënten zich kunnen identificeren met het model. Hoe groter de overeenkomsten zijn tussen de patiënt en het model, hoe groter het self- efficacy bevorderend effect van modeling is.<sup>29</sup> Bij groepseducatie speelt de directe aanwezigheid van andere chronische zieken een belangrijke rol. De groepsleden kunnen worden aangemoedigd elkaar te helpen bij het oplossen van hun problemen, het delen van ervaringen en het voorstellen van gewenst gedrag. Het effect van het modelingproces is groter wanneer de groepsleden een aantal gemeenschappelijke kenmerken hebben zoals leeftijd, beroep en opleiding, zodat identificatie met groepsleden mogelijk is. Er kan ook gebruik gemaakt worden van videobanden om het vereiste gedrag te demonstreren. Onderzoeken laten allemaal een stijging van de self- efficacy zien (Brown, 1997).
- Overtuiging door anderen: van grote invloed op het self- efficacy- oordeel van patiënten zijn de verklaringen die zij geven voor eerdere succes of falen. Deze verklaringen worden attributie genoemd. Volgens Bandura zijn mensen met een lage self- efficacy geneigd te denken dat de oorzaak van succes of falen afhangt van factoren die niet te beïnvloeden zijn. Ter bevordering van de self- efficacy is het dus nuttig ervoor te zorgen dat mensen hun attributies herzien wanneer ze het succes of falen toeschrijven aan factoren die buiten hun invloedssfeer liggen. Verder is positieve bekrachtiging erg belangrijk om faalervaringen te voorkomen. Een goede ondersteuning van de feedback voor patiënten is het bijhouden van een dagboek. Bij diabetespatiënten bijvoorbeeld kunnen de bloedglucose genoteerd worden, evenals de uitgevoerde zelfmanagementactiviteiten en de bijhorende omstandigheden. Dit kan de patiënt en de zorgverlener meer inzicht geven in het zelfmanagementgedrag en de factoren die dit gedrag positief of negatief beïnvloeden en is daarnaast een goed hulpmiddel bij voorlichting. Hoe betrouwbaarder de persoon die de boodschap brengt, des te groter het succes bij het aanleren van gedrag. Telefonische ondersteuning door de verpleegkundigen is

<sup>28</sup> J. van Loon, Geloof in eigen kunnen, stimulering self- efficacy goed in te passen in huidige diabeteszorg, Nursing- In de wetenschap, Maart 2005

<sup>29</sup> R.F. Mager, No Self- Efficacy, No Performance. Uit: Training 29, nr. 4, 1992, pp 32-36

een belangrijke bijdrage tot verhoging van de self-efficacy. Daarbij wordt gebruik gemaakt van overtuigingstechnieken.

- Fysiologische informatie (Bandura, 1995): self- efficacy is hier te bevorderen door een inschatting te maken van de fysiologische respons, de fysieke toestand zonodig te verbeteren, stress en negatieve emoties te verminderen, een verkeerde inschatting van de lichamelijke toestand te corrigeren en te zorgen voor een voortdurende ondersteuning van de patiënt. Stress, angst en vermoeidheid hebben een negatief effect op iemands self- efficacy. Het is van belang dat de zorgverlener hierop alert zijn en hulp bieden om deze angsten te verminderen. Interpretatie lichamelijke klachten; de patiënt kan lichamelijke klachten zien als een eigen tekortkoming. Nieuwe inzichten kunnen een andere kijk geven op hun ziekte en positiever benaderen.

Dit educatieprogramma<sup>30</sup> is ontwikkeld speciaal voor diabetespatiënten van wie verwacht wordt dat ze een lage self- efficacy hebben over hun zelfmanagementgedrag. Ze lijken *niet gemotiveerd* of vinden het moeilijk zich aan het dagelijks terugkerende regime te houden. Het educatieprogramma is bedoeld voor de individuele diabeteseducatie zoals die wordt gegeven door de diabetesverpleegkundigen die werkzaam zijn in de thuiszorg maar kan ook gebruikt worden in de intramurale zorg. Het educatieprogramma richt zich op een drietal zelfmanagement- activiteiten als voetverzorging, lichaamsbeweging en medicijngebruik. De drie thema's worden apart behandeld in de eerste drie spreekuurbezoeken. De diabetespatiënt kan zelf de volgorde van deze zelfmanagementactiviteiten kiezen, dit verhoogd de motivatie van de patiënt. Er wordt bij de anamnese door de verpleegkundigen gebruik gemaakt met van het self- efficacy schaal voor type-2-diabeten (Van der Bijl, 1999) Dit meetinstrument is ontwikkeld om de self- efficacy te meten voor zelfmanagementtaken. Per taak kan de diabetespatiënt de vragen aankruisen in welke mate hij ervan overtuigd is de betreffende taak uit te kunnen voeren. Deze inventarisatie vormt dan het uitgangspunt voor een, op de patiënt toegesneden, diabetes- educatieprogramma, waarin het bevorderen van de self- efficacy een centrale plaats inneemt. De vragenlijst kan ook als evaluatie-instrument gebruikt worden. Van de diabetesverpleegkundige wordt, volgens van der Bijl, verwacht dat zij betrouwbaar over komt. Het oordeel van de betrouwbaarheid wordt beïnvloed door een aantal factoren, dit zijn onder andere de expertise en de geloofwaardigheid. Daarnaast is het gunstig als de begeleider een bepaalde mate van aantrekkelijkheid heeft en aardig wordt gevonden (Bandura, 1997), vertrouwen kan eveneens voortkomen uit de waargenomen gelijkheid met de begeleider.

## 5.6 SAMENVATTING

Bij zowel Health Counseling als Motivational Interviewing wordt het model "stages of change" gebruikt. Het belang van het bevorderen van self- efficacy wordt in beide modellen genoemd. *Hoe* je dit kunt bereiken geeft het educatieprogramma van J. van der Bijl voldoende handvatten. Bij Health Counseling en Motivational Interviewing vindt men het van belang inzicht te krijgen in welke fase van gedragsverandering patiënten zich bevinden, om zo de begeleiding op af te stemmen. Motiverende gespreksvoering heeft in Nederland een ruime vlucht genomen. Hoewel het begonnen is in de verslavingszorg, in 1984, waar behoefte was aan nieuwe gesprekstechnieken, is het nu ook in tal van andere sectoren (van jeugdzorg tot wijkverpleging), geïntroduceerd. In Nederland is er een onderzoek geweest naar de effectiviteit van Motivational Interviewing bij de diabeteszorg <sup>31</sup>(diëtistes). Het resultaat was positief te noemen. Doelen waren bereikt, onder andere: vermindering van vetpercentage, HbA1c lager. Verder voelden de patiënten zich meer betrokken bij het gesprek en waren hierdoor gemotiveerd om aan de therapietrouw te werken.

<sup>30</sup> J. van der Bijl, Self- efficacy en diabeteseducatie, Uit: Handboek zorgvernieuwing, Uitg: UMC, Utrecht 2001

<sup>31</sup> Naar vraaggestuurde dieetzorg, mei 2005

## 6 DE ROL VAN DE MGZ( DIABETES) VERPLEEGKUNDIGE

### INLEIDING

In dit hoofdstuk zal ik beschrijven welke rol de (MGZ) diabetesverpleegkundige inneemt met betrekking tot het motiveren van patiënten met Diabetes Mellitus om therapietrouw en zelfzorg te bevorderen. Ik wil eerst mijn verpleegkundige visies weergeven, beschrijf ik de competenties die nodig zijn om advies, instructie en voorlichting te geven, therapietrouw en de rol van de diabetesverpleegkundige hierin, daarna beschrijf ik het zelfzorg denken, zelfzorgmeetinstrumenten, evidence based en WGBO

#### 6.1 VERPLEEGKUNDIGE VISIES: OREM EN KING<sup>32</sup>

In mijn werk als diabetesverpleegkundige ga ik uit van de visie dat elk mens uniek en waardevol is en recht heeft op goede zorg. Rekeninghoudend met de eigenheid en autonomie van de ander. Over de vraag wat goede zorg inhoudt, vind ik het inschatten van de zorgbehoefte van essentieel belang. Hierbij denk ik ook aan de handelingen die de patiënt zelf zou kunnen doen. Met als gevolg dat de patiënt minder afhankelijk wordt, het zelfvertrouwen toeneemt en de patiënt een betere kijk heeft op zijn ziekteproces. Belangrijk hierin is " het geloof in eigen kunnen" van de patiënt. Hierbij wordt bekeken of dit overeenkomt met de beleving en de mogelijkheden van de patiënt. Om te kijken hoe je dit als verpleegkundige kunt bereiken voel ik me aangetrokken tot de sociale leertheorie van Bandura. Verder vind ik belangrijk dat het eigen handelen van de verpleegkundige te onderbouwen met wetenschappelijk verantwoorde kennis, de zogenaamde "evidence based practice", en het noodzakelijk is om de krachten vanuit de verpleegkundige wetenschap en de uitvoerende verpleegkundige te bundelen. Dit zal zeker de kwaliteit, van met name de diabeteszorg, ten goede komen.

Eén van mijn verpleegkundige visies die ik wil beschrijven heeft betrekking met de zelfzorg en gezond bestaan. Dorothea Orem heeft als visie op de mens, dat de mens een zelfzorgend wezen is, hetgeen betekent dat hij het prettig of goed vindt om voor zichzelf te zorgen. Zelfzorg beschouwt ze al aangeleerd en doelbewust gedrag dat bestaat uit activiteiten die mensen uitvoeren om in leven te blijven, om hun gezondheid en welbevinden te bewaren en om bij te dragen aan hun integraal functioneren en hun ontwikkeling. Volgens Orem leert een mens in zijn leven om voor zichzelf te zorgen, wanneer hij dit niet kan is hij nog wel in staat te bepalen hoe hij zijn zelfzorg zou moeten zijn en welke hulp hij nodig heeft om die te realiseren. De doelen die de mensen nastreven om aan zelfzorg te doen, noemt Orem de zogenaamde zelfzorgbehoeften. Deze zijn de universele zelfzorgbehoeften, de ontwikkelingsbepaalde zelfzorgbehoeften en de gezondheidsbepaalde zelfzorgbehoeften. Uit het zelfzorgmodel kan men nagaan wat de zelfzorgtekorten en het zelfzorgvermogen zijn. Orem betreft in haar model niet alleen de patiënt maar ook de mantelzorger. De andere visie is van Imogene King, zij definieert verplegen als: een proces van menselijke interactie tussen verpleegkundige en patiënt waarbij elk de ander in de situatie waarneemt, en waarin zij door middel van communicatie doelen stellen, middelen onderzoeken en overeenstemming bereiken over de middelen om de gestelde doelen te halen. Zij ziet verpleegkunde net zoals de medische wetenschap als een toegepaste wetenschap. Dat wil zeggen dat binnen de verpleegkunde gebruikgemaakt wordt van andere wetenschappen, zoals psychologie, sociologie en biologie. King benadrukt de interactie tussen de patiënt en de verpleegkundige en geeft hen een gelijkwaardige plaats in de verpleegkundige zorgverlening. Interactie moet niet alleen gezien worden als praten, maar ook samen doen. Door

---

<sup>32</sup> J. Kruijswijk Jansen, Verpleegkundige modellen van Orem en King, Uit: het verpleegkundig proces, Uitg: De tijdstroom, 2<sup>e</sup> druk, Utrecht 1996

middel van het naast elkaar van de percepties, de wijze waarop men zichzelf en de omgeving ziet, en door een gesprek hierover komen de patiënt en de verpleegkundige tot elkaar. Dit zal uiteindelijk komen tot transacties; de totstandkoming van datgene wat men gezamenlijk nastreeft.

## 6.2 DE BELEVINGSGERICHTE ZORG

Een andere visie die ik hier nog wil benoemen is de belevingsgerichte zorg. In de zorg voor chronisch zieken gaat het steeds om dat de mens in relatie tot zijn omgeving wordt beoordeeld, en dat de zorg afgestemd moet zijn op de patiënt als persoon (Grijpdonck 1999). Ziek zijn wordt door de patiënt als persoon beleefd en krijgt daardoor zijn specifieke vorm. Daarom worden vanuit de belevingsgerichte verpleegkunde de gevolgen van gezondheidsstoornissen geplaatst in de context van de levensloop van de patiënt (Pool 1999)<sup>33</sup>. Belangrijk is dus de betekenis die Diabetes Mellitus voor de patiënt heeft en de daaruit voortvloeiende gevolgen. Het uitgangspunt in de zorgverlening is een geïntegreerde benadering van de somatische, psychische, sociale en spirituele aspecten van de mens. Zorg verlenen vanuit een belevingsgerichte visie is hierbij een hulpmiddel. De essentie van belevingsgerichte zorg is een voortdurend overleg met de patiënt en de betrokkenheid van de personen uit de sociale omgeving, respect voor zijn autonomie en ervaringsdeskundigheid. Hierbij staat de autonomie van de patiënt centraal, om deze te stimuleren en is de aangeboden zorg in de eerste instantie aanvullend van aard. De patiënt staat centraal en zijn autonomie dient gerespecteerd te worden. Pool (1998) omschrijft deze zorgverlening als volgt: "Belevingsgerichte zorg is erop gericht de patiënt en zijn naaste omgeving te ondersteunen bij het waarborgen of herstellen van de levensloop, die door een lichamelijke stoornis, ziekte of handicap verstoord is of dreigt te raken". De zorgrelatie in deze methode is gebaseerd op:

- Gelijkheid, Gezamenlijkheid en Gepastheid

De zorg aan mensen met Diabetes Mellitus is complex. Uiteraard zal de start van de behandeling, zoals injecteren van insuline, de hoogste prioriteit hebben. Daarnaast zijn er een drietal categorieën problemen die voortvloeien uit chronisch ziek zijn en invloed hebben op de behandeling en educatie. In de eerste plaats treden er gezondheidsproblemen op, dit zijn problemen die voortvloeien uit de ziekte Diabetes Mellitus, zoals moeilijk te regelen bloedglucose, acute- en late complicaties. In de tweede plaats treden er bestaansproblemen op, dit zijn problemen die gerelateerd zijn aan het leven met Diabetes Mellitus. Zij kunnen betrekking hebben op de relatie met familie, vrienden, of de maatschappelijke omgeving. Ten derde kunnen er interactieproblemen zijn, problemen met de verpleegkundige, een communicatiestoornis of een slechte afstemming tussen zorgverleners onderling. Om de belevingsgerichte zorgverlening inzichtelijk te maken hebben Pool, Kruij en Walters<sup>34</sup> een stappenplan opgesteld dat geïntegreerd kan worden in het verpleegkundig proces. Vanuit dit stappenplan zijn enkele vragen opgenomen in het anamneseformulier die gebruikt wordt in de diabeteszorg waar ik werk.

- Wat is de zorgvraag in eigen woorden?
- Hoe kijkt u tegen de ziekte Diabetes Mellitus aan?
- Kunt er met anderen in u omgeving over praten?
- Wat zijn de problemen die u op dit moment heeft met het integreren van Diabetes Mellitus in het dagelijks leven?
- Hoe denkt u de problemen op te gaan lossen?
- Wat verwacht u van de diabetesverpleegkundige?

In deze zorgverlening is de competentie van de verpleegkundige belangrijk. Hoe meer deskundigheid de verpleegkundige met betrekking tot het vakgebied Diabetes Mellitus heeft, des te beter kan er geanticipeerd worden op de gevolgen van Diabetes Mellitus voor de patiënt. Hoe meer inzicht de verpleegkundige heeft in de educatiebehoefte van de patiënt des te gerichter zal het verpleegkundig

<sup>33</sup> A. Pool, belevingsgerichte verpleegkunde, hoofdstuk 21, Uit: Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken, 1<sup>e</sup> druk, Uitg: Lemma, Utrecht 2003

<sup>34</sup> A. Pool, J. Kruij, M. Walters, Zorgen heb je samen. Uitg: NIZW Utrecht 1998

handelen zijn. Hierbij is creativiteit en flexibiliteit van de verpleegkundige belangrijk omdat er continu aanpassing en afstemming gezocht wordt met de patiënt. Uit de attitude van de verpleegkundige moet blijken dat men een steunende houding aanneemt, de autonomie van de patiënt respecteert en men in staat is kritisch te kijken naar het eigen handelen. Om in dialoog te communiceren zijn communicatieve vaardigheden vereist. Coördinatie van zorg, het waarborgen van de continuïteit en de structuur (methodisch handelen) van de zorgverlening zijn belangrijke voorwaarden om het resultaat van de zorg te realiseren.

### **6.3 COMPETENTIE VAN DE DIABETESVERPLEEGKUNDIGE TEN AANZIEN VAN EDUCATIE**

#### **E. kerntaak: Methodisch voorlichting geven en zorgen voor preventie<sup>35</sup> (zorgvrager gebonden taken)**

Diabetes als aandoening is onomkeerbaar en heeft een grote impact op het verdere leven van de zorgvrager met diabetes. Zijn behandeling door de diabetesverpleegkundige is daarom in belangrijke mate gericht op het bevorderen van zelfregulatie en zelfmanagement. Daarbij gaat het erom dat de diabetesverpleegkundige er zorg voor draagt dat de zorgvrager en zijn naaste omgeving over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om zelf bloedglucose controles uit te voeren en te interpreteren, en een balans te vinden tussen voeding, medicatie en inspanning. Dit alles passend binnen het dagelijks leven van de zorgvrager zonder afbreuk te doen aan de door hem gestelde levensdoelen en kwaliteit van het leven.

#### **Competentie**

Om de zorgvrager zijn diabetes te laten integreren en zelf te managen in zijn dagelijks leven, geeft de diabetesverpleegkundige- afgestemd op de specifieke situatie van de zorgvrager- instructie, informatie, educatie en begeleiding, zodat hij leert omgaan met alle facetten van diabetes en zijn behandeling.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de diabetesverpleegkundige:

- De passende interventiestrategie ten aanzien van gedragsveranderingen aanwendt
- Interactie heeft met de zorgvrager en zijn omgeving, en daarbij haar vaardigheden in communicatieve coaching en counseling aanwendt.
- Verantwoordelijkheid neemt voor de organisatie, ontwikkeling en presentatie van voorlichtingsprogramma's en van groeps- en individuele educatieprogramma's
- Effectief kennis en vaardigheden overdraagt die het zelfzorggedrag van de persoon met diabetes bevorderen
- Methodisch voorlichting (informatie, instructie, educatie en begeleiding) geeft die gericht is op het leren omgaan met diabetes op een zodanige wijze, dat daarmee zoveel mogelijk levensdoelen van het individu worden gerealiseerd, uitgaande van het referentiekader van de zorgvrager met Diabetes Mellitus.
- Op methodische wijze educatie geeft aan zorgvragers van alle leeftijden en met verschillende sociaal- culturele achtergronden met Diabetes Mellitus type 1 of 2, zowel individueel als groepsvorm.
- Kennis, vaardigheden en eigen ervaringen integreert met als doel de zorgvrager te helpen een normaal mogelijk leven te kunnen leiden met de ziekte, zijn beperkingen, angst en onzekerheden.
- Er zorg voor draagt dat de zorgvrager en diens naaste omgeving, over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om zelf bloedglucose- controles uit te voeren, de waarden te interpreteren en zo een balans te vinden een levensstijl en behandeling en andere factoren die de bloedglucose beïnvloeden.
- Zich ten opzichte van de zorgvrager opstelt als coach en begeleider

---

<sup>35</sup> EADV, Beroepsdeelprofiel van diabetesverpleegkundige, AVVV Utrecht 2004

Het beroepsdeelprofiel is een verbijzondering van het verpleegkundig beroepsprofiel. Het geeft een expliciete beschrijving van de beroepsuitoefening als diabetesverpleegkundige, zodat iedere betrokkenen hiervan een helder beeld krijgen. De essentie van het verpleegkundig beroep komt herkenbaar terug in het referentiekade, gevormd door de taakgebieden, kerntaken en competenties uit het beroepsprofiel. Beroepsuitoefening als diabetesverpleegkundige bouwt voort op een al aanwezig competentieniveau als verpleegkundige maar omvat daarnaast specifieke vaardigheden, procedures en handelingen. De inhoud van het beroepsprofiel heeft zich laten leiden door:

- Beroepsdeelprofiel Diabetesverpleegkundige EADV (2001)
- E. Leistra, Beroepsprofiel van de verpleegkundige (Utrecht 1999)
- A. Pool, Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo- verpleegkundigen (Utrecht 2001)

#### 6.4 THERAPIETROUW EN DE ROL VAN DE DIABETESVERPLEEGKUNDIGE

In de opleiding voor diabetesverpleegkundige die door de SSSV<sup>36</sup> wordt verzorgd, geeft men in de literatuur weer wat het betekent voor de verpleegkundige om met gedragsverandering en behoud bezig te zijn en wat de rol is van therapietrouw binnen de diabeteszorg. Naar aanleiding van deze vragen volgen enkele aanbevelingen:

- De interventies moet afgestemd zijn op het gedrag en de gedragskenmerken van de specifieke groep/individu. Een valkuil bij voorlichtingactiviteiten is, dat altijd dezelfde interventie gebruikt wordt: het verhogen van kennis. Echter, over het algemeen leidt een toename van kennis slechts tot gedragsverandering wanneer men *graag* iets zou willen doen, maar dat niet doet omdat men niet precies weet *hoe* men dit moet aanpakken, of omdat men niet weet *wat* het gewenste gedrag is. "Weten" kan een voorwaarde zijn voor het "doen", maar "weten" is maar zelden *voldoende* voor het "doen".
- Verpleegkundigen moeten meerdere strategieën tot hun beschikking hebben om hun beperkte tijd met de patiënten goed te kunnen benutten om de compliance van de patiënten te vergroten<sup>37</sup>. Zij moeten hiervoor training krijgen en inzicht in instructietheorieën en – strategieën. Belangrijk is dat patiënten gestimuleerd worden kenbaar te maken wat zij denken over en beleven aan hun ziekte om hun gedrag zo correct mogelijk te kunnen beïnvloeden. De mate van tevredenheid van de patiënt met de communicatieve vaardigheden van de verpleegkundige heeft invloed op zijn therapietrouw: factoren, zoals warmte en bezorgdheid, sensitiviteit voor de non- verbale communicatie van de patiënt, gebruik maken van de juiste non- verbale communicatie naar de patiënt toe. Volgens Green (34) moet de verpleegkundige zelf vrij zijn van educatieve, emotionele en gedragsbarrières om patiënten aan te moedigen hun gedrag te veranderen.
- Compliance neemt toe indien de patiënt tevreden is met de hulpverleningsrelatie. Daartoe moet deze relatie een drietal elementen bevatten: vrijheid, wederzijds begrip en wederzijdse verantwoordelijkheid. Is aan alle drie voldaan, dan kan wederzijdse tevredenheid ontstaan.
- Rosenstock<sup>38</sup> doet een aantal aanbevelingen om compliance bij diabetes te vergroten: patiënten moeten kennis hebben, patiënten moeten het feit de ziekte accepteren, patiënten moeten geloven dat ze in staat zijn tot het opvolgen van de gezondheidsadviezen, deze adviezen moeten achtereenvolgens en niet allen tegelijk aangeboden worden, succesvolle pogingen met betrekking tot compliance moeten beloond worden, behandelingsplannen moeten zo samengesteld worden dat ze passen in de unieke behoeften, mogelijkheden en voorkeuren van de diabetespatiënt.

<sup>36</sup> Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundige, opleiding diabetes-educatie

<sup>37</sup> B. Green, What can Patient health education coördinators learn from ten years of compliance research? Patient Education and Counseling, 10,2, pp 167-174

<sup>38</sup> I.M. Rosenstock, Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens, Diabetic care, 8, 6, 610-618

- Gezondheidsadviezen uitgedrukt in gezondheidsverlies hebben meer effect dan gezondheidsadviezen uitgedrukt in gezondheidswinst. Mensen blijken meer tijd te nemen om verlies- boodschappen te lezen dan winst- boodschappen: zij vertalen de boodschappen van gezondheids- verlies dan in gezondheids- winst. Angstaanjagende voorlichting is alleen zinvol als het gewenste gedrag uit te voeren is en als het vertrouwen in hebben dat zij het gewenste gedrag uit kunnen voeren.

Van der Horst<sup>39</sup> heeft vele gesprekken gevoerd met diabetespatiënten en constateerde dat de adviezen beter opgevolgd worden als patiënten:

- Vertrouwen hebben in de verpleegkundige
- De indruk hebben dat de verpleegkundige vertrouwen in hen heeft
- De aandoening geaccepteerd hebben
- De bereidheid en de mogelijkheid hebben de therapievoorschriften op te volgen

Daarvan kan dan sprake zijn wanneer:

- Overeenstemming is over het probleem en de achtergronden ervan
- Patiënten begrijpen wat de voorschriften zijn en wat de achtergronden hiervan zijn
- Patiënten ervan overtuigd zijn dat de gegeven voorschriften goed zijn
- Patiënten in staat zijn met de voorschriften in het alledaagse leven om te gaan

Verder zegt de literatuur van de SSSV naar aanleiding van de module patiëntenvoorlichting, dat het belangrijkste uitgangspunt bij de behandeling van diabetes is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Deze moet in het dagelijks zelf zorgdragen dat zijn bloedglucose spiegel binnen de gestelde grenzen blijft en daarvoor zelf de maatregelen nemen, in samenspraak met de arts, verpleegkundige en diëtist. Voor de patiënt betekent dat er na het stellen van de diagnose ingrijpende veranderingen optreden in zijn levensstijl: het gedrag moet worden veranderd en geleerd moet worden de eigen verantwoordelijkheid te dragen. Deze gedragsverandering kan alleen tot stand komen als geleerd en *gemotiveerd* wordt hoe dit te doen. Educatie speelt hierbij een sleutelrol<sup>40</sup>. Educatie is het leren dragen van eigen verantwoordelijkheid in de behandeling van de aandoening. De SSSV omschrijft twee modellen die een hulpmiddel kunnen zijn in het begeleiden van diabetespatiënten tot het motiveren van therapietrouw. Dit is het voorlichtingmodel met de vijf stappen; openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen en het 3 fasen- model, Health Counseling, (Gerards, 1993)

## 6.5 HET ZELFZORGDENKEN EN ZELFZORGMEETINSTRUMENT<sup>41</sup>

In de verpleegkunde zie je veel aandacht voor het zelfzorg- denken, gebaseerd op de theorie van Orem. Mensen maken voortdurend keuzes om aan hun zelfzorgbehoeften te voldoen. De uitspraak dat iemand een zelfzorg tekort heeft, impliceert een kwaliteitsoordeel over een bepaald zelfzorggedrag. Dat wil zeggen dat: het oordeel of iemands zelfzorg adequaat is en bijdraagt tot genezing, herstel, in standhouding van de gezondheidstoestand, het welbevinden of het geloof in eigen kunnen. Verpleegkundige horen tot de groep zorgverleners die een dergelijk oordeel uitspreken. Maar op basis waarvan doen ze dat? Deelt de patiënt de mening van de verpleegkundige? Zowel voor de beroepsuitoefening als het wetenschappelijk onderzoek van de verpleegkunde is het belangrijk om te kunnen beschikken over goede, in wetenschappelijk opzicht betrouwbare en geldige meetinstrumenten. In Nederland en Vlaanderen zijn de afgelopen jaren verschillende meetinstrumenten ontwikkeld om het zelfzorgvermogen en het zelfzorggedrag van zorgvragers te

<sup>39</sup> F. van der Horst, Diabetes; Ziek of gezond, Uitg. van Gorcum, Assen 1980

<sup>40</sup> J.P.G.M. Engels (1992), Diabeteseducatie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Onderzoeksverslag Universiteit Maastricht.

<sup>41</sup> J. de Jong, Wetenschappelijk profileren van het beroep, hoofdstuk 4, Uit: Handboek verpleegkunde, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003

meten. Ik noem enkele meetinstrumenten die zijn ontwikkeld voor het meten van zelfzorggedrag, die de verpleegkundige kunnen gebruiken bij diabetespatiënten:

- Diabetesmanagement self- efficacy schaal (Bijl 2000); voor diabetes type 2, dit instrument is ontwikkeld om de self- efficacy te meten voor zelfmanagementtaken van mensen met diabetes mellitus. Per taak kan de diabetespatiënt aankruisen in welke mate iemand ervan overtuigd is dat hij die betreffende diabetestaak kan uitvoeren. Hiermee kan de verpleegkundige vaststellen op welke onderdelen de patiënt twijfels heeft over zijn eigen zelfmanagementvaardigheden. Deze inventarisatie vormt dan vervolgens het uitgangspunt, voor een, op de patiënt toegesneden, diabetes- educatieprogramma.
- Vertrouwen in diabetes zelfzorg (Snoek 2001); vragenlijst vertrouwen in eigen kunnen op het gebied van zelfzorg. Inzet van de medisch psycholoog bij behandeling van Diabetes Mellitus type 2.

## 6.6 EVIDENCE BASED<sup>42</sup>

Anno 2006 gaat vooral veel aandacht naar inventarisatieonderzoek, wat verpleegkundigen precies doen en hoe zij het doen en onderzoek naar de effecten van verpleegkundig handelen (bewijs van nut, evidence). Ook het centraal aansturen en begeleiden van standaard-, richtlijn- en protocolontwikkeling is in volle gang. Eén van de gevolgen van hiervan lijkt te zijn dat vanuit de basis, de multidisciplinaire werkvloer, meer en meer duidelijkheid en overeenstemming komt over de taak- en verantwoordelijkheidsdeling tussen de verschillende disciplines in specifieke praktijksituaties. Wanneer duidelijk is waarvoor verpleegkundigen verantwoordelijk zijn of worden geacht te zijn, wordt het makkelijker hiernaar gericht wetenschappelijk onderzoek te doen. Een voorbeeld: men is het in ons land over eens dat diabeteseducatie tot de competenties van verpleegkundige behoort. Binnen het onderzoeksprogramma gericht op het zelfmanagement van chronisch zieken van de divisie Verplegingswetenschap van het Universitair Medisch Centrum Utrecht werd daarom een educatieprogramma voor diabetes type 2 ontwikkeld. Dit programma is gebaseerd op de self- efficacy-theorie van Bandura en wordt door de diabetespatiënt en diabetesverpleegkundige uitgevoerd. Motivational interviewing is een evidence based methode die gesprekken tussen zorgverlener en patiënt kan richten voor een daadwerkelijke verandering van het gedrag. Deze methode is zowel in Nederland als in verschillende andere landen wetenschappelijk onderzocht. Deze gesprekstechniek wordt gebruikt met als doel de patiënt te motiveren om tot gedragsverandering te komen.

## 6.7 INFORMED CONSENT EN DE WET GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST

De WGBO is een van de wettelijke pijlers op het terrein van kwaliteit van zorg die primair de rechtspositie van de patiënt versterkt. Op 1 april 1995<sup>43</sup> is de patiëntenwet in werking getreden; er zijn hoofdzakelijk materiële rechten van de patiënt vastgelegd, zoals het recht op informatie. Uitgangspunt is van de informatieplicht is dat de verpleegkundige de patiënt de informatie verstrekt die deze nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te kunnen nemen over zijn gezondheid. Geen behandeling zonder toestemming zonder informatie, ook wel informed consent genoemd. Informatie geven mag niet alleen gericht zijn op het verkrijgen van toestemming. Ook het informeren over bijvoorbeeld de bijwerkingen van medicijnen, de vereiste nazorg en leefregels zijn van belang. Daarnaast dient de patiënt te worden geïnformeerd over bijvoorbeeld het verkrijgen van hulpmiddelen. Belangrijk is ook de patiënt te wijzen op contacten met lotgenoten. De verantwoordelijkheid voor het informeren van de patiënt over de behandeling berust bij de behandelaar als het medische informatie betreft. De verpleegkundige zal, indien nodig, deze

<sup>42</sup> J. de Jong, Wetenschappelijk profileren van het beroep, hoofdstuk 4, Uit: Handboek verpleegkunde, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003, pp101

<sup>43</sup> A. Pool, Wet – en regelgeving, Uit: Verpleegkundige zorg verlenen aan chronisch zieken, 1<sup>e</sup> druk, hoofdstuk 16, Uitg: Lemma, Utrecht 2003

informatie moeten verduidelijken en aanvullen. Daarnaast behoort het tot de deskundigheid en taak van de verpleegkundige om alle relevante informatie te verstrekken over de voortgang van de ziekte en over de maatschappelijke aspecten ervan. De verpleegkundige dient zorg te dragen voor een optimaal informatievoorziening, in overleg en in afstemming met de patiënt. Dat houdt ook in dat de patiënt wordt gewezen op de mogelijkheden en wensen, twijfels en bezwaren over bijvoorbeeld de behandeling, bejegening en de voorziening als zodanig kenbaar te maken. Niet alleen de verpleegkundige heeft op grond van de wet de plicht de patiënt te informeren, omgekeerd zal de patiënt de verpleegkundige moeten informeren. Die informatieplicht over en weer is uiteraard niet ontstaan bij de invoering van de WGBO. Nieuw is echter wel dat deze bij wet is geregeld.

## **6.8 SAMENVATTING**

In dit hoofdstuk heb ik mijn verpleegkundige visies beschreven. Wanneer je kijkt naar de visie van Orem, zie je dat de zelfzorg en het zelfzorg denken duidelijk naar voren komt en aansluit bij mijn probleemstelling. De belevingsgerichte zorg is de visie waaruit onze organisatie maar ook binnen team gewerkt wordt. Hoe de diabetesverpleegkundigen moeten handelen bij het geven van educatie is beschreven in de competenties. Tijdens de opleiding voor diabetesverpleegkundigen komt diabeteseducatie aan de orde, ik heb beschreven wat er in de module over therapietrouw en educatie wordt gezegd en welke methoden/modellen zij aanreiken om in de praktijk te gebruiken. Om zelfmanagementtaken te meten, is er een instrument ontwikkeld, wat door de verpleegkundigen gebruikt kunnen worden. Verder heb ik bekeken welke methoden of programma's evidence based zijn. In het stuk over de WGBO, de patiëntenwet waarin onder andere het recht op informatie is vastgesteld.

## 7 DISCUSSIE

Allereerst wil ik de probleemstelling die ik geformuleerd is in de inleiding nog eens goed bekijken:

*"Hoe kan de MGZ verpleegkundige een patiënt met Diabetes Mellitus motiveren therapietrouw te zijn, zodat het hoofddoel van de behandeling van Diabetes Mellitus bereikt wordt, namelijk dat de patiënt in zijn dagelijks leven zelf zorgt dat zijn bloedglucose binnen de gestelde grenzen blijft en daarvoor zelf de maatregelen neemt (eventueel in samenspraak met de verpleegkundige) waardoor de complicaties zoveel mogelijk voorkomen worden".*

Naast de resultaten van mijn literatuurstudie maak, bekijk ik, door middel van een casuïstiek, hoe ik de verschillende methoden toe kan passen in de praktijk.

Uit het literatuur komt naar voren dat Diabetes Mellitus een complexe chronische ziekte is, waar in de komende jaren een stijging van aantal patiënten wordt verwacht. Wat onder andere veroorzaakt wordt door de vergrijzing en het overgewicht. De kosten van de diabeteszorg zal hierdoor toenemen. Het leven met Diabetes Mellitus betekent voor de patiënten verandering en aanpassing van hun leefstijl, dit kan tot psychosociale problemen leiden, wat weer invloed heeft op de therapietrouw, zelfzorg en de motivatie van de patiënt. Om tot verandering van gedrag te komen, is het belangrijk om eerst het gedrag te kunnen verklaren, dit heb ik gedaan aan de hand van de verschillende theorieën. Op mijn vraag hoe ik als MGZ verpleegkundige patiënten kan motiveren, ben ik op zoek gegaan naar methoden die daar in de literatuur beschikbaar zijn. Aan de hand van onderstaande casuïstiek die afkomstig is uit de praktijk laat ik zien hoe deze toepasbaar zijn. Hierna wil ik ter discussie stellen of het raadzaam is om één methode te gebruiken voor het motiveren van diabetespatiënten om therapietrouw te zijn.

### **Casuïstiek**

Algemene achtergrondinformatie

Door huisarts een verwijzing gekregen met de hulpvraag; instructie insuline injecteren.

Mw. J is 65 jaar, gehuwd, moeder van twee uitwonende dochters. Mevrouw heeft sinds 2003 Diabetes Mellitus, gebruikt maximaal orale diabetesmedicatie. Mevrouw heeft door artrose al jaren pijnklachten aan armen en benen, wordt hiervoor behandeld door de reumatoloog. Mevrouw is door vermoeidheid en de pijn minder mobiel geworden, is hierdoor de laatste tijd veel aan huis gebonden. Voorheen ging het echtpaar regelmatig naar hun vakantiewoning in Duistland. Door haar gezondheidsklachten lukt het niet meer om daar naar toe te gaan. Echtgenoot, die met pensioen is, helpt mevrouw, indien nodig, met de persoonlijke verzorging en doet het huishouden. Mevrouw heeft als hobby kruiswoordpuzzelen. Dit gaat de laatste tijd ook minder omdat mevrouw wazig gaat zien. Mevrouw rookt een pakje sigaretten per dag. Mevrouw is 112 kg, lengte 1.72 cm, HbA1c: 8.5.

### **Diabetesconsult**

Tijdens de intake maakte ik kennis met mevrouw en haar man. Haar man vroeg of hij erbij mocht blijven zitten want hij wilde op de hoogte blijven wat er besproken werd, dit is prima. We namen samen de zorgvraag door; op de vraag waarom de huisarts haar naar mij had doorverwezen, vertelde ze dat de huisarts haar op insuline wilde overzetten omdat de bloedsuikers te hoog waren en dat ik haar hier in wel zal begeleiden. Ze was hier erg van geschrokken en zag het spuiten niet zitten. Ik hoorde mevrouw veel zuchten en vroeg haar of ze bang was voor het spuiten. Ze bevestigde dit en vroeg of niet uitgesteld kon worden. Ik vroeg haar hoe de diabetescontroles afgelopen jaren zijn verlopen. Zenuwachtig vertelde ze dat ze voor controle maar enkele keren is geweest, de huisarts begon gelijk over haar gewicht en stoppen met roken te praten, toen had ze het al snel bekeken. De informatieboekjes die ze mee had gekregen over "gezond leven met diabetes" had ze nauwelijks ingekeken, wel neemt ze trouw haar medicijnen in. Ze wilde in eerste instantie niets met de ziekte te maken hebben en zei: "ik heb al genoeg aan mijn hoofd met de pijn van de artrose en de vermoeidheid". Roken is mijn enige ontspanning. Ik probeerde alles samen te vatten; door te zeggen

dat mevrouw moeilijk vond om haar ziekte te accepteren, stoppen met roken niet ziet zitten en dat de andere gezondheidsklachten hier een rol in speelde. Ik vroeg haar of dit klopte met wat ze bedoelde. Ze bevestigde dit. Ik gaf haar een compliment dat ondanks alles ze toch trouw haar medicijnen had ingenomen. Ze glimlachte en veegde een traan weg, werd wat rustiger en vroeg me: wat moet ik doen?

#### *Reflectie*

Het is belangrijk om bij het eerste consult de zorgvraag gezamenlijk te bekijken, vertellen in eigen woorden (belevingsgerichte zorg). Hierbij is respect voor de autonomie van groot belang. In het bovengenoemde zit ook de voorbereidingsfase: bewustwording (Health Counseling) en een aantal motiverende gesprekstechnieken (Motivational Interviewing) zoals; wees empatisch, reflectief luisteren, open vragen stellen, samenvatten, ondersteunen en bevestigen door complimenten te geven. Als ik kijk naar de *belevingsgerichte zorgverlening* zie ik dat de gezondheidsproblemen, bestaansproblemen en de interactieproblemen aan de orde zijn gekomen.

#### *Vervolg diabetesconsult*

Gedurende het consult liet mevrouw blijken dat ze behoefte had aan informatie over de ziekte diabetes in het algemeen. Ik legde haar in een begrijpelijke taal uit wat het is en wat de gevolgen op lange en korte termijn kunnen zijn. Ook haar man luisterde aandachtig mee. Op de vraag of ze het begrepen had, reageerde ze met de opmerking dat de goede voeding toch wel erg belangrijk was en dat misschien de pijn ook de bloedsuiker zou kunnen verhogen! Na de woorden; ik kan eerst proberen om me leefstijl te verbeteren, vroeg ik haar waaraan zij dacht. Ze gaf in eigen woorden weer dat ze eerst wil afvallen en wat meer te bewegen. We spraken over de voordelen die dit met zich meebrengt ten aanzien van de bloedsuikers maar ook dat het gunstig kan werken op de artrose. Ze vertelde dat ze al eerder geprobeerd had om af te vallen en dit wel gelukt was maar helaas niet heeft kunnen volhouden. Ik benoemde dat het positief was dat het haar in het verleden toch maar gelukt was. Stoppen met roken komt later wel, voegde ze er aan toe. We spreken af dat de diëtiste ingeschakeld worden. Op de vraag wat zij van mij verwachtte, gaf ze aan regelmatig telefonisch contact te willen om zo een stok achter de deur te hebben. Ze was ook erg benieuwd of het resultaat zou hebben op de bloedsuikers en vroeg of ze zelf de bloedsuikers kan meten. Mevrouw wil zelf bij de reumatoloog aangeven dat ze nog steeds pijn heeft ondanks de pijnstillers.

#### *Reflectie*

In het bovengenoemde zie ik de voorbereidingsfase; de besluitvorming (Health Counseling). Het bespreken van de voor en nadelen van een gedrag komt in de stap; afweging van voorbereidingsfase (Health Counseling). Door het bevestigen van eerdere succesverhalen verhoog je het geloof in eigen kunnen (Self- efficacy), Het wegnemen van lichamelijke stress, hier de pijn bedoeld (Self- efficacy).

#### *Vervolg diabetesconsult*

We maakten concrete afspraken; diëtiste, bewegen wat mogelijk is, telefonisch en vervolgafspraken. Ik maakte een afspraak om te oefenen met prikken van de bloedsuiker met als doel dit zelf te gaan doen. We kozen een bloedglucose- meter die voor haar makkelijk te hanteren (handfuncties) is en niet te ingewikkeld. Ik betrok haar man in de doelen die we hebben afgesproken, hij wil zijn vrouw helpen om meer te bewegen. Meneer gaf aan dat het voor hem ook wel beter is om elke dag een eindje te gaan wandelen. Over het bewegen stelde we een programma vast, voorzichtig opbouwen in kleine stapjes.

#### *Reflectie*

In het bovengenoemde zie ik dat mevrouw in de actiefase zit (Health Counseling en Motivational Interviewing). Het is belangrijk dat mevrouw steun ontvangt van haar sociale omgeving (ASE- model) tijdens het uitvoeren van het nieuwe gedrag, bewust gaat worden van haar eigen kunnen en hierin bevorderd wordt (Self- efficacy).

*Vervolg diabetesconsult*

Op een volgend diabetesconsult zie ik een enthousiaste mevrouw op mijn spreekuur. Ik zie al meteen dat ze behoorlijk is afgevallen. Haar man die bij haar was meegekomen vertelde dat ze net terug waren gekomen van vakantie. Ze hadden het erg leuk gehad in hun vakantiewoning in Duitsland. Mevrouw vertelde dat het volhouden van het dieet en het regelmatig bewegen niet altijd goed ging. Ik vroeg haar wanneer dat was en welke momenten van de dag. Ik bekeek of we ook alternatieven konden bedenken voor deze terugvalmomenten. Ik vertelde haar dat het over het algemeen goed gaat en dat niet meteen ernstig is om een terugval te hebben. Ze heeft laten zien dat ze het kan en heeft vertrouwen om haar (gezonde) leefstijl zo te behouden. Mevrouw heeft andere pijnstillers gekregen van de reumatoloog, met succes. Mevrouw is zichtbaar trots op haarzelf dat ze zelf hiermee gekomen is. Ze glundert ervan!

*Reflectie*

Tot nu toe houdt ze het vol, af en toe gaat het mis, ze weet nu hoe ze dit kan voorkomen. Gedragsbehoud (Motivational Interviewing). Haar geloof in eigen kunnen is bevorderd (Self-efficacy).

*Vervolg diabetesconsult*

Het gaat nog steeds goed met mevrouw, ze voelt zich een stuk beter zowel lichamelijk als psychisch. Ze vertelde me dat het allemaal gelukt was door mijn manier van aanpak. Ze was gemotiveerd geraakt om haar leefstijlgedrag te veranderen. Ik vroeg aan haar waardoor zij dat zo had ervaren. Ze zei; ik vond het prettig dat ik mijn verhaal kon doen, dat ik serieus genomen werd, je luisterde en samen hebben we naar de mogelijkheden gezocht (belevingsgericht). Ik heb het gevoel dat ik het kan en ik heb er vertrouwen in dat ik het vol kan houden. Het betrekken van haar man als mantelzorger heeft ze op prijs gesteld (Orem). We spraken af dat ze om de drie maanden voor de diabetescontrole op het spreekuur komt. Ik sprak met haar nog over de mogelijkheid om lid te worden van de diabetesvereniging. Om andere lotgenoten te spreken en mee te doen aan groepseducatie kan zeker motiverend werken om het nieuwe gedrag te behouden.

*Evaluatie*

Na 3 maanden had mevrouw een HbA1c van 7.0, is 15 kg afgevallen, doet elke dag aan bewegen aangepast aan haar mogelijkheden (i.v.m. arthrose). Mevrouw kan voorlopig doorgaan met de orale medicatie. Mevrouw is gemotiveerd om therapietrouw te zijn. Komt haar afspraken goed na, zowel bij mij, als de diëtiste. Huisarts heeft mevrouw afgelopen maand gezien is tevreden. Pijnklachten zijn verminderd en het wazig zien is verdwenen.

Discussie

Bij mij, maar ook de andere diabetesverpleegkundigen van het team, is er behoefte om inzicht te krijgen naar de verschillende mogelijkheden voor het begeleiden van diabetespatiënten op het gebied van het motiveren tot therapietrouw. Zoals in deze scriptie te lezen is, komt therapieontrouw veel voor bij diabetespatiënten. Tijdens de MGZ opleiding maar ook bij de opleiding voor diabetespatiënten wordt "Health Counseling (Gerards)" gebruikt als methode om patiënten te motiveren en "Self-efficacy" voor het bevorderen van het geloof in eigen kunnen. Naar mijn zoektocht naar de gedragtheorieën en gedragsmodellen die in de praktijk gebruikt kunnen worden, is Motivational Interviewing één methode die gebruik kan worden. De diëtistes van het diabetesteam, werken sinds een jaar uitsluitend met deze gesprekstechniek, de vraag is ontstaan of dit ook voor de diabetesverpleegkundigen geschikt is. Naar aanleiding van deze vraag zijn er kritische kanttekeningen vanuit de diabetesverpleegkundigen gekomen tijdens een diëtiste/verpleegkundig overleg. Ik noem hier een aantal van op;

- Het tijdstip voor het geven van advies, bijvoorbeeld voedingsadvies, overlaten aan de patiënt kan grote gevolgen hebben wanneer de patiënt start met diabetesmedicatie. Hier is betere aansluiting nodig bij de andere behandelaars/ begeleiders. Bij dit punt komt de deskundigheid van verpleegkundige ter sprake wat in de WGBO genoemd wordt (zie 6.7) waar het op dat moment nodig is dat de patiënt de informatie ontvangt.

- Verwachtingen van de patiënt zijn vaak anders, zij verwachten het advies van de deskundige
- Niet voor alle patiënten geschikt, zoals psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten, mensen die de Nederlandse taal niet vaardig zijn.
- Er haken regelmatig mensen af tijdens de behandeling doordat de verantwoordelijkheid teveel bij de patiënt gelegd wordt
- Patiënten zijn niet gewend om zelf met actiepunten te komen, worden hierdoor onzeker.
- Moeilijk te verwerken in standaard- rapportages

Deze kanttekeningen zijn gemaakt nadat enkele patiënten te kennen hebben gegeven niet meer naar de diëtiste te gaan. Ook in het rapport, "naar vraaggestuurde dieetzorg, mei 2005", kwamen deze nadelen naar voren. Er zijn tijdens de discussie ook voordelen op te noemen, wat door het rapport bevestigd wordt zoals;

- Inzicht krijgen welk stadium iemand zich bevindt, om zo de motiverende taken af te kunnen stemmen (zie 5.3)
- Gebruik van verschillende instrumenten zoals agendasetting en readiness
- Meer betrokkenheid van de patiënt met het bepalen van het behandelplan
- Volgens richtlijn kunnen handelen
- Minder frustratie bij de diëtiste, minder schuldgevoel omdat de verantwoording meer bij de patiënt komt te liggen.
- Betere resultaten ten opzichte van gedragsverandering

De vraag van de diabetesverpleegkundigen; is deze gespreksmethode geschikt voor het begeleiden van patiënten met Diabetes Mellitus, door de diabetesverpleegkundigen? En is elke diabetesverpleegkundige bekwaam om deze methode en gesprekstechniek te hanteren? Misschien kunnen we op zoek gaan naar de mogelijkheden van die Motivational Interviewing ons biedt, en enkele elementen uit te halen wat toevoegt aan onze reeds aanwezige competenties. Vanuit de SSSV (zie 6.4) komt een aanbevelingen op dit gebied, om meerdere strategieën tot je beschikking te hebben.

Afgelopen maand zijn er workshops geweest om kennis te maken met Motivational Interviewing. Alle diabetesverpleegkundigen uit het team hebben de workshops gevolgd, en zijn positief over een aantal te gebruiken gesprekstechnieken zoals; agendasetting, readiness en de voor- en nadelenmatrix (zie 5.3).

Op de vraag er bekendheid is met het meetinstrument voor zelfzorgmanagement van J. van der Bijl (zie 5.5), werd er door alle diabetesverpleegkundigen uit ons team, met "nee" beantwoord. Het team staat open om de literatuur te lezen. Het educatieprogramma van J. van der Bijl heeft wat meer bekendheid en is door 4 diabetesverpleegkundigen nagelezen in de vakliteratuur. Men vond dat het educatieprogramma goed in de praktijk uit te voeren is. Wanneer je het globaal bekijkt wordt dit grotendeels al gedaan. Een toegevoegde interventie zou kunnen zijn het uitgeven van de brochure en eventueel gebruik maken van een video (zie 5.5)

## 8 CONCLUSIE

Als ik kijk naar de casuïstiek dan zie ik dat de beschreven educatiemodellen/methoden, die gebaseerd zijn op de gedragsmodellen (theorieën), toepasbaar zijn in de praktijk. De verschillende methoden worden in de praktijk door elkaar gebruikt. Of er gewerkt moet worden met een geprotocolleerde standaard om diabetespatiënten te begeleiden in het therapietrouw zijn en/of het motiveren ervan is de vraag. Het gaat mijn inziens om de kunst van afstemmen op de patiënt, ook mijn collega's delen die mening. Toch staan we open voor nieuwe methoden, programma's, meetinstrumenten, die wij kunnen gebruiken om patiënten te motiveren therapietrouw te zijn. Zoals de patiënt moeten diabetesverpleegkundigen ook open staan voor verandering. Dat vraagt ook van de verpleegkundigen een proces van openstaan, begrijpen, kunnen en doen. Hoe wil je dit veranderingsproces aanpakken? Welke middelen heb je daarvoor nodig? De educatiemodellen zoals in de theorie beschreven zijn toepasbaar in de theorie, zo blijkt uit de casus. Is regelmatig reflecteren op de gebruikte methoden, zoals bij de uitwerking van de casuïstiek gewenst? Zo word je als het ware gedwongen na te denken hoe je het probleem in de praktijk op gaat lossen. Vanuit het diabetes-team is er openheid gekomen om op zoek te gaan naar nieuwere gesprekstechnieken, met name Motivational Interviewing. Door deel te nemen aan een workshop is men gemotiveerd geraakt en heeft men een positievere kijk op de methode die gebruikt wordt door de diëtisten. Door een discussie aan te gaan over verschillende methoden, die een ieder gebruikt op het gebied van motiverende gesprekstechnieken en deze te onderzoeken, kan men de diabeteszorg beter afstemmen. Voor mij wordt het steeds meer duidelijk dat er voor de diabetesverpleegkundigen meer nodig is dan de gezondheidsvoorlichting die iedere verpleegkundige in haar of zijn opleiding meekrijgt. Na het bestuderen van de literatuur blijft het voor mijzelf en mijn teamgenoten een voortdurend leerproces te zoeken naar eigen bekwaamheid.

Mijn conclusie is dat met de beschikbare methoden die gebruikt worden om patiënten met Diabetes Mellitus te motiveren tot therapietrouw, voldoende in de praktijk worden toegepast en met tevredenheid van de patiënt en verpleegkundige (zie casus). Ook nieuwe methoden kunnen toevoegen om de bekwaamheid te verhogen, met name, wanneer de motivatie van de patiënt niet af nauwelijks aanwezig is. Ik wil aan de hand van de vijf rollen van de MGZ verpleegkundige aangeven hoe zij daarin een bijdrage kan leveren.

### *Zorgverlener*

In de rol van zorgverlener geeft de verpleegkundige advies, instructie en voorlichting om het zelfmanagement van de diabetespatiënt te bevorderen, bij het geven van advies, instructie en voorlichting gaat het om; toepassen kennis over zelfmanagement, betrokkenheid bij de patiënt en zijn situatie tonen, authentiek en zelfbewust functioneren, doelgericht omgaan met grenzen en spanningsvelden, afstemmen van activiteiten op de patiënt, afstemmen van communicatie op de zorgvrager, communicatieve vaardigheden toepassen zoals counseling, kritisch het verloop van management volgen en bewaken, tijdig en adequaat verwijzen, samenwerken met andere hulpverleners. Zoals ik in mijn visies weer heb gegeven, is het belangrijk dat de mate van zelfzorg invloed heeft op het zelfvertrouwen van de patiënt en dat de interactie met de patiënt een gelijkwaardige plaats inneemt in de zorgverlening. In de rol van zorgverlener geef ze de patiënt psychosociale begeleiding en ondersteuning. Het gaat hier om behoefte aan ondersteuning in te schatten, de situatie analyseren, het uitvoeren van psychosociale interventies, een professionele therapeutische zorgverleningrelatie aangaan en onderhouden zodat de patiënt beter kan omgaan met zijn ziekte. Tijdig doorverwijzen of inschakelen van professionele hulpverleners als blijkt dat verpleegkundige zorg tekort schiet.

### *Regisseur*

In de rol als regisseur kan de verpleegkundige coördineren, zij neemt contact met de arts of specialist en andere disciplines op, om betere afstemming van zorg te regelen zodat therapieontrouw afneemt. Zo kan er gekeken worden de medicatie op een vaste tijd te zetten. Inzicht hebben welke gespreksmethode of behandeling de andere discipline gebruikt, overleggen met andere hulpverleners

over te behalen resultaten, raadplegen van andere hulpverleners bij twijfel of complicatie, mondeling en schriftelijke communiceren over eigen bevindingen. Samenwerken tussen professionals en professionals en mantelzorgers bevorderen. Het verloop van de zorg kritisch volgen en bewaken.

#### *Coach*

In de rol van coach overlegt de verpleegkundige regelmatig met haar collega's en andere disciplines over het geven van diabeteseducatie en de verschillende methodes die zij hierbij kan gebruiken. Coachen van collega's en nieuwe collega's bij nieuwe vaardigheden zoals het introduceren van educatiemodellen of programma's. Zij stimuleert, motiveert, ondersteunt en adviseert collega's en andere beroepsbeoefenaars hierover. Intervisie is een vorm om een praktijkvoorbeeld te bespreken. een open en eerlijke houding hebben, openstaan voor het ontvangen van feedback, aan zelfreflectie doen

#### *Ontwerper*

In de rol van ontwerper levert de verpleegkundige een bijdrage aan de ontwikkeling en invoering van protocollen, procedures, werkafspraken en werkmethoden om de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening te bevorderen. Het hierbij om de alledaagse zorgactiviteiten overstijgen, programmatisch werken, projectmatig werken, inhoudelijke bijdrage leveren aan innovatie, samenwerken met anderen, zich vaardig uitdrukken, bijdrage aan implementatie, onderwijskundige principes hanteren zodat er hulpmiddelen in de organisatie beschikbaar zijn voor kwaliteitsverhoging van de zorg.

#### *Beroepsbeoefenaar*

In de rol van beroepsbeoefenaar kan de verpleegkundige een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkelingen van het verpleegkundig beroep. Hier gaat het om kritisch denken demonstreren; kritisch omgaan met trends in de verpleging, reflecteren op eigen gedrag, wetenschappelijke en professionele kennis gebruiken, de "waarheid" van de praktijk relativeren, verschillende beslissingsmodellen gebruiken. HBO- standaard omzetten in gedrag; kennis en vaardigheden vanuit verschillende vakinhoudelijke disciplines gebruiken, relevante wetenschappelijke inzichten, concepten, theorieën toepassen. Zorgen voor eigen deskundigheid; vakliteratuur lezen en bespreken met collega's, symposia en workshops bezoeken. Een open houding ten aanzien van het beroep hebben; zich ontvankelijk opstellen voor vernieuwingen, actief op zoek zijn naar veranderingen in eigen werk, openstaan voor discussies, openstaan voor meerdere beroepsopvattingen.

## 9 AANBEVELINGEN

Vanuit de conclusie worden een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn gericht aan de MGZ (diabetes) verpleegkundige, de organisatie en de overheid.

### De MGZ- verpleegkundige

Zij moet zich bewust zijn van de vijf rollen waarin zij functioneert als ze bezig is met diabeteseducatie. Dit betekent voor haar het volgende:

- Het geven van psychosociale begeleiding en ondersteunen
- Indien nodig verwijzen naar professionele hulpverlener
- Kennis en vaardigheden overbrengen aan de patiënt om de zelfzorg te bevorderen
- Het geven van diabeteseducatie met betrekking tot motivatie en therapietrouw
- Bijdrage leveren tot het introduceren van een educatieprogramma of gesprekstechniek in het team
- Duidelijk haar eigen visie voor ogen houden als ze bezig is met motiverende gesprekstechnieken, zelfzorg en therapietrouw
- Gebruik maken van instrumenten om de zelfzorg te meten
- Vaardigheden op het gebied van communicatie aanwendt, zoals counseling
- Verantwoordelijkheid neemt voor de organisatie bij het ontwikkelen van educatieprogramma's
- Het zich eigen maken van de wijze waarop men tot gedragsverandering kan komen
- Op de hoogte blijven van de laatste ontwikkelingen op het gebied van diabeteseducatie, in het bijzonder motiverende gespreksmethodes door het lezen van vakliteratuur en het volgen van bijscholing
- Deelnemen aan intervisie, overleggen, evaluaties
- Patiënten adviseren lotgenoten te ontmoeten, Diabetes Vereniging Nederland

### De organisatie

- De organisatie kan een werkgroep binnen ons team samenstellen die zich bezig houdt met patiëntenvoorlichting, educatieprogramma's die gebruikt kunnen worden voor het motiveren om therapietrouw te zijn
- Het organiseren van scholing aan medewerkers ten aanzien van gedragsverandering, communicatieprocessen, motiverende gesprekstechnieken en patiëntenvoorlichting
- Het bieden van intervisie aan medewerkers zodat er gereflecteerd kan worden op de intensieve begeleiding van therapieontrouwe patiënten
- Voldoende tijd beschikbaar blijft om tijdens het consult motiverende gesprekstechnieken of educatieprogramma's toe te passen
- Mogelijkheid tot het bijwonen van regionaal overleg voor diabetesverpleegkundigen, om ervaringen over motivatie, therapietrouw en zelfzorg uit te wisselen
- Opzetten van groepseducatie of spreekuur, om de diabetespatiënt doormiddel van anderen (modeling) te motiveren tot gewenst gedrag

### De overheid

- Pilot- project: een groepssprekuur aan diabetespatiënten met als doel motivatie bevorderen
- HBO, post- HBO opleidingen in de modules de nieuwste ontwikkeling van motiverende gesprekstechnieken opnemen
- Geen eigen bijdrage berekenen voor de diabeteszorg
- Meer onderzoek naar het belang van de psychosociale begeleiding door de diabetesverpleegkundige, met name onderzoek therapietrouw/ diabeteszorgkosten
- Bij het vaststellen van de DBC (diagnose- behandelcombinatie) rekening gehouden wordt met de verpleegkundige(diabetes) begeleiding, met name de psychosociale begeleiding.
- Budget voor scholing en bijscholing aan diabetesverpleegkundigen

## 10 NAWOORD

Dit afstudeerwerkstuk sluit ik af met vier uitspraken die ik tijdens de literatuurstudie heb gevonden:

*"Als je iemand behandelt zoals hij is, zal hij blijven zoals hij is, maar als je hem behandelt alsof hij was wat hij zou moeten en kunnen zijn, zal hij worden wat hij zou moeten en kunnen zijn"*

- Johann Wolfgang von Goethe

*"Men heeft aangetoond dat er een merkwaardig verband is tussen de hersenen en het bewustzijn. De impuls om "iets te willen doen" gaat in de hersenen vooraf aan het besef dat je iets wilt"*

- Piet Vroom

*"Ik heb niet het recht om iemand anders te willen veranderen, als ik zelf niet open sta om te veranderen"*

- Martin Buber

*"Ik ben een optimist, maar dat is nergens op gebaseerd"*

- Francis Bacon

Tot slot wil ik een ieder bedanken die me heeft geholpen bij het schrijven van dit afstudeerwerkstuk, in het bijzonder mijn man Maarten en mijn dochters Jacqueline en Bernadet, voor hun ondersteuning en geduld. Verder bedank ik Peter Bakens voor zijn inspiratie en advies, Jaap van der Bijl voor zijn informatie, Irene Rog voor haar motiverende gesprekken, Heleen Vos voor de redactie, mijn collega's van het team chronisch zieken, de diëtistes en de thuiszorgorganisatie ValentRDB. Zonder hen had ik het niet kunnen realiseren.

## 11 LITERATUURLIJST

- J. van der Bijl, Handboek Zorgvernieuwing, Uitg. UMC, Utrecht, 2001
- V. Damoiseaux, Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. van Gorcum, Assen 1993
- EADV, Beroepsprofiel van diabetesverpleegkundige, AVVV Utrecht 2004
- J.P.G.M. Engels, Diabeteseducatie in de eerstelijnsgezondheidszorg, Onderzoeksverslag, Universiteit Maastricht
- F. Gerards, Health Counseling, 3<sup>e</sup> druk, Uitg. H. Nelissen, Soest 2001
- R. J. Heine, C.J. Tack, Handboek Diabetes Mellitus, 3<sup>e</sup> druk, Uitg. De Tijdstroom, Utrecht 2004
- J.H.J. de Jong, Handboek verpleegkunde, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003
- J. Kruijswijk Jansen, Het verpleegkundig proces, 2<sup>e</sup> druk, Uitg. De Tijdstroom, Utrecht 1996
- E. Leistra e.a., Beroepsprofiel van de verpleegkundige, Uitg. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 1999
- J. Mast, A. Pool, Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen, Uitg. NIZW, Utrecht 2003
- W.R. Miller, S. Rollnick, Motiverende gespreksvoering, 2<sup>e</sup> druk, Uitg. Ekklesia, Gorinchem 20
- H. van Pernis, R. Keukens, A. Bobbink, Agogiek gezondheidszorg en verpleegkunde, 3<sup>e</sup> druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2000
- A. Pool, Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken, 1<sup>e</sup> druk, Uitg. Lemma, Utrecht 2003
- J. Rigter, Psychologie voor de praktijk, 4<sup>e</sup> druk, Uitg. Cutinho, Bussum 1998
- B. Sassen, Gezondheid en preventie, 2<sup>e</sup> druk, Uitg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2000
- R. Schaap, Therapietrouw en essentiële hypertensie, onderzoeksrapport Gedrag en gezondheid, 1989
- F. Spikmans, C. Aartsen, Naar vraaggerichte dieetzorg, Motivational Interviewing, ZonMw mei 2005
- T. van Achterberg, Dossier actueel deel , Zorg voor leefstijl, TVZ- 2006 nr.3, pp10- 14
- J. van der Bijl, Omgaan met diabetes. Het bevorderen van het zelfmanagement van mensen met type 2 diabetes op basis van een theoriegestuurd educatieprogramma. Verpleegkunde 2006- 21, nr.1
- S. Groen, Om mensen in beweging te krijgen moet je weten wat hen tegenhoudt, EADV- magazine september 2005, pp 107- 111
- J. v. Loon, Geloof in eigen kunnen, stimuleert self- efficacy goed in te passen in huidige diabeteszorg, Nursing- In de Wetenschap, Maart 2005

R.F. Mager, No Self- Efficacy, No Performance, Training 29, nr. 4, 1992, pp 32-36

A. Pool, J. Kruyt, M. Walters, Zorgen heb je samen, Uitg: NIZW Utrecht, 1998

D. Ruwaard, E.J.M. Feskens, Suikerziekte, RIVM editor, Volksgezondheid toekomst verkenning, 1997

F.J. Snoek, PAID, AHV, D-SPAV, VDZ- vragenlijsten

Weyers, cijfermatige studies 1992- 1997, Amsterdam

[www.dvn.nl](http://www.dvn.nl)

[www.avvv.nl](http://www.avvv.nl)

[www.eadv.nl](http://www.eadv.nl)

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

[www.ndf.nl](http://www.ndf.nl)

[www.zorgkrant.nl](http://www.zorgkrant.nl)

[www.diabetes2.nl](http://www.diabetes2.nl)

