



GEBOEID MET DIABETES MELLITUS

EEN ONDERZOEKSRAPPORT NAAR ZELFMANAGEMENT BIJ GEDETINEERDEN MET DIABETES MELLITUS EN DE ROL VAN DE DIËTIST



BACHELOR OPLEIDING VOEDING EN DIËTETIEK
L.J. SPIJKSTRA

SEPTEMBER 2014 - JANUARI 2015
IN OPDRACHT VAN DJI, PI ZWAAG



Titelblad

Geboeid met diabetes mellitus

Een onderzoeksrapport naar zelfmanagement bij gedetineerden met diabetes mellitus en de rol van de diëtist

Periode: September 2014 – Januari 2015

Auteur: L.J. Spijkstra
Paaldijk 110
1689 WE Zwaag

Tel. 06-41721844
E-mail: L.J.Spijkstra@student.hhs.nl
Studentnummer: 11055111

Opdrachtgever en
praktijkbegeleider: Mw. M. Dijkstra
DJI, PI Zwaag
De Compagnie 1
1689 AG Zwaag

Tel. 08807-33890
E-mail: m.dijkstra@dji.minjus.nl

Docentbegeleider: Dhr. B. van der Wijst
De Haagse Hogeschool
Opleiding Voeding en Diëtetiek
Johanna Westerdijkplein 75
Den Haag

Tel. 070-4458300
E-mail: b.vanderwiist@hhs.nl

Copyright © 2015, L.J. Spijkstra

© Niets uit dit onderzoeksrapport mag worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of op enige manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteur.



Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van de afstudeeropdracht “Geboeid met diabetes mellitus”, geschreven ter afsluiting van de opleiding Voeding en Diëtetiek aan De Haagse Hogeschool. De afstudeeropdracht is voortgekomen uit mijn werkzaamheden als justitieel verpleegkundige binnen de Penitentiare inrichting te Zwaag. De opdrachtgever is Mw. Dijkstra in haar functie als Hoofd Zorg. De opdracht bestond uit een onderzoeksrapport naar de mogelijkheden tot zelfmanagement van gedetineerden met diabetes mellitus. Tevens is een richtlijn in de vorm van een werkinstructie voor zorgprofessionals van de medische dienst bijgesteld. Vanaf september 2014 heb ik met plezier aan de afstudeeropdracht gewerkt, waarbij ik de zorg voor gedetineerden met diabetes mellitus vanuit een diëtistisch perspectief heb kunnen benaderen.

Met de afstudeeropdracht heb ik beoogd een bijdrage te leveren aan de kwaliteit en continuïteit van diabeteszorg en het profileren van de diëtist binnen penitentiare inrichtingen in Nederland. Ik ben van mening dat de diëtist een duidelijke meerwaarde heeft in het zorgproces voor gedetineerden met diabetes mellitus, maar de meerwaarde hiervan dient wel bekend te zijn bij de zorgprofessionals van de medische dienst. Dit onderzoek heeft tot doel het zelfmanagement van gedetineerden met diabetes mellitus te optimaliseren, dat onderhevig is aan de invloedssfeer van beperkingen in detentie. De huidige werkinstructie ‘diabetes mellitus’ is dan ook zo bijgesteld dat het huidige zorgprofessionals handvatten biedt om het doorverwijzen te vergemakkelijken en inzichtelijk te maken wat een diëtist kan betekenen in het zorgproces aan gedetineerden met diabetes mellitus.

Met een literatuurstudie en praktijkonderzoek is getracht antwoord te geven op de hoofdvraag en dient als onderbouwing voor aanpassingen aan de werkinstructie ‘diabetes mellitus’. Waar in dit afstudeerverslag wordt gesproken over diëtist of zorgprofessional in de mannelijke aanduidingsvorm, kan tevens de vrouwelijke aanduidingsvorm worden gelezen. Waar in de tekst wordt gesproken over diabetes mellitus, wordt zowel diabetes mellitus type 1 als 2 bedoeld, tenzij anders vermeld.

Mijn dank gaat uit naar alle betrokkenen die mij de mogelijkheid en ruimte hebben geboden tot het volgen van de opleiding tot diëtist. In het bijzonder wil ik mijn vrouw en diëtist Nancy Spijkstra bedanken voor haar inspiratie en professionele kijk op het vak als diëtist. De medewerkers van de medische dienst in PI Zwaag, PI Amerswiel en PI Haarlem wil ik bedanken voor het faciliteren van de middelen en materialen die nodig waren voor het uitvoeren van het praktijkonderzoek. Marianne Dijkstra, Harry Beemsterboer, Marjo Koster, Gerda Bregman, Inge van den Berg, Lisette Bijma en Sofie Aker wil ik bedanken voor hun geduld en ondersteuning bij het tot stand komen van het eindproduct. Tot slot wil ik mijn afstudeerbegeleider Bart van der Wijst bedanken voor de kritische blik, de feedback en hulp tijdens de afstudeerfase.



Summary

Introduction

In civil society the emphasis on patients as a manager of their own health is increasing. Detainees diagnosed with diabetes mellitus (DM) residing at the Correctional institution, (PI) Zwaag, are having difficulties complying with the health advice, given by health professionals outside detention. Detainees with DM are dependent on the provided food, medication and opportunities to partake in physical activity. Other factors in detention such as insecurity and stress do have a significant influence on diabetes self-management. It increases the risk of developing DM related complications, leading to higher healthcare costs and consumption. Therefore, the aim of this study is to analyze how to optimize diabetes care for detainees, using the following research question: "What's the added value of a dietitian for detainees with DM, in order to optimize their self-management?"

Methods

The theoretical framework is designed with a literature review. The literature included in this study were identified through a systematic search for national and international literature in Medline, CINAHL, Cochrane and Google Scholar database, Dutch government, intranet of the Ministry of Justice and the World Health Organization (WHO). The literature has been rated by relevance and the best suitable evidence according to the pyramid of evidence. The practical research has a qualitative design with nine semi structured interviews. The term 'self-management' is operationalized in multiple items. The questions are measurable by means of a five point Likert-scale.

Results

The effectiveness of diabetes self-management (type 1 and 2) has been proven scientifically. Nutrition counseling for detainees with DM is considered to be an essential component of diabetes self-management. A stimulating, social and physical environment is important to motivate detainees with DM to participate in self-management and a healthy lifestyle. Detainees are experiencing difficulties in diabetes self-management. Reasons are, a changed diet, insufficient financial resources, stress factors and communication restrictions. The provision of dextrose, the availability of food outside the regular offer and a diary for blood glucose monitoring are seen as the most urgent needs in detention to support diabetes self-management. Detainees are not capable to make food choices in order to regulate their DM. In the first week within detention, detainees are experiencing the biggest problems with the regular food provision.

Conclusions and recommendations

The support by a dietitian in detention is preferred in order to discuss the changed situation caused by the influence of stress and other factors like lack of physical activity and nutrition. A point of concern is that at present, no dietitian is involved in diabetes care of detainees. This results in inconsistent information and insufficient insight and opportunity for the detainee to participate in self-management. Based on this study, it can be concluded that the support of a dietitian is essential to provide the necessary multidisciplinary diabetes care to optimize self-management of detainees with DM. It is recommended to get diabetes care within detention at the same level as diabetes care in the civil society. It is also advised to critically assess the food supply upon arrival. It should be a balanced diet and suitable for detainees with DM. Patient safety would increase, leading to a cost reduction.



Samenvatting

Inleiding

In de maatschappij wordt er steeds meer de nadruk gelegd op de patiënt als manager van de eigen gezondheid. In de penitentiaire inrichting (PI) Zwaag vinden gedetineerden met diabetes mellitus (DM) het lastig om beweeg- en voedingsadviezen, verkregen door zorgprofessionals buiten detentie, toe te passen in detentie. Gedetineerden met DM zijn grotendeels afhankelijk van de aangeboden voeding, medicatie en de mogelijkheden tot beweging. Tevens zijn factoren als onzekerheid en stress in detentie van invloed op zelfmanagement van gedetineerden met DM. Het vergroot de kans op het ontwikkelen van DM gerelateerde complicaties wat leidt tot een hogere zorgconsumptie en zorgkosten. Daarom is het doel van dit onderzoek het in kaart brengen hoe diabeteszorg voor gedetineerden geoptimaliseerd kan worden. Dit gebeurt met behulp van de volgende onderzoeksvraag: “Welke bijdrage kan de diëtist leveren in de zorg aan gedetineerden met DM om hun zelfmanagement te optimaliseren?”

Methode

Het theoretische kader is met behulp van een literatuuronderzoek vormgegeven. De literatuur die is meegenomen in het onderzoek is geïdentificeerd door een systematische zoektocht naar nationale en internationale literatuur in de Medline, Cinahl, Cochrane en Google Scholar databank, Nederlandse overheid, intranet van het Ministerie van Justitie en de World Health Organization (WHO). Vervolgens beoordeeld op relevantie en bewijs volgens de piramide van bewijslast. Het praktijkonderzoek is kwalitatief van aard met negen semigestructureerde interviews. Het begrip ‘zelfmanagement’ is geoperationaliseerd in meerdere items, waarbij vragen meetbaar zijn gemaakt met een vijfpunt Likert-schaal.

Resultaten

Effectiviteit van zelfmanagement bij DM (zowel type 1 en 2) is wetenschappelijk aangetoond. Voedingsadvies aan gedetineerden met DM is een essentieel onderdeel van diabetes zelfmanagement. Om gedetineerden met DM te motiveren tot zelfmanagement en een gezonde leefstijl is een stimulerende, sociale en fysieke omgeving belangrijk. Gedetineerden met DM ervaren problemen in zelfmanagement. Een veranderd voedingspatroon, onvoldoende financiën, de invloed van stress en de rechterlijke maatregel “in beperkingen zitten” worden als redenen genoemd. Het verkrijgen van druivensuiker, een diabetesdagboekje en de beschikbaarheid van voedingsmiddelen buiten het reguliere aanbod, worden als noodzakelijke behoeften gezien ter ondersteuning van zelfmanagement in detentie. Gedetineerden met DM vinden zichzelf niet in staat om zelf de juiste voeding te kiezen voor het reguleren van hun ziekte. In de eerste week in detentie ervaren gedetineerden de meeste problemen met de voeding uit het inkomstenpakket.

Conclusie en aanbevelingen

Ondersteuning van een diëtist in detentie wordt geprefereerd om veranderde omstandigheden, zoals de invloed van stress en veranderde bewegings- en voedingspatroon te bespreken. Echter is een gesignaleerd knelpunt dat een diëtist niet wordt betrokken in de zorg aan gedetineerden met DM. Dit resulteert in onduidelijkheden in de gegeven informatie en biedt gedetineerden onvoldoende inzicht en mogelijkheden tot zelfmanagement. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat een diëtist binnen detentie onmisbaar is en een constructief aandeel dient te hebben in het verlenen van multidisciplinaire diabeteszorg. Een aanbeveling is om diabeteszorg in detentie gelijkwaardig te maken aan diabeteszorg buiten detentie. Tevens is het advies om het voedingsaanbod in het inkomstenpakket kritisch te beoordelen op volwaardigheid en geschiktheid voor gedetineerden met DM. Dit draagt bij aan patiëntveiligheid en zal leiden tot kostenreductie.



Inhoudsopgave

Summary	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Praktijkprobleem	6
1.3 Context	7
1.4 Vraagstelling	7
1.5 Doelstelling	8
1.6 Perspectieven	8
1.7 Leeswijzer	9
2. Methode	10
2.1 Literatuuronderzoek	10
2.2 Praktijkonderzoek	10
3. Literatuuronderzoek	12
3.1 De invloed van detentie op zelfmanagement bij DM	12
3.2 Diabeteszorg binnen DJI	14
3.3 Voedings- en bewegingsmogelijkheden in detentie	17
4. Praktijkonderzoek	19
4.1 Resultaten interviews	19
4.2 Beleving van interview	26
5. Conclusie	27
6. Discussie en aanbevelingen	29
Literatuurlijst	32
BIJLAGE I: Zoekstrategie	37
BIJLAGE II: Topiclijst	40
BIJLAGE III: Toestemmingsformulier	42
BIJLAGE IV: Vragenlijst	44
BIJLAGE V: Interviews 1 t/m 9 uitgewerkt	52
BIJLAGE VI: Werkinstructie 'Diabetes mellitus'	68



1. Inleiding

In de inleiding wordt nader ingegaan op de aanleiding, de probleemstelling en de context van het onderzoek. Vervolgens wordt de vraagstelling, de doelstelling en perspectieven uiteengezet. Tot slot wordt de opbouw van dit afstudeeronderzoek besproken.

1.1 Aanleiding

Met het programma Modernisering Gevangeniswezen hecht dit kabinet belang aan het verder terugdringen van de recidive om op die manier de veiligheid in Nederland te vergroten. Een goede voorbereiding van gedetineerden op hun terugkeer in de samenleving is daarbij onontkoombaar. Een succesvolle terugkeer in de samenleving vraagt allereerst de inzet van de gedetineerde zelf. Daarom wordt meer nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de gedetineerde, zijn gedrag en motivatie (Teeven, 2011).

In 2013 zijn 11.170 personen ingesloten in een penitentiaire inrichting (PI). Hiervan zijn 4.335 personen ingesloten (gedetineerden) in een huis van bewaring (HVB) en zijn in afwachting van hun strafproces (CBS, 2014). Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft voor gedetineerden een zorgplicht. Een groeiend aantal gedetineerden heeft te maken met ernstige gedragsstoornissen, verslavingsproblemen, verstandelijke beperkingen, zorgachterstand of infectieziekten. De zorgbehoefte van de gedetineerden is daarom groot (DJI afdeling Gezondheidszorg, 2014).

Justitieel verpleegkundigen worden regelmatig geconfronteerd met gedetineerden met DM, zowel type 1 als type 2 en met of zonder medicatiegebruik. Deze gedetineerden hebben vragen op het gebied van leefstijl, waarbij zij het als lastig ervaren om beweeg- en voedingsadviezen, verstrekt door zorgprofessionals buiten detentie, toe te passen aan het leefklimaat in detentie. (Dijkstra, persoonlijke communicatie, 22 september 2014). Het Nationaal Kompas Volksgezondheid beschrijft leefstijl als een samenspel van gedrag dat een gunstige of een ongunstige invloed kan hebben op de gezondheid, zoals lichaamsbeweging, voeding en roken (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

In de vrije maatschappij is er sprake van een toenemende nadruk op de patiënt als manager van de eigen gezondheid. Van patiënten wordt verwacht dat zij meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en leefstijl, zodat zij hun eigen zorg kunnen organiseren en regisseren (Kooiker & Hoeymans, 2014). Eigen-effectiviteitsverwachtingen worden gedefinieerd als iemands vertrouwen in zijn of haar vermogen om een bepaald gedrag uit te voeren dat tot bepaalde uitkomsten leidt. Deze verwachtingen reflecteren niet zozeer wat een persoon aan capaciteiten heeft, maar betreft de inschatting wat men kan doen met de vaardigheden waarover men beschikt (Schouten, 2012).

Gedetineerden met DM hebben wensen op het gebied van leefstijl dat leidt tot spanningen. Zij vragen onder andere om extra voedingsmiddelen naast het huidige voedselaanbod, om hun DM te reguleren. Verschillen in medicatiegebruik (met of zonder insuline), leefstijl, therapietrouw, lichaamsgewicht, stress, cultuur en financiële middelen binnen detentie maakt de te verlenen zorg complex (DJI afdeling Gezondheidszorg, 2014).

1.2 Praktijkprobleem

Voeding en beweging in het kader van leefstijl is een belangrijk onderdeel van zelfmanagement bij DM en heeft de laatste jaren meer aandacht gekregen in de behandeling van DM (Haas *et al.*, 2013). Het 'Chronic Care Model' (CCM) beschrijft zelfmanagement als het individuele vermogen van de mens met een chronische ziekte om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen inherent aan leven met een chronische ziekte (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009). Het stelt de persoon in staat om met eigen middelen en kennis zijn gezondheid te optimaliseren, waardoor zorgkosten worden gereduceerd (Keers *et al.*, 2004).



De opdrachtgever mevrouw M. Dijkstra, afdelingshoofd Zorg van PI Zwaag, stelt dat momenteel onvoldoende eenduidigheid is in de zorg aan gedetineerden gediagnosticeerd met DM. In de Penitentiaire inrichting (PI) Zwaag is het aanbod van voedingsmiddelen en de keuzevrijheid op het gebied van voeding en beweging beperkt. Een ander knelpunt is dat geen afstemming bestaat ten aanzien van educatie aan gedetineerden op voedingsgebied door een diëtist en justitieel verpleegkundige. Dit is van invloed op zelfmanagement van de gedetineerde met DM en het vergroot de kans op het ontwikkelen van DM gerelateerde complicaties, zoals hart- en vaatziekten, slechthoofdpijn, verminderde werking van de nieren en voetproblematiek (Diabetes UK, 2005).

Gedetineerden met DM moeten anders dan normaal rekening houden met de invloed van beperkingen ten gevolge van detentie op hun ziekte. Zij zijn in grote mate afhankelijk van de aangeboden voeding, medicatie en de mogelijkheden tot beweging. Daarnaast zijn factoren zoals onzekerheid en stress binnen detentie van grote invloed. Bloedglucosewaarden raken gemakkelijk ontregeld, waardoor zij een grotere kans hebben op een hypo- of hyperglykemie. Deze complicaties leiden tot een hogere zorgconsumptie en verhoogde zorgkosten (American Diabetes Association, 2012). Het vereist van zorgprofessionals in PI Zwaag de nodige kennis en kunde om aan deze groep een zo adequaat en professioneel mogelijke zorg te verlenen dat is gericht op zelfmanagement van de gedetineerde.

1.3 Context

P.I. Zwaag is ingericht als een HVB en biedt plaats aan 324 volwassen mannelijke gedetineerden die in voorlopige hechtenis verblijven en in afwachting zijn van hun strafproces (DJI PI Zwaag, 2014). De medische dienst bestaat uit zes justitieel verpleegkundigen, twee medisch secretaressen, drie justitieel geneeskundigen, twee psychologen, één fysiotherapeut, twee tandartsen, één psychiater en één afdelingshoofd Zorg.

De missie van de medische dienst komt neer op het verlenen van veilige en menswaardige zorg binnen detentie. Daarbij is werken aan re-integratie samen met de gedetineerde en ketenpartners belangrijk (Justitie, 2006). De visie die gehanteerd wordt om deze missie te bereiken komt neer op doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorgverlening, die kwalitatief gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg buiten detentie. Daarnaast zijn zorg op maat, een goede infrastructuur van de zorg en continuïteit van zorg belangrijke speerpunten (Justitie, 2006).

Ten behoeve van de gezondheidszorg in de inrichtingen wordt gestreefd naar continuïteit van zorg door goede afstemming met samenwerkingspartners in de gezondheidszorg. Continuïteit van zorg dient primair de individuele gezondheidszorg en levert daarnaast een bijdrage aan de vermindering van delict recidive (Justitie, 2006).

1.4 Vraagstelling

Onderzoeksvraag:

Welke bijdrage kan de diëtist leveren in de zorg aan gedetineerden met DM om hun zelfmanagement te optimaliseren?

Deelvragen:

1. Wat is de invloed van detentie op zelfmanagement bij gedetineerden met DM?
2. Hoe wordt de zorg rondom zelfmanagement bij gedetineerden met DM binnen DJI georganiseerd?
3. Welke mogelijkheden hebben gedetineerden op het gebied van voeding en beweging?
4. Hoe ervaren gedetineerden met DM hun mogelijkheden tot zelfmanagement?
5. Welke behoefte aan zorg hebben gedetineerden met DM?



1.5 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om in twintig weken in kaart te brengen hoe de zorg voor gedetineerden met DM geoptimaliseerd kan worden. De nadruk ligt op zelfmanagement, waarbij de gedetineerde gezondheidsvoorlichting ontvangt en in staat wordt gesteld om weloverwogen keuzes te maken op het gebied van voeding en beweging ten behoeve van de zelfregulatie van zijn DM. Om dit doel te bereiken zal worden onderzocht welke bijdrage de diëtist hieraan kan leveren en wordt een bestaande richtlijn in de vorm van een praktisch instrument (werkinstructie 'diabetes mellitus') aangepast voor zorgprofessionals van de medische dienst in PI Zwaag (Bijlage VI).

De huidige werkinstructie 'diabetes mellitus' zal dan ook zo worden bijgesteld dat het huidige zorgprofessionals handvatten biedt om het doorverwijzen te vergemakkelijken en inzichtelijk te maken wat een diëtist kan betekenen in het zorgproces aan gedetineerden met DM. Met tot doel de kwaliteit en continuïteit van diabeteszorg te borgen.

1.6 Perspectieven

De perspectieven worden aan de hand van het micro-, meso- en macroniveau uitgelegd.

Onder het microniveau wordt de medische dienst van PI Zwaag en zijn gedetineerden verstaan. Indien de medische dienst van PI Zwaag gebruik maakt van het praktische instrument dat de onderzoeker aanlevert, zal er een breder aanbod van zorg zijn. Hierdoor zullen de werkzaamheden met betrekking tot continuïteit van diabeteszorg efficiënter worden uitgevoerd en komt het de kwaliteit van zorg ten goede. Het brede aanbod van zorg binnen detentie biedt de gedetineerde meer handvatten om zijn DM goed te kunnen reguleren. Dit sluit aan op het doel om zelfmanagement van de gedetineerden te bevorderen. Essentieel hierbij is de rol van de diëtist die zich richt op de leefstijl van de gedetineerde, waarbij het voedings- en bewegingspatroon wordt afgestemd op het klimaat binnen detentie.

De gedetineerde zelf zal ook voordeel ervaren door dit onderzoek. De gedetineerde moet echter wel instemmen met het consulteren van externe zorgprofessionals zoals een diëtist. Het continueren van diabeteszorg leidt tot een verbetering in de kwaliteit van zorg, omdat de diabeteszorg tijdens en na detentie gemakkelijker op elkaar aansluit. De gedetineerde komt uit een goed georganiseerd leefklimaat, waardoor de kans op recidive kleiner is. Bovendien zal de gedetineerde een betere gezondheidstoestand ervaren, wat bijdraagt aan het vergroten van zijn kwaliteit van leven (Liebling & Maruna, 2005; VNG, 2011).

Onder het mesoniveau wordt het maatschappelijk belang verstaan. Indien het praktische instrument van dit onderzoek goed geïmplementeerd wordt zal ook een maatschappelijk voordeel worden verwacht. Diabeteszorg wordt adequaat gecontinueerd, dat tot een kostenbesparing zal leiden. De zorgbehoefte wordt gemakkelijker in kaart gebracht, omdat er meer aandacht is voor zelfregulatie en het voorkomen van complicaties. De diabeteszorg binnen detentie sluit beter aan op diabeteszorg buiten detentie. Een ander maatschappelijk voordeel is dat er door een verbetering in de continuïteit van zorg minder kans is op het recidiveren van de gedetineerden (VNG, 2011).

Met macroniveau wordt de overheid bedoeld. Een goed geïmplementeerd eindproduct kan een positief effect hebben op overheidsniveau. Investeren in kwaliteitszorg en continuïteit van zorg leidt tot een verminderde kans op recidive van de gedetineerde. Uiteindelijk kan dit bijdragen aan een kostenbesparing voor de overheid. Een gedetineerde kost de overheid ongeveer 250 euro per dag (KRO, 2014).



1.7 Leeswijzer

De afstudeeropdracht is opgebouwd uit zes hoofdstukken. In hoofdstuk 1, dit gedeelte, wordt de aanleiding van dit onderzoek en algemene achtergrondinformatie over het onderwerp gegeven. Vervolgens wordt de onderzoeksvraag met deelvragen, de doelstelling en perspectieven uiteengezet.

In hoofdstuk 2 worden de methoden beschreven die zijn gebruikt voor de uitvoering van het onderzoek. Vervolgens worden in hoofdstuk 3, aan de hand van de eerste drie deelvragen, de resultaten van het literatuuronderzoek weergegeven. De nadruk in dit hoofdstuk ligt op zelfmanagement en DM in relatie tot het verblijf detentie.

In hoofdstuk 4 zijn de resultaten uit het praktijkonderzoek beschreven en is antwoord gegeven op de laatste twee deelvragen. In dit hoofdstuk staat DM in relatie tot de ervaringen en behoeften op gebied van zelfmanagement van gedetineerden centraal. De behoefte aan zorg is bij negen gedetineerden met DM geïnventariseerd en onderzocht welke verbeteringen mogelijk zijn om de kwaliteit van diabeteszorg binnen detentie te vergroten.

In hoofdstuk 5 volgt een conclusie waar de resultaten uiteen worden gezet tegen de theorie. In het afsluitende hoofdstuk 6 wordt in een discussie de limitaties van het onderzoek weergegeven en worden aanbevelingen gedaan voor het verbeteren van de kwaliteit en continuïteit in diabeteszorg binnen detentie. Tot slot is de literatuurlijst te raadplegen en volgen de bijlagen I t/m VI:

Bijlage I	Zoekstrategie
Bijlage II	Topiclijst
Bijlage III	Toestemmingsformulier
Bijlage IV	Diabetes Management Self-Efficacy Scale vragenlijst
Bijlage V	Interviews 1 t/m 9 uitgewerkt
Bijlage VI	Werkinstructie 'Diabetes mellitus'



2. Methode

2.1 Literatuuronderzoek

Literatuuronderzoek is uitgevoerd om de eerste drie deelvragen te beantwoorden. Gezocht is naar nationale en internationale literatuur in de Medline, Cinahl, Cochrane en Google Scholar databank, Nederlandse overheid, intranet van het Ministerie van Justitie en de WHO.

De artikelen die zijn opgenomen in het onderzoek zijn geïdentificeerd door een systematische zoektocht naar relevante artikelen gepubliceerd na het jaar 2004. Uitgezonderd zijn artikelen die ouder zijn, maar toch bruikbaar zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Gevonden literatuur is beoordeeld op relevantie en best beschikbaar bewijs volgens de piramide van bewijslast (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2008). De gevonden literatuur heeft een evidence van niveau 1 of 2.

De volgende zoektermen zijn gebruikt in verschillende combinaties; 'prisoner'/'inmate'/'gedetineerde', 'detainees'/'justitiabele', 'patient empowerment'/'eigen effectiviteit', 'inrichting'/'correctional institutions', 'zelfmanagement'/'self management', 'gevangenis'/'prison', 'diabetes mellitus'. Ten slotte is ook gebruik gemaakt van cross referenties. Hiermee wordt het doorklikken via de referenties bedoeld. De gebruikte zoekstrategie is in bijlage I uitgebreid weergegeven. Hierin worden de onderdelen searchstring en studieselectie weergegeven (Verhoeven, 2011).

2.2 Praktijkonderzoek

Het praktijkonderzoek is kwalitatief van aard en is gebruikt voor exploratie van het onderwerp. Het belangrijkste aspect hiervan is dat waarde wordt gehecht aan de mening en belevenis van de respondent en betekenis wordt geven aan hoe zij de mogelijkheden tot zelfmanagement van DM in detentie ervaren (Verhoeven, 2011).

Het kwalitatief onderzoek heeft tot doel de laatste twee deelvragen te beantwoorden, zoals staan omschreven in hoofdstuk 1. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews die face-to-face zijn afgenomen met behulp van een topiclijst (bijlage II). Om de betrouwbaarheid van de topiclijst te verhogen is een proefinterview afgenomen bij een gedetineerde verblijvend in PI Zwaag die in het verleden gediagnosticeerd is geweest met DM type 2 (Verhoeven, 2011).

De topics zijn; kennis van DM, zelfmanagement in detentie, invloed van detentie, voeding en beweging. Het begrip 'zelfmanagement' is geoperationaliseerd in meerdere items, waarbij vragen meetbaar zijn gemaakt met een vijfpunt Likert-schaal. Er is gebruik gemaakt van gesloten vragen uit het gevalideerd meetinstrument; Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES) (Bijl, Poelgeest-Eeltink & Shortridge-Baggett, 1999). Met doorvragen is gestreefd naar een verzadigingspunt (Verhoeven, 2011). Vervolgens zijn de gegevens kwalitatief geanalyseerd, zoals verderop bij 'data-analyse' staat beschreven.

Respondenten zijn negen volwassen mannelijke gedetineerden met DM, verblijvend in een PI binnen Nederland. De respondenten hebben een leeftijd van 20 tot en met 65 jaar. Vier interviews in PI Zwaag hebben niet geleid tot het bereiken van een verzadigingspunt. PI Amerswiel en PI Haarlem werden daarom betrokken in het praktijkonderzoek.

Het praktijkonderzoek heeft plaats gevonden in de periode november tot en met december 2014. De kandidaatselectie van gedetineerden met DM verblijvende in de PI, is uitgevoerd met behulp van het elektronisch patiëntendossier MicroHis. Na selectie zijn respondenten persoonlijk door de onderzoeker benaderd voor deelname aan het praktijkonderzoek.

De onderzoeker heeft in zijn beroep als justitieel verpleegkundige geen behandelcontact met de geselecteerde respondenten, om te voorkomen dat de respondenten gewenste antwoorden geven. Voorafgaand aan ieder interview is met een toestemmingsformulier



'informed consent' gevraagd aan de respondenten. Dit toestemmingsformulier is als bijlage III toegevoegd.

Inclusiecriteria

- Gedetineerden met DM, met orale antidiabetica en/of insuline gebruik.

Exclusiecriteria

- Gedetineerden die de Nederlandse of Engelse taal niet verstaan, begrijpen en/of niet spreken.

Data-analyse

De interviews zijn door de onderzoeker 'face-to-face' afgenomen en tijdens ieder interview direct uitgeschreven door een justitieel verpleegkundige die werkzaam is binnen PI Zwaag. De interviews zijn tijdens afname van het interview uitgeschreven, omdat opnameapparatuur vanwege veiligheidsredenen niet is toegestaan.

Analyse van de resultaten heeft plaats gevonden middels de stappenstructuur 'uiteenrafelen, coderen en structureren' van Nel Verhoeven (Verhoeven, 2011) met behulp van software Kwalitan®. Er werd gezocht naar relaties tussen de codes en of deze juist waren. Het was de bedoeling om verklaringen te vinden voor eventuele verschillen of overeenkomsten tussen de met codes gevormde categorieën. De verklaringen werden vervolgens getoetst aan de literatuur. (Boom, 2005)

Interviews

Ieder interview duurde gemiddeld 30 minuten. Gestart werd met een korte introductie en een toelichting op de doelstelling van het onderzoek. Vervolgens is begonnen met het afnemen van een vragenlijst met gesloten vragen uit het gevalideerd meetinstrument; Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES) (Bijl, Poelgeest-Eeltink & Shortridge-Baggett, 1999). De volgende gegevens werden verzameld: leeftijd, afkomst, hoogst genoten opleiding en de eigen inschatting van de mate van ziektehantering van de respondent. De volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage IV.

Het gebruik van de vragenlijst met gesloten vragen had als voordeel dat de vooraf geformuleerde antwoordalternatieven voor iedereen hetzelfde waren. Antwoorden konden hierdoor systematisch worden geanalyseerd. Vervolgens werden verschillende onderwerpen aan de hand van voornoemde de topiclijst (bijlage II) uitgevraagd die de belangrijkste deelonderwerpen voor het beantwoorden van de hoofdvraag bevatten. Hiermee had de interviewer een richtlijn om dieper in te gaan op de reeds ingevulde antwoorden die de respondenten gaven.

Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews kon er ongeremd informatie worden verkregen en verliep het interview meer als een gesprek. Het is hierdoor wel moeilijker om de informatie systematisch te verwerken (Grit, 2011). De antwoorden werden als volledig beschouwd op het moment dat alle details helder waren en de onderzoeker geen vragen meer had. De interviews zijn tijdens afname volledig uitgeschreven aan de hand van de onderwerpen in de topiclijst. Nader te raadplegen in bijlage V.



3. Literatuuronderzoek

Door de onderzoeker is eerst literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit had als doel het analyseren van de best beschikbare literatuur over zelfmanagement en diabetes(zorg) binnen detentie. Tevens was het van belang om eerst te onderzoeken wat in de literatuur wordt beschreven, zodat de onderzoeker deze informatie kon gebruiken bij het afnemen van de interviews.

3.1 De invloed van detentie op zelfmanagement bij DM

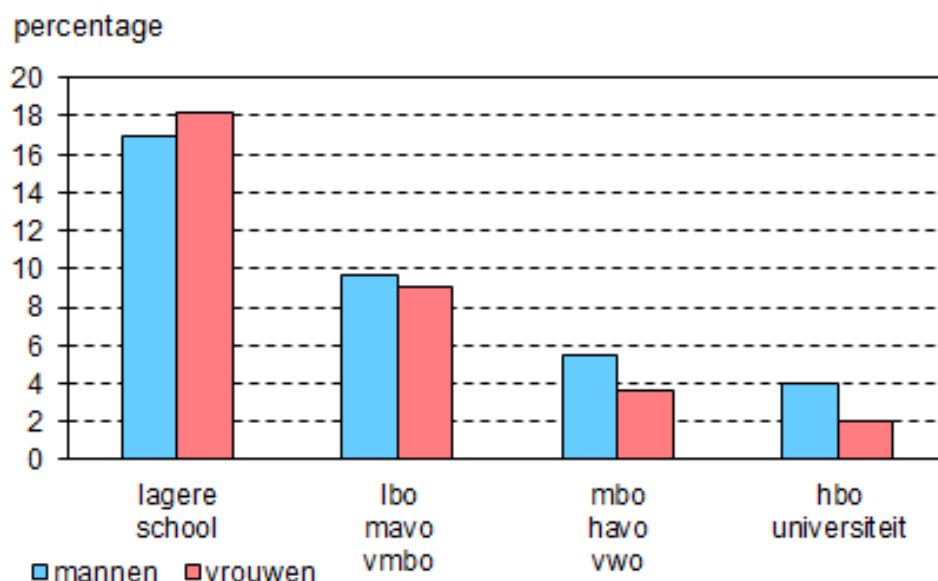
In dit hoofdstuk staat DM in relatie tot detentie centraal, waarbij een antwoord wordt gegeven op de in hoofdstuk 1 genoemde eerste deelvraag.

Prevalentie van DM in Nederland

Het aantal patiënten met DM is het eind van de jaren negentig sterk gestegen. In de periode 2001/2002 – 2007/2008 is het aandeel inwoners van Nederland met DM gestegen van 3% naar 4% (Houben, 2010). Bevolkingsgroei en de vergrijzing zijn voor een groot gedeelte verantwoordelijk voor een toename van patiënten met DM in Nederland. Tevens is een toename van de prevalentie van DM te wijten aan een gerichte vroege opsporing van pre-diabeten en de toegenomen levensverwachting (Baan & Kranen, 2009).

De verwachting is dat het aantal patiënten met DM in Nederland tussen 2005 en 2025 met 32,5%, zal stijgen tot ruim 1,3 miljoen in 2025. Dit aantal zal vermoedelijk hoger zijn gezien de verwachte toename van het aantal mensen met overgewicht (Poortvliet, Schrijvers & Baan, 2007; Baan & Kranen, 2009).

Dat diabetesprevalentie samenhangt met het opleidingsniveau toont grafiek 1 (prevalentie DM). In Nederland is sprake van een hogere diabetesprevalentie bij mensen met alleen lagere school als hoogst genoten opleiding (Brink & Savelkoul, 2012). In westerse landen komt DM (type 2) meer voor onder migranten en bij mensen met een lage sociaal economische status (SES) of beperkte gezondheidsvaardigheden dan onder de autochtone bevolking en mensen met hogere SES of hoge gezondheidsvaardigheden. Ook zijn er onder deze groepen meer complicaties en hogere sterfte als gevolg van DM (Poortvliet *et al.*, 2007).



Grafiek 1: Prevalentie in 2012 van diabetes onder Nederlandse mannen en vrouwen van 25 jaar en ouder, naar hoogst voltooid opleidingsniveau en gestandaardiseerd naar de bevolking van 2012. (Brink & Savelkoul, 2012)



Zorgconsumptie in detentie

Mensen met een licht verstandelijke beperking zijn oververtegenwoordigd in de strafrechtsketen (Levine, 2011; Moffitt, Gabrielli, Mednick & Schulsinger, 1981). Ook mensen die tot de zogeheten tweede generatie migranten behoren zijn daar in verhoudingsgewijs in grotere aantallen aanwezig. In Nederland doet deze situatie zich de laatste jaren vooral voor bij jongeren van Antilliaanse en Marokkaanse afkomst (De Boom *et al.*, 2012).

Uit onderzoek van Ceelen *et al.* (2012) blijken gedetineerden vaker chronische longziekten en gewrichtsklachten, hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten te hebben dan de algemene bevolking. Gedetineerden hebben niet alleen meer en andere ziektes dan de algemene bevolking, ze verschillen ook in hun zorggebruik. In het jaar voor arrestatie bezoeken ze minder vaak een huisarts, 28% heeft zelfs geen huisarts. Terwijl de huisarts juist een centrale rol kan spelen in preventie, de behandeling van chronische ziekten en verwijzingen (Ceelen *et al.*, 2012).

In een PI zijn medische diensten aanwezig die eerstelijnszorg bieden tijdens reguliere kantooruren. De zorgverlening in een PI verschilt op een aantal punten van reguliere zorg. Een groot deel van de gedetineerden in Nederland kampt namelijk met psychosociale problemen, naast een verscheidenheid aan ziektebeelden. Uit een onderzoek van Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg en Den Dolder (2009) blijkt namelijk dat meer dan de helft van de 191 onderzochte mannelijke gedetineerden een psychiatrische stoornis had en dat bij vier op de vijf ooit een psychiatrische diagnose is gesteld, inclusief verslaving.

Forensische artsen en verpleegkundigen verlenen medische zorg in cellencomplexen en buiten reguliere kantooruren in gevangenis binnen Nederland. Zij komen vaker dan huisartsen in aanraking met andere lichamelijke aandoeningen, maar verlenen de meeste zorg vanwege DM. Exacte cijfers ontbreken echter, maar een verklaring is dat gedetineerden mogelijk onvoldoende in staat worden gesteld om hun DM in een gesloten setting zelfstandig te kunnen managen (Duijst & Das, 2011).

In het handboek forensisch en penitentiaire geneeskunde staat beschreven dat DM veelvuldig voorkomt in de politiecel en de PI. Verondersteld wordt dat een breed gebruik van diabetogene antipsychotica onder de doelgroep hier mogelijk mee samenhangt (Duijst & Das, 2011).

Equivalentieprincipe

Gedetineerden in een PI hebben hetzelfde recht op gezondheidszorg als iedere Nederlander in de vrije maatschappij. Uit het artikel van Niveau (2007) blijkt dat een gelijkwaardige zorg van belang is bij gedetineerden. Hiermee wordt bedoeld dat de zorg binnen detentie gelijkwaardig moet zijn aan de reguliere zorg. De richtlijn van de WHO hanteert eveneens het equivalentieprincipe. Dit principe biedt eenduidigheid in de zorgverlening binnen verschillende penitentiaire inrichtingen, waarbij het streven is om zo veel mogelijk gelijkwaardige zorg te bieden (Møller *et al.*, 2007).

Gedetineerden verblijven echter in detentie en kunnen geen gebruik maken van de reguliere voorzieningen die het Nederlandse gezondheidstelsel biedt. De verantwoordelijkheid voor de medische zorg van gedetineerden ligt dan ook bij de overheid. Het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) verplicht de overheid te zorgen voor menswaardige detentieomstandigheden en om het recht op leven van gedetineerden te beschermen. Deze verplichtingen brengen eisen met zich mee op het gebied van de screening bij binnenkomst, de herkenning en onderkenning van de noodzaak tot inschakelen van medische zorg, medische handelingen en beslissingen op een politiebureau.

Dossiervoering en informatieoverdracht tussen politiebureau en penitentiaire inrichting, alsmede de toegang tot de zorg in de penitentiaire inrichting en het begeleidingssysteem zijn punten van aandacht (Thoonen & Duijst, 2014).



Ontwikkelingen binnen DJI

Vanaf het jaar 2000 was er sprake van een versobering van het detentiebeleid mede onder invloed van een groeiende verontrusting over onveiligheid en criminaliteit in de maatschappij en politiek. In vrijwel alle penitentiaire inrichtingen is het aanbod van scholing, arbeid en andere activiteiten sterk vermindert. Gedetineerden verblijven het grootste deel van de dag op hun cel (Dirkzwager *et al.*, 2009).

Het gevangeniswezen heeft de afgelopen jaren echter een aantal ingrijpende veranderingen doorgevoerd die moeten bijdragen aan het verminderen van de recidive van gedetineerden. Binnen de PI is een standaardwerkwijze ingevoerd waarbij iedere gedetineerde een persoonsgericht plan krijgt dat zich richt op het verblijf in detentie en de terugkeer naar de maatschappij. De gedachte hierachter is dat de detentie een fase is dat niet los gezien kan worden van de levensloop van de persoon voor en na de detentie (Krabbendam & Nelissen, z.j.). Met een uitgebreide screening bij binnenkomst wordt de gedetineerde gescreend op aanwezigheid van psychomedische en psychosociale problemen. Zowel de gedetineerde, de PI, ketenpartners zoals gemeenten, reclassering en zorginstellingen hebben hierin een belangrijke rol.

Het programma Modernisering Gevangeniswezen heeft in 2013 de Gonsalvesprijs gewonnen, omdat het volgens de jury een cruciale stap voorwaarts is in het bestrijden van recidive door de integrale aanpak met betrokken ketenpartners (Gonsalvesprijs.nl, 2013). In 2013 zijn bezuinigingsmaatregelen binnen DJI aangekondigd en is het Masterplan DJI aangeboden aan de Tweede Kamer. De bezuinigingsmaatregelen hebben ingrijpende consequenties voor het werkzame personeel binnen DJI, waaronder de sluiting van een aantal PI's. De komende jaren wordt de inzet van meerpersoonscellen vergroot, waarmee in 2018 circa 50% van de gedetineerden op een meerpersoonscel wordt geplaatst. Er wordt geïnvesteerd in meer ICT op cel, zoals 'e-learning', 'e-health', en het regelen van praktische zaken gericht op de terugkeer naar de maatschappij.

In 2014 zijn twee nieuwe regimes ingevoerd (Rijksoverheid, 2011). Gedetineerden die 'goed gedrag' laten zien kunnen promoveren van een basisprogramma naar een uitgebreider plusprogramma. Het plusprogramma biedt meer ruimte voor activiteiten die zijn gericht op terugkeer naar de maatschappij. Gedetineerden die door de politie zijn aangehouden en een strafresistant hebben openstaan worden echter de eerste acht weken in een sober regime geplaatst. Zij hebben in beperkte mate de mogelijkheid om zaken te kunnen regelen die nodig zijn voor terugkeer in de maatschappij. Zij verblijven in verhouding tot andere gedetineerden meer uren op cel en kunnen niet deelnemen aan arbeid.

3.2 Diabeteszorg binnen DJI

In dit hoofdstuk staat DM in relatie tot zelfmanagement binnen detentie centraal, waarbij een antwoord wordt gegeven op de in hoofdstuk 1 genoemde tweede deelvraag.

Rol van de medische dienst

Binnen een PI heeft de medische dienst een bijzondere positie. De medische dienst is één van de weinige afdelingen die zich niet richt op detentie en beveiliging. In de dagelijkse werkzaamheden zijn de zorgprofessionals in grote mate afhankelijk van andere afdelingen die verantwoordelijk zijn voor de beveiliging van de gedetineerden.

Inrichting beveiligers (Bewa) en penitentiair inrichting werkers (PIW) zorgen voor de begeleiding van gedetineerden naar de medische dienst. De gedetineerde moet op een verzoekbriefje aangeven dat hij opgeroepen wenst te worden voor het verpleegkundig spreekuur. Deze handeling beperkt de gedetineerde in zijn keuzevrijheid van zorg en is afhankelijk van de PIW. Daarnaast wordt de voortgang van bijvoorbeeld het artsenspreekuur beïnvloed door de mate waarop de gedetineerden op het juiste tijdstip gebracht worden (Brake, te, *et al.*, 2005).

Watson *et al.* (2004) stellen dat gebruik gemaakt dient te worden van het feit dat iemand gedetineerd is. Gezondheidsproblemen van gedetineerden kunnen gemakkelijk in kaart worden gebracht en worden behandeld. Een succesvolle behandeling leidt tot een



positievere attitude en gedetineerden keren terug met een betere gezondheidstoestand in de maatschappij wat de kans op recidive verkleint (Watson *et al.*, 2004).

'Health promotion' (gezondheidsbevordering) is een essentieel onderdeel van gezondheidszorg binnen detentie. Hierbij is belangrijk dat gezondheidsproblemen in kaart worden gebracht en vervolgens worden behandeld. Over chronische aandoeningen en 'health promotion' is weinig bekend (Watson *et al.*, 2004). Er zijn geen bewezen samenwerkingsmodellen gevonden, maar het principe van samenwerken is evident en wordt binnen de PI reeds toegepast (Watson *et al.*, 2004).

De mogelijkheid bestaat om een diabetesverpleegkundige en een diëtist te consulteren. Tevens wordt gebruik gemaakt van een teleconsult. Dit is een op afstand gecreëerd consult tussen gedetineerde en zorgprofessional via telefoon en of een beeldscherm. Het is gebleken dat dit kosteneffectief en laagdrempelig is in het contact met externe instanties. Echter is het binnen PI Zwaag alleen mogelijk om op deze wijze contact te leggen met zorginstellingen in de geestelijke gezondheidszorg.

In het artikel van Perry *et al.* (2010) staat beschreven dat 'health promotion' één van de belangrijkste taken is van zorgprofessionals binnen justitie. Een individueel consult waarbij de gezondheidstoestand van de gedetineerde wordt geïnventariseerd, kan mogelijkheden geven om advies en voorlichting te geven en kan helpen bij de vroege opsporing van chronische ziekten (Perry *et al.*, 2010).

Ketenzorg

Een keten-DBC houdt in dat er een contract is tussen een groep zorgverleners en een zorgverzekeraar over de te leveren zorg tegen een standaard prijs. Om dat te kunnen doen, hebben de zorgverleners zich verenigd in een zogenaamde zorggroep. De zorggroep is hoofdverantwoordelijk voor het coördineren en leveren van de multidisciplinaire zorg aan chronische patiënten. Voor de verschillende onderdelen van de zorg, zoals periodieke controles, laboratoriumonderzoek en dieetadviesing, contracteert de zorggroep verschillende zorgaanbieders als onderaannemer of levert een gedeelte van de zorg zelf (Til, Wildt, de & Struijs, 2010).

In het Vademecum Medische Verstrekkingen 2014 (het verstrekkingenpakket op het gebied van medische zorg, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en mondzorg binnen DJI), is vastgelegd dat de gedetineerde met DM jaarlijks recht heeft op 60 minuten dieetadvies. Een vervolgconsult dieetadvies van 30 minuten is toegestaan mits de gedetineerde minimaal 4 maanden in detentie verblijft, met een maximum van 6 behandelingen per kalenderjaar. (DJI, 2014) Deze zorg valt onder de noemer 'ketenzorg', echter dient de diëtist extern geconsulteerd te worden om dieetzorg binnen detentie te kunnen verlenen.

Binnen PI Zwaag wordt diabeteszorg niet in een keten-constructie verleend, maar wordt per individu bekeken welke zorg de gedetineerde met DM op dat moment nodig heeft. Gedetineerden met DM kunnen dus geen gebruik maken van een carouselconstructie waarbij zij meerdere zorgprofessionals op vaste afspraken consulteren, zoals dit in de vrije maatschappij vaak wel mogelijk is (Sluiter *et al.*, 2012).

Activiteiten die effectief zijn om tot goede ketenzorg te komen, zijn het zelfmanagement van de patiënt bevorderen, multidisciplinaire samenwerking en screening (primaire preventie) (Drewes *et al.*, 2008). Voedingsadvies en inzicht in het eigen voedingspatroon zijn een integraal onderdeel van de multidisciplinaire aanpak bij DM in een PI. Een combinatie van voorlichting, interdisciplinaire communicatie en monitoring van voedselinname helpt gedetineerden met DM in het begrijpen van hun medische- en voedingsbehoeften. Het kan tijdens en na detentie helpen de regulatie van DM te vergemakkelijken (American Diabetes Association, 2012).



Zelfmanagement en DM in detentie

Voedingsadvies aan gedetineerden met DM wordt beschouwd als een essentieel onderdeel van diabetes zelfmanagement. Effectiviteit van zelfmanagement bij mensen met DM (zowel type 1 en 2) is wetenschappelijk aangetoond. Zelfmanagement leidt tot minder complicaties, een verbetering van het HbA1c en een betere kwaliteit van leven (American Diabetes Association, 2012).

Zelfmanagement bij DM is een complex geheel van vaardigheden. Het vereist een mix van cognitieve, praktische en sociale vaardigheden, zoals het toedienen van insuline, monitoren van het bloedglucoseniveau en het bedacht zijn op het voorkomen van complicaties (Wagner *et al.*, 2001). Echter niet alle patiënten met DM zullen in gelijke mate in staat zijn om die verantwoordelijkheid te nemen en een actieve patiëntrol te vervullen (Rademakers, 2013). Sommigen missen de kennis, het zelfvertrouwen of de vaardigheden. Zij zullen extra ondersteuning nodig hebben bij de dagelijkse omgang met hun ziekte binnen detentie.

Een onderzoek door Jamieson en Grounds (2005) toont aan dat gevangenschap invloed heeft op zowel het geestelijk als het lichamelijk welzijn van gedetineerden. Tussen gedetineerden zijn echter grote individuele verschillen gevonden. Zo blijken gedetineerden die veel moeite hebben met de omstandigheden in detentie, veel meer stress te ervaren dan gedetineerden die zich gemakkelijker weten aan te passen aan de veranderde omstandigheden (Jamieson & Grounds, 2005).

Liebling en Maruna (2005) stellen namelijk eveneens dat het voor sommige gedetineerden veel gemakkelijker is zich te handhaven. Voor gedetineerden die er niet in slagen hun plek te vinden in activiteiten, arbeid en sociale netwerken en te voorzien in hun behoefte aan bijvoorbeeld veiligheid, autonomie, privacy en support, levert gevangenschap veel meer stress op. Vermindering van het gevoel van eigenwaarde, veranderingen in de persoonlijkheid en andere mentale problemen kunnen een grote invloed hebben op het leven in detentie. Gevolgen zijn zowel te vinden op het gebied van psychisch welzijn, lichamelijke gezondheid als de sociaal-economische positie (Liebling & Maruna, 2005). Ook heeft stress gevolgen voor resocialisatie en kan verzwakking met contacten buiten detentie leiden tot verhoogde kans op recidive (Laub & Sampson, 2003; Binsbergen, van 2003).

De missie van DJI stelt dat naast vergelding, preventie en resocialisatie, ook de zorgtaak belangrijk is. De Penitentiaire beginselenwet (Pbw) geeft aan dat detentie geen onnodige leedtoevoegende elementen mag bevatten, en dat er binnen de PI alles aan zal moeten worden gedaan om de veiligheid van gedetineerden te waarborgen (Kelk, 2000). Ook hierin wordt duidelijk dat extra zorg nodig is voor gedetineerden van wie de fysieke of mentale veiligheid kwetsbaar is.

Gedetineerden behoren tot een kwetsbare groep mensen met veel taal- en cultuurverschillen, een lage SES, verslaving en psychiatrische problematiek. Deze kwetsbare groep ondervindt dan ook mogelijke barrières in zelfmanagement van hun DM, omdat beperkte gezondheidsvaardigheden vaak samenhangen met slechtere gezondheidsuitkomsten (Rademakers, 2014).

Zorgprofessionals werkzaam binnen detentie dienen dan ook rekening te houden met mogelijke beperkingen van gedetineerden. De beperkingen zijn te verwachten op het gebied van taal- en rekenvaardigheden, gebrekkig ziekte inzicht, andere ziektebeleving, anders presenteren van lichamelijke klachten, weinig bewegen, veranderde en andere voedingsgewoonten, sociale en psychische problemen, cultuur en religie, gebrek aan diabetes gerelateerde sociale ondersteuning en leven in armoede. Een stimulerende, sociale en fysieke omgeving is dan ook belangrijk om gedetineerden met DM te motiveren tot zelfmanagement en een gezonde leefstijl (Arkesteyn, Tomassen & Idema, 2012).

In het verlenen van efficiënte diabeteszorg kan gebruik worden gemaakt van een sociaal zorg model. Hierbij is sprake van drie niveaus van ondersteuning, waarmee zelfmanagement van de gedetineerde wordt bevorderd (Perry *et al.*, 2010). Met het hanteren van dit model is het mogelijk dat een vermindering in het aantal onverwachte ziekenhuisbezoeken van gedetineerden ontstaat (Perry *et al.*, 2010).



In een artikel van Grant *et al.* (2003) wordt aangegeven dat 'peer-education' binnen detentie een positief effect heeft op de motivatie en het zelfvertrouwen. Deze eigenschappen zijn belangrijk voor gedragsverandering bij gedetineerden (Deville *et al.*, 2005).

3.3 Voedings- en bewegingsmogelijkheden in detentie

In dit hoofdstuk staat DM in relatie tot de mogelijkheden op voedings- en bewegingsgebied centraal, waarbij een antwoord wordt gegeven op de in hoofdstuk 1 genoemde derde deelvraag.

Medische intake

In PI Zwaag wordt bij gedetineerden met DM binnen 24 uur een medische intake afgenomen door een justitieel verpleegkundige. Zij brengt de medicatie in kaart en inventariseert welke middelen de gedetineerde nodig heeft om zijn DM optimaal te kunnen reguleren.

Medicatie wordt voorgeschreven door de justitieel geneeskundige en vanuit de inrichtingsapotheek verstrekt. Indien nodig zijn prikclancetten, een naaldencontainer, druivensuiker, voorlichtingsmateriaal en een bloedglucose meetapparaat beschikbaar. Orale medicatie en/of insuline wordt op cel verstrekt, mits de inschatting wordt gemaakt dat de gedetineerde hier verantwoord mee om kan gaan.

Op medische indicatie krijgt de gedetineerde met DM dagelijks een half tarwebrood aangeboden. De veronderstelling is dat de gedetineerde hiermee in staat wordt gesteld om zijn koolhydraatintake zo goed mogelijk over de dag te kunnen verdelen (Werkinstructie Diabetes mellitus, 2014).

Aanbod van voeding

In hoofdstuk VIII Verzorging, arbeid en andere activiteiten, lid 1 van de Pbw, is de algemene zorgplicht van de directeur van een PI vastgelegd. De directeur dient er zorg voor te dragen dat de gedetineerde dagelijks voeding krijgt verstrekt. Volgens lid 3 dient de directeur zorg dragen voor de verstrekking van voeding, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de godsdienst of levensovertuiging van de gedetineerde. Het kan ook mogelijk zijn dat gedetineerden om gezondheidsredenen een dieetvoeding voorgeschreven krijgen door de inrichtingsarts (Kelk, 2000).

PI Zwaag heeft een mantelcontract met Sodexo die voorziet in de dagelijkse verstrekking van maaltijden voor gedetineerden. In dit mantelcontract is eveneens vastgelegd dat een dieet enkel mag worden voorgeschreven op basis van een medische indicatie, voorgeschreven door diëtisten, welke onderdeel vormen van de medische dienst van een DJI locatie.

Om het diëtisten te vergemakkelijken zijn in het mantelcontract 15 diëten opgenomen waaruit de diëtist kan kiezen. Deze diëten zijn zo samengesteld dat voor bijna alle afwijkingen op het voedingspatroon een dieet beschikbaar is. Eén van de 15 diëten is het 'dieet bij diabetes' dat bestaat uit een vetbeperkt menu, een nagerecht gezoet met kunstmatige zoetstof en aangepast zoetbeleg. Vervanging van zoetbeleg voor hartig beleg en/of mager beleg is mogelijk. Niet alles past in een bestaand dieet en daarom is het mogelijk hiervan af te wijken, mits er rekening wordt gehouden met de extra kosten (DJI, raamovereenkomst Sodexo, z.j.).

Bij binnenkomst in PI Zwaag krijgt de gedetineerde een 'inkomstenpakket' dat bestaat uit een half tarwebrood, een pakje kokosbrood (300 gram), halvarine (250 gram), oploskoffie, koffiemelkpoeder, bakje suiker, halfvolle melk (1 liter) en 7 zakjes thee. Deze voedingsmiddelen zijn bedoeld ter overbrugging tot de eerstvolgende warme maaltijd wordt aangeboden.

De warme maaltijden bestaan altijd uit drie gangen, soep, de hoofdmaaltijd, fruit of een toetje. Tegelijkertijd met de warme maaltijd wordt om de dag een verstrekking geleverd, bestaande uit een gesneden half tarwebrood, één liter halfvolle melk en vers beleg (kaas en vleeswaren). Dit is bedoeld om als ontbijt en avondeten op eigen cel te nuttigen.



Eén keer per week is de mogelijkheid om een weekverstrekking te bestellen. Deze weekverstrekking bestaat voornamelijk uit geportioneerd zoet broodbeleg, koffie, thee, suiker (Boukens, persoonlijke communicatie, 5 december 2014).

De Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) heeft in 2011 een themaonderzoek uitgevoerd, waarin het dagmenu van gedetineerden in de verschillende PI kritisch is bekeken. Zij concluderen dat in de warme maaltijd (diepvriesmaaltijd) alle ingrediënten zoals vlees, vis, groenten en jus/saus ongescheiden van elkaar wordt aangeboden.

Voornamelijk ervaren de sporters onder de gedetineerden een tekort aan voeding. Zij, maar ook gedetineerden die liever een alternatief willen, moeten op eigen kosten voedingsmiddelen kopen in de inrichtingswinkel. Dat geldt niet alleen voor extra voeding, maar ook voor kruiden en andere smaakversterkers om de maaltijd smaakvoller te kunnen maken.

In dit themaonderzoek hebben gedetineerden aangegeven dat zij de warme maaltijd compenseren door zelf te koken of extra te snoepen. Als een gedetineerde niet over de middelen beschikt om extra aankopen te kunnen doen, is feitelijk sprake van ongelijke behandeling, zo stelt de ISt (Tummers, 2011).

Aanbod van sport en recreatie

Artikel 48 lid 2 van de Pbw omschrijft het recht van de gedetineerde op lichamelijke oefening en het beoefenen van sport gedurende tenminste drie kwartier per week, voor zover de gezondheid dat toelaat.

De inrichtingsarts kan het advies geven aan de directie, dat het medisch onverantwoord is om deel te nemen aan de sport. Gedetineerden mogen zelf bepalen of zij deelnemen aan sportactiviteiten, maar bij niet-deelname krijgt hij hiervoor geen vervangende activiteit. Mocht een gedetineerde vanwege zijn gezondheidstoestand niet aan de sport kunnen deelnemen, dan zal er wel een vervangende activiteit aangeboden moeten worden.

Het recht op recreatie staat beschreven in Artikel 49 lid 2 van de Pbw. De gedetineerde heeft recht op recreatie gedurende tenminste zes uren per week. Een PI met een strenger en beperkter regime betekent voor de gedetineerde een groter belang in deelname aan recreatietijd. Dit gaat ook op voor de mogelijkheden tot deelname aan recreatie binnen PI Zwaag.

Voor gedetineerden met de rechtelijk maatregel 'beperkingen' betekent recreatie in de eerste plaats dat zij niet op hun cel hoeven te verblijven en gemeenschappelijk gebruik kunnen maken van deze mogelijkheid. De PI is echter niet verplicht om iets te organiseren tijdens de recreatie tijden. Hierdoor kan het voorkomen dat gedetineerden zelf hun recreatietijd moeten invullen.

In de gemeenschappelijke ruimten staan over materialen voor gemeenschappelijk gebruik. Dit zijn gebruiksmiddelen zoals een radio en/of televisie, een tafeltennis- en/of voetbaltafel en gezelschapsspellen. Het recht op recreatie kan worden beperkt, bijvoorbeeld bij ziekmelding door een gedetineerde (Commissie van toezicht, 2014).



4. Praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk staat DM in relatie tot de ervaringen en behoeften op gebied van zelfmanagement van gedetineerden centraal. Antwoord wordt gegeven op de in hoofdstuk 1 genoemde laatste twee deelvragen. De resultaten van de interviews zijn verwerkt en per thema weergegeven.

Het doel van de interviews was het onderzoeken van knelpunten in zelfmanagement van gedetineerden met DM. De behoefte aan zorg is geïnventariseerd en onderzocht welke verbeteringen mogelijk zijn om de kwaliteit van diabeteszorg in detentie te vergroten.

De resultaten die uit de interviews naar voren zijn gekomen, zijn kwalitatief geanalyseerd en vervolgens onderverdeeld in vier thema's namelijk: kennis van DM, zelfmanagement in detentie, invloed van detentie, voeding en beweging.

Het begrip 'zelfmanagement' is geoperationaliseerd in 23 items, waarbij vragen meetbaar zijn gemaakt met een vijfpunt Likert-schaal. Gebruik is gemaakt van gesloten vragen uit het gevalideerd meetinstrument; Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES) (Bijl, Poelgeest-Eeltink & Shortridge-Baggett, 1999). De resultaten van de gesloten vragen zijn per item zowel in een staafdiagram als in percentages weergegeven. Hieronder zijn de resultaten per thema weergegeven.

4.1 Resultaten interviews

Er zijn in totaal negen interviews gehouden met gedetineerden verblijvende in drie verschillende penitentiaire inrichtingen, namelijk: PI Zwaag, PI Amerswiel en PI Haarlem. Acht gedetineerden zijn gediagnosticeerd met DM type 2, waarvan vier insuline naast orale antidiabetica gebruiken. Eén gedetineerde is bekend met DM type 1.

Kennis van DM

De respondenten hebben een leeftijd van 20 tot en met 65 jaar. De hoogst genoten opleiding en nationaliteit van de respondenten is hieronder uiteen gezet. De nationaliteit 'anders, namelijk' is in het geval van één respondent, de Iraakse nationaliteit.

Nationaliteit

Nederlandse afkomst		5 (55.56 %)
Antilliaanse afkomst		0 (0 %)
Surinaamse afkomst		3 (33.33 %)
Turkse afkomst		0 (0 %)
Marokkaanse afkomst		0 (0 %)
Anders, namelijk		1 (11.11 %)
n = 9 # 9		

Hoogst genoten opleiding

Basisschool		1 (11.11 %)
LTS		2 (22.22 %)
LHNO		0 (0 %)
Mavo/VMBO		3 (33.33 %)
Praktijkonderwijs		1 (11.11 %)
HAVO		0 (0 %)
VWO		0 (0 %)
MBO		2 (22.22 %)
HBO		0 (0 %)
WO		0 (0 %)
Anders namelijk:		0 (0 %)
n = 9 # 9		



Alle respondenten hebben de diagnose DM gekregen voordat zij waren gedetineerd in de huidige PI van verblijf. Zes van de negen respondenten hebben informatie over DM gekregen van hun eigen huisarts of praktijkondersteuner (POH). Drie respondenten gaven aan dat zij informatie over DM hadden gekregen, omdat zij familieleden met DM hebben. Deze drie respondenten schrokken niet na het horen van de diagnose DM. Twee van de respondenten die daarvoor echter niet bekend waren met DM, schrokken wel van de diagnose DM.

Alle respondenten vinden dat zij voldoende informatie tot hun beschikking hebben om goed om te kunnen gaan met hun DM. Na doorvragen bleek echter dat drie respondenten meer willen weten over voeding bij DM.

Een aantal uitspraken:

“Ik weet niet wat ik moet eten, want dat weet ik buiten detentie ook niet.”

“Verpleging heeft standaard informatie over voeding bij diabetes. Echter krijg je hier geen uitleg bij.”

“Ik zou wel wat meer willen weten over voeding en het aanvragen van aangepaste voeding. Ik merkte dat het er in PI Zwaag ook niet was of dat het niet bekend was.”

Risico's op het ontwikkelen van hypo- of hyperglykemie waren volgens de respondenten, veel stress, slecht eten/veel suikers in de voeding en zoete dingen eten. Duizeligheid, zweten, een droge mond, oogproblemen, wondjes aan de voeten en poly-urie worden door alle respondenten genoemd als de meest voorkomende complicaties bij DM.

Het voorkomen van deze complicaties worden de volgende maatregelen genoemd: Een regelmatig voedingspatroon, veel bewegen en op tijd gaan slapen. Eén respondent noemt naast het voorkomen van stress ook het letten op de vetten in de voeding.

Zelfmanagement in detentie

Het begrip “zelfmanagement” is geoperationaliseerd in 23 items uit het gevalideerd meet-instrument DMSES. De resultaten van deze items zijn hieronder samengevat, ter verduidelijking ondersteund met een staafdiagram en aangevuld met resultaten die uit de interviews naar voren zijn gekomen.

Alle respondenten benoemen de jaarlijkse en 3-maandelijkse controleafspraken als onderdeel van de behandeling bij DM. Drie respondenten geven aan dat zij buiten detentie deze controleafspraken na de eerste keer niet meer zijn nagekomen. Hiervoor worden als redenen gegeven; een gebrek aan tijd en meerdere detenties die reguliere afspraken belemmeren.

Zes respondenten zijn tevreden over de zorg binnen detentie. Zij ervaren de controleafspraken van een zelfde niveau als buiten detentie. Daarnaast ervaren zij een snelle verstrekking van medicatie en materialen, zoals insulinepennen, orale antidiabetica, prikclancetten en bloedglucose test trips. De drie overige respondenten zijn minder tevreden over de zorg in detentie. Zij ervaren een beperking in de toegankelijkheid naar de medische dienst.

Een tweetal uitspraken:

“Ik kan niet goed voor mijzelf zorgen. Ik ben afhankelijk van de bewaking en verpleegkundigen.”

“Ik krijg mijn medicijnen en klaar is Kees, er is geen gelegenheid voor andere zorg.”



Alle respondenten hebben kort na binnenkomst in de PI een gesprek met een justitieel geneeskundige gehad. Bij vier respondenten is binnen drie maanden een aanvullend bloedonderzoek uitgevoerd. De respondenten geven allen aan behoefte te hebben aan inzicht in hun bloedglucosewaarden en overige laboratoriumwaarden.

Alle insuline afhankelijke respondenten hebben binnen detentie de beschikking over een bloedglucosemeter die zij in eigen beheer hebben. Eén respondent was verplicht om een ander merk bloedglucosemeter te gebruiken, waarvan hij niet goed wist hoe deze te gebruiken. Het niet kunnen gebruiken van een eigen bloedglucosemeter wordt door vier respondenten als belemmering benoemd.

De beschikbaarheid van druivensuiker, de mogelijkheid tot het verkrijgen van andere voedingsmiddelen buiten het reguliere aanbod en een diabetesdagboekje worden als noodzakelijke behoeften gezien ter ondersteuning van zelfmanagement binnen detentie. Vijf respondenten voelen zich zeker wel in staat om hun bloedglucose te kunnen controleren als dat nodig is. Vier respondenten achten zich zeker wel in staat om een te hoge bloedsuiker te verhelpen. In de interviews wordt de mogelijkheid tot beweging als voornaamste reden hiervoor genoemd.

Ik denk dat ik in staat ben een te hoge bloedsuiker te verhelpen.



Opvallend is dat slechts één respondent zich zeker in staat acht tot het verhelpen van een te lage bloedglucosewaarde. Vijf respondenten ervaren onvoldoende mogelijkheden om een te lage bloedglucosewaarde op een adequate manier te verhelpen of te voorkomen. Een ander voedingspatroon, onvoldoende financiën, de invloed van stress en de rechterlijke maatregel “in beperkingen zitten” worden als redenen genoemd.

Een aantal uitspraken:

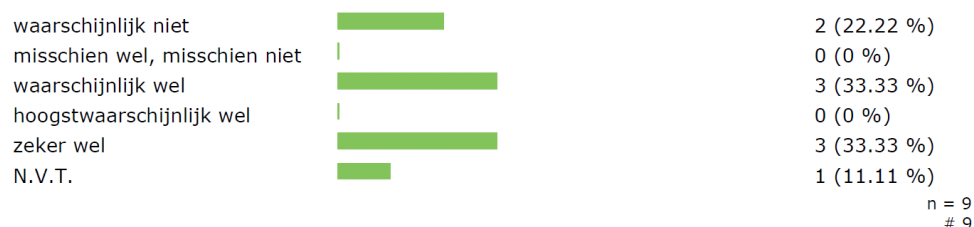
“Ik moest wel erg wennen aan het feit dat ik een warme maaltijd tussen de middag kreeg en niet meer 's avonds.”

“In mijn privé leven thuis had ik het goed op de rit.”

“Ik ben soms bang, want ik weet niet of ik teveel of te weinig insuline gebruik voor het slapen gaan.”

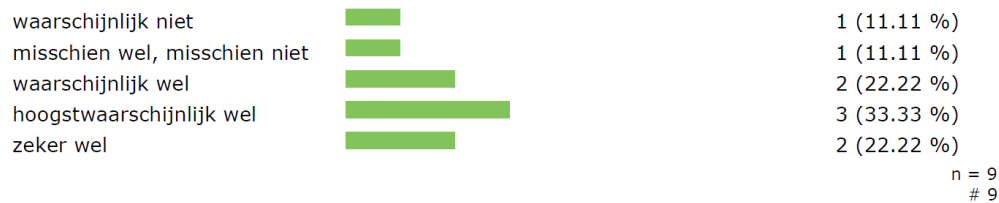
Alle acht respondenten met DM type 2, vinden zichzelf in staat om orale antidiabetica in te nemen, volgens voorschrift van de arts. Zes respondenten vinden zichzelf in staat tot de dosering tabletten aan te passen als zij ziek zijn. Twee respondenten vinden dat zij niet in staat zijn om hun DM tijdens ziekte te managen door de dosering tabletten aan te passen. Zeven respondenten vinden zichzelf in staat tot het controleren van de voeten op wondjes.

Ik denk dat ik in staat ben om mijn dosering tabletten aan te passen, wanneer ik ziek ben.



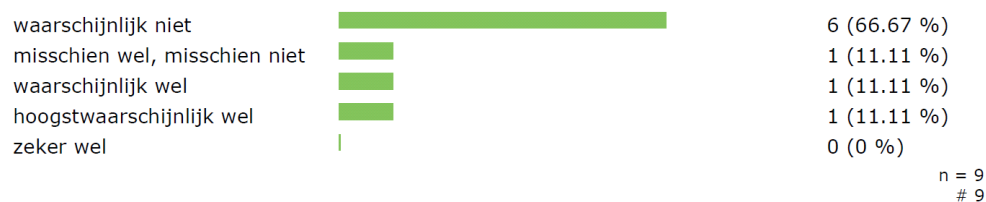


Ik denk dat ik in staat ben om zelf mijn voeten op wondjes te controleren.

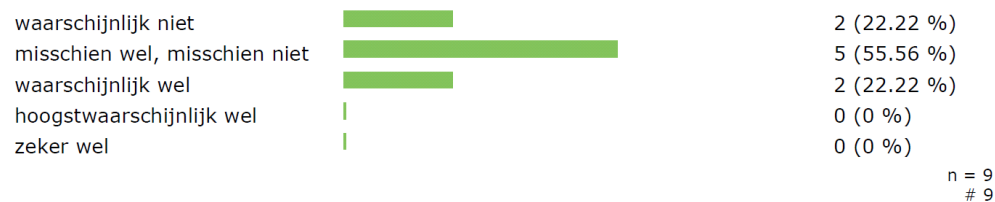


Zes respondenten vinden zichzelf niet in staat zijn om hun DM tijdens ziekte te managen door de voeding aan te passen. Twee respondenten denken in staat te zijn om zelf hun gewicht onder controle te houden.

Ik denk dat ik in staat ben om mijn voeding aan te passen, wanneer ik ziek ben.



Ik denk dat ik in staat ben om zelf mijn gewicht onder controle te houden.



Op de vraag of de respondenten behoefte hebben aan contact met een diëtist, geven zeven respondenten aan dat zij dat als meerwaarde zien. Drie respondenten hebben geen behoefte aan contact met een diëtist. Als redenen wordt gegeven dat recent contact is geweest met een diëtist buiten detentie en hieraan geen behoefte is.

Een aantal uitspraken:

“Ik heb veel geleerd van de diëtist en ben daarover tevreden. Het zou goed zijn er een diëtist ook binnen detentie benaderbaar zou zijn.”

“Ik zou graag informatie/advies willen krijgen over voeding binnen detentie. Ik denk dat het een meerwaarde zou hebben voor diabetes.”

“Ik ben buiten bekend bij een diëtist. Ik heb goede adviezen gekregen over hoeveelheden vis/groente/fruit etc. per dag. In mijn situatie is een diëtist niet echt nodig tijdens detentie. Ik denk wel degelijk dat het van belang is voor mensen die nog erg veel moeite hebben met regulatie van hun bloedsuikers.”



Zes respondenten geven aan onvoldoende financiële middelen te hebben om hun DM goed te kunnen managen. Uit de interviews blijkt dat met eigen financiële middelen zoetjes of light producten moeten worden aangeschaft indien men dit wenst. Dit wordt dan ook als een knelpunt ervaren in hun mogelijkheden tot zelfmanagement.

Heeft u genoeg financiële middelen om de kosten die het hebben van diabetes met zich meebrengt te dekken?



Een tweetal uitspraken:

“Ik heb een beperkt budget om extra of andere voedingsmiddelen te kopen.”

“Je moet heel veel trucjes doen om aan de dingen te komen die je nodig hebt.”

Invloed van detentie

Nadelen van detentie:

Zeven respondenten geven aan dat stress van invloed is op hun DM. Het niet beschikken over eigen medicatie en controlemiddelen op een (politie)cel in combinatie met stress leidt tot een onregelde bloedglucose. Dit geldt voor zowel de respondenten met als zonder insuline gebruik.

In de eerste week na binnenkomst in de PI hebben vier respondenten ervaren dat hun bloedglucose onregelde raakte. Twee respondenten benoemen de rechtelijke maatregel “beperkingen” van invloed om bij lichamelijke klachten in contact te komen met medische hulp.

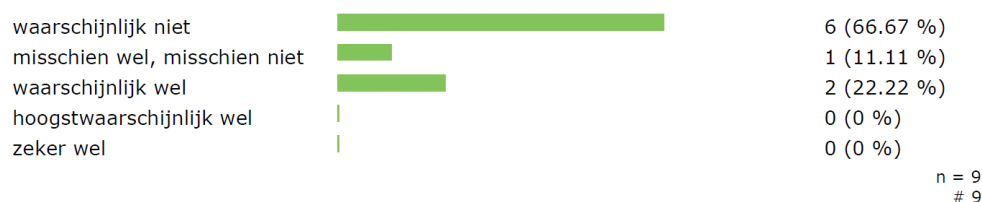
Een tweetal uitspraken:

“Ik vind het erg vervelend dat ik geen eigen middelen (medicatie en bloedglucosemeter) mocht meenemen op cel.”

“Ik had een hypo, maar was een aansteller volgens de PIW-er. Ik voelde mij niet gehoord.”

Het tijdstip van arriveren in een PI hangt samen met het verkrijgen van de juiste zorg. Buiten kantoortijden hebben drie respondenten klachten ondervonden die gerelateerd zijn aan een te lage of te hoge bloedglucosewaarde. Zij kregen bij binnenkomst vanaf het politiebureau geen of de verkeerde medicatie verstrekt. Tevens vinden zes respondenten dat zij niet in staat zijn om bij spanning of stress hun voeding aan te passen.

Ik denk dat ik in staat ben om bij spanning of stress mijn voeding aan te passen.





Een tweetal uitspraken:

"Ik kon dit niet afstemmen met mijn voeding, dus ik gebruikte jam om lage bloedsuikerwaardes te verhelpen."

"Ik adviseer een diabetesmenu samen te stellen voor mensen die binnenkomen met diabetes."

Voordelen van detentie:

Drie respondenten ervaren de invloed van detentie als positief, omdat de complicaties en wisselende omstandigheden binnen detentie hen bewust maakt van het belang van een goede zelfregulatie. Tevens wordt de dagelijkse structuur binnen detentie als positief punt beschouwd.

Een tweetal uitspraken:

"Gedetineerd zijn heeft ook voordelen. Je gaat op tijd naar bed, let meer op je voeding. Buiten lette ik er eigenlijk nooit op, ik werkte gewoon door."

"Detentie heeft mijn ogen wel geopend, ik heb nu de tijd en rust om na te denken over de dingen die belangrijk zijn zoals familie, vrienden en gezondheid. Ik word buiten detentie geleefd door mijn werk."

Voeding en beweging

Vier van de negen respondenten vinden zichzelf niet in staat om zelf de juiste voeding te kiezen voor het reguleren van hun DM. Genoemd wordt dat er geen onderscheid is in het aanbod van voedingsmiddelen voor gedetineerden met of zonder DM. De beschikking over enkel koolhydraatrijke voedingsmiddelen wordt een belemmering genoemd. Met name is dit in de eerste week van grote invloed op het reguleren van DM.

Alle respondenten hebben de voedingsmiddelen uit het inkomstenpakket als beperkend en belemmerend ervaren. De dagelijkse verstrekking van broodbeleg wordt eveneens als beperkt ervaren. Genoemd wordt dat er standaard geen zoetjes beschikbaar zijn en geen keuze in light- of dieetproducten gemaakt kan worden.

Ik denk dat ik in staat ben om zelf de juiste voeding voor mijn diabetes te kiezen.

waarschijnlijk niet		4 (44.44 %)
misschien wel, misschien niet		1 (11.11 %)
waarschijnlijk wel		4 (44.44 %)
hoogstwaarschijnlijk wel		0 (0 %)
zeker wel		0 (0 %)
		n = 9
		# 9

Een aantal uitspraken:

"Ik mis hier dat ik mijn eigen voeding kan kiezen voor mijn diabetes."

"Tijdens de inkomstenprocedure is te weinig rekening gehouden met mijn diabetes. Ik kreeg te weinig eten en te zoet. Ik had graag wat hartiger beleg willen hebben."

"Bij de weekafgifte kun je een aantal artikelen bestellen; pindakaas, suiker etc. Ik mis hierin de hartige artikelen. Via een medegedetineerde krijg ik inmiddels smeerkaas in ruil voor zoetigheid."

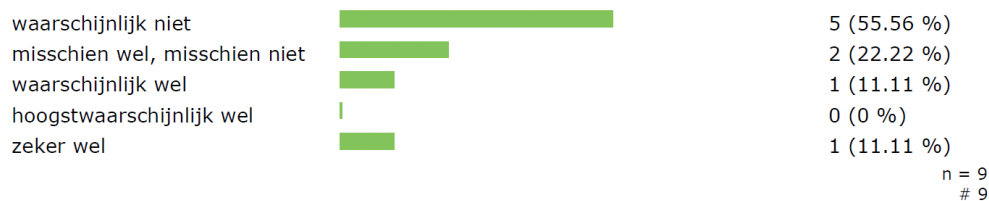


Vier respondenten vinden zichzelf niet in staat om voldoende variatie aan te brengen in hun voeding. Eén respondent merkt op dat de mogelijkheid tot zelfstandig koken bijdraagt aan een gevarieerde voeding.

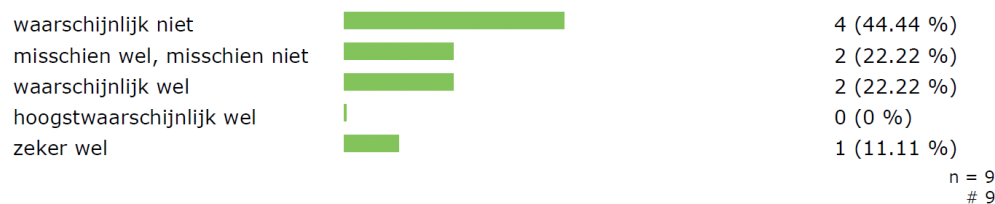
Twee respondenten krijgen vanwege religieuze redenen dagelijks een koosjere maaltijd verstrekt. Zij ervaren dat dit aanbod van voedingsmiddelen beter aansluit op het reguleren van hun DM. Met name de verstrekking van plantaardige voedingsmiddelen zoals soja producten wordt als voordeel genoemd.

Twee respondenten vinden zichzelf wel in staat om zich aan hun voedingsvoorschriften te houden. Indien voeding zal moeten worden afgestemd op extra lichaamsbeweging, voelen vier respondenten zich hiertoe niet in staat.

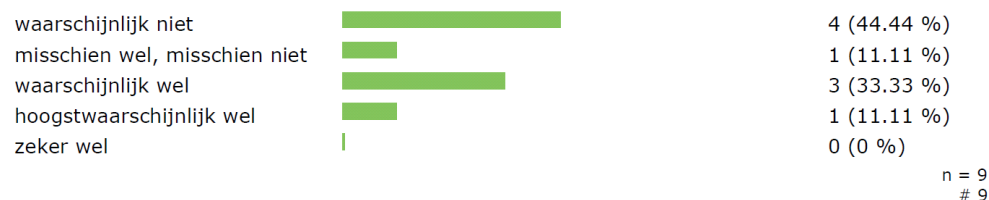
Ik denk dat ik in staat ben om mij meestal aan mijn voedingsvoorschriften te houden.



Ik denk dat ik in staat ben om zelf in mijn voeding variatie aan te brengen.



Ik denk dat ik in staat ben om mijn voeding, als dit nodig is, aan te passen, wanneer ik extra lichaamsbeweging neem.



Een aantal uitspraken:

“We hebben hier niet goed afgestelde voeding. Zoals ik thuis eet, eet ik beleg kaas, rookvlees, magere ham, af en toe wat hagelslag. Hier sla je de plank volledig mis.”

“Het enige wat ik anders zou willen zien is dat er een verandering in de dagvoeding plaatsvindt. Met name hartig beleg, meer groente en minder aardappels en zoetjes in plaats van de vele koolhydraten en suikers in de voeding.”

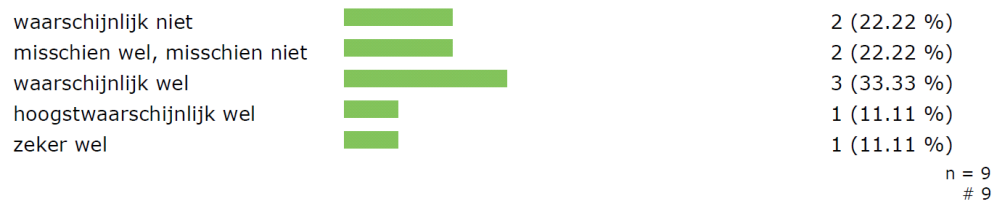
“Vleeswaren bestaat hier uit varkensvlees en kaas is 48+. Ik vind dit eigenlijk geen keuze.”

Het aanbod van bewegingsmogelijkheden hangt sterk af van het regime binnen de PI waar de respondent verblijft. Binnen PI Amerswiel ervaren drie respondenten meer bewegingsvrijheid naast het reguliere bewegingsaanbod.

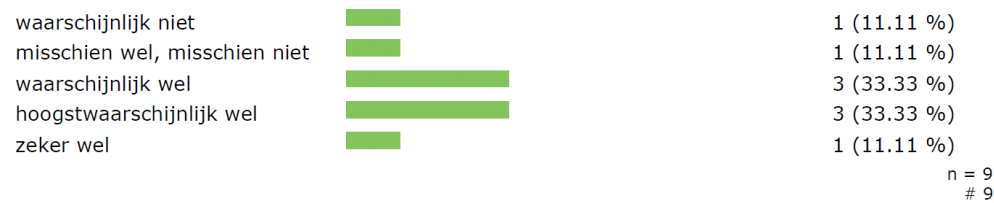
Twee respondenten ervaren de bewegingsmogelijkheden als zeer beperkt, door de rechtelijke maatregel “beperkingen”. Twee respondenten zijn naast hun DM bekend met COPD dat invloed heeft op de mogelijkheden tot inspanning en beweging. Acht respondenten zijn tevreden met het reguliere aanbod van bewegingsmogelijkheden. Drie respondenten hebben aangegeven gebruikt te maken van de aangeboden bewegingsmogelijkheden.



Ik denk dat ik in staat ben om zelf te zorgen voor voldoende lichaamsbeweging.



Ik denk dat ik in staat ben om aan extra lichaamsbeweging te doen, wanneer dit door de arts wordt geadviseerd.



Een aantal uitspraken:

“Je kunt hier in PI Amerswiel de hele dag lopen als je dat wilt. In een huis van bewaring kun je maar een uur luchten per dag en 1 à 2 maal per week sporten.”

“Ik vind dat ik hier voldoende beweging krijg. Ik werk in de linnenkamer en kan zo nu en dan naar de fitnessruimte.”

4.2 Beleving van interview

Alle gedetineerden die hebben deelgenomen aan het onderzoek waren zeer tevreden over het interview. De gedetineerden gaven aan het interview leuk en nuttig te vinden. Een aantal gedetineerden noemden expliciet dat zij het op prijs stelden dat er niet naar de reden van detentie werd gevraagd.



5. Conclusie

Hieronder zal worden weergegeven welke conclusies uit het literatuur- en praktijkonderzoek zijn getrokken. De conclusies geven antwoord op de onderzoeksvraag: “Welke bijdrage kan de diëtist leveren in de zorg aan gedetineerden met DM om hun zelfmanagement te optimaliseren?” De conclusies zijn gebruikt voor het bijstellen van de werkinstructie ‘diabetes mellitus’ te raadplegen in Bijlage VI.

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat een diëtist binnen detentie onmisbaar is en een constructief aandeel dient te hebben in het verlenen van multidisciplinaire diabeteszorg ter bevordering van zelfmanagement bij gedetineerden met DM. Ondersteuning van een diëtist in detentie wordt geprefereerd om veranderde omstandigheden, zoals de invloed van stress en veranderde bewegings- en voedingspatroon te bespreken. Echter is een signaleerd knelpunt dat een diëtist niet wordt betrokken in de zorg aan gedetineerden met DM. Dit resulteert in onduidelijkheden in de gegeven informatie en biedt gedetineerden onvoldoende inzicht en mogelijkheden tot zelfmanagement.

Voedingsadvies en inzicht in het eigen voedingspatroon bij DM zijn een integraal onderdeel van een multidisciplinaire aanpak in een PI. Een combinatie van voorlichting, interdisciplinaire communicatie en monitoring van voedselinname helpt gedetineerden met DM in het begrijpen van hun medische- en voedingsbehoeften. Het kan tijdens en na detentie helpen de regulatie van DM te vergemakkelijken. Voedingsadvies aan gedetineerden met DM wordt dan ook beschouwd als een essentieel onderdeel van zelfmanagement. Effectiviteit van zelfmanagement bij mensen met DM (zowel type 1 en 2) is eveneens wetenschappelijk aangetoond.

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat gedetineerden de meeste problemen ervaren op voedingsgebied om tot een goede zelfmanagement te komen. Een signaleerd knelpunt is het voedingsaanbod direct na binnenkomst in een PI. Het voedingspakket dat bij binnenkomst in een PI wordt verstrekt is eenzijdig en koolhydraatrijk. Insuline afhankelijke gedetineerden ervaren moeite in het afstemmen van hun insuline op de veranderde omstandigheden en aangeboden voedingsmiddelen, waardoor bloedglucosewaarden destabiliseren. Alle gedetineerden met DM wensen een ruimere keus op voedingsgebied, zoals hartig, mager broodbeleg en dieet- of lightproducten. Dit sluit aan op het voedingspatroon dat zij gewend zijn buiten detentie, dat volgens voorschrift van de diëtist en/of POH is opgesteld. Het helpt hen om de bloedglucosewaarden te reguleren, waardoor zelfmanagement wordt bevorderd.

De missie van DJI stelt dat naast vergelding, preventie, resocialisatie, ook de zorgtaak belangrijk is. Een succesvolle behandeling in zorg leidt tot een positievere attitude en gedetineerden keren terug met een betere gezondheidstoestand in de maatschappij wat de kans op recidive verkleint. Resultaten uit het praktijkonderzoek ondersteunt deze theorie, omdat structuur en regelmaat binnen detentie als positief wordt ervaren en bijdraagt aan de gezondheid van gedetineerden met DM.

Zorgprofessionals werkzaam binnen detentie dienen echter bedacht te zijn op mogelijke beperkingen bij gedetineerden. Beperkingen kunnen zich uiten in het anders presenteren van lichamelijke klachten, weinig bewegen, veranderde en andere voedingsgewoonten, sociale en psychische problemen, cultuur en religie, gebrek aan DM gerelateerde sociale ondersteuning en leven in armoede. Deze aandachtspunten hebben duidelijke overeenkomsten met resultaten uit het praktijkonderzoek. Gedetineerden met DM ervaren ondanks de verschillen in opleidingsniveau en kennis van DM overeenkomstige beperkingen in hun mogelijkheden tot zelfmanagement. Detentie gaat namelijk gepaard met onzekerheid, spanning en stress. Het niet beschikken over eigen medicatie en controlemiddelen in combinatie met een veranderd voedingspatroon en stress leidt vaak tot ontregelde bloedglucosewaarden. Een rechtelijke maatregel zoals ‘beperkingen’ beperkt een gedetineerde met DM ook in de toegankelijkheid tot (acute) zorg. Zij zijn nog meer dan



andere gedetineerden afhankelijk van de inschatting van de PIW-er. Dit is van grote invloed op de keuzevrijheid, waardoor de mogelijkheden tot zelfmanagement nog beperkter zijn.



6. Discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden eerder beschreven conclusies in een breder perspectief geplaatst. Vervolgens vindt methodologische verantwoording plaats en wordt de validiteit en de betrouwbaarheid van het uitgevoerde onderzoek nader beschouwd. Tot slot wordt de generaliseerbaarheid van het onderzoek besproken en worden aanbevelingen voor het werkveld gedaan.

Discussie

Het raadzaam om in te zetten op een constructieve samenwerking met een diëtist, waarbij justitieel geneeskundigen en verpleegkundigen worden geïnstrueerd over de toegevoegde waarde van een diëtist. De bereidwilligheid in toegeleiding naar de diëtist kan hiermee worden vergroot en draagt bij aan de profilering van de diëtist in detentie. Echter hanteert DJI volgens het Vademecum Medische Verstrekkings 2014 een vergoeding van 60 minuten dieetadvies voor gedetineerden met DM. Dit is tekort om gedragsverandering en therapietrouw als onderdeel van zelfmanagement te bewerkstelligen. Daarnaast is het vreemd dat vier maanden zal moeten worden afgewacht tot een vervolgconsult dieetadvies van 30 minuten kan worden verleend, wat in het geding is met de continuïteit van diabeteszorg. In de Artsenwijzer wordt een langere behandeltime gehanteerd. De behandeltime van een diabetespatiënt met een enkelvoudige diagnose (behandelniveau 2) bedraagt volgens de artsenswijzer 5 uur en bij een meervoudige diagnose (behandelniveau 3) 7,5 uur (NVD, 2015).

De persoonsgerichte benadering van gedetineerden is één van de pijlers van een modern gevangeniswezen. Aan zorgprofessionals van de medische dienst is het de taak om in kaart te brengen of de gedetineerde al medische of psychische zorg ontvangt die in detentie moet worden voortgezet. Op het gebied van 'health promotion' wordt door zorgprofessionals in detentie het bezwaar geuit dat investeren in chronische zorg bij gedetineerden voelt als het spreekwoord "water naar de zee dragen". Een groot deel van de gedetineerden is laag opgeleid en valt in de categorie zorgmijders. Het is voor hulpverleners, zowel binnen als buiten detentie, moeilijk om deze groep te bereiken en te motiveren tot zelfmanagement. Uit onderzoek van Nivel (Brink *et al.*, 2004) blijkt dat zelfs buiten detentie gemiddeld 30% van de patiënten een medisch advies niet of niet op de juiste wijze opvolgt. Dit gemiddelde loopt op tot 50% bij medicamenteuze behandeling van een chronische ziekte zoals DM.

Redman (2005) veronderstelt dat patiënten met een lagere sociale status, lagere intelligentie, co-morbiditeit of eenzaamheid worden gezien als minder geschikt voor zelfmanagement. De in Nederland ontwikkelde interventies voor diabetespatiënten staan nog in de kinderschoenen en lijken minder geschikt en sluiten minder goed aan bij mensen met een laag opleidingsniveau. De vaardigheden tot zelfmanagement zullen met een aanpassing aan culturele waarden en gezondheids-vaardigheden waarschijnlijk verbeteren (Fransen, Harris & Essink-Bot, 2013). Maar hoe kunnen gedetineerden met DM in staat zijn tot een goede zelfmanagement als zij onvoldoende mogelijkheden hiertoe krijgen? Recente ontwikkelingen zoals het alleen bij goed gedrag kunnen promoveren naar een plusprogramma of het geplaatst worden in een sober regime, zal mogelijk in de nabije toekomst leiden tot meer frictie. Enerzijds kan dan geconstateerd worden dat het toegeleidingssysteem op gespannen voet staat met het equivalentiebeginsel. Anderzijds mag rekening gehouden worden met de invloed van detentie en de beperkingen die dit met zich meebrengt.

Het systeem van toegeleiding staat of valt met de kwaliteiten van de justitieel verpleegkundige die is belast met de toegeleidingsfunctie. Het geven van ruimte aan emotionele noden en wensen van de gedetineerden en het toepassen van motiverende gesprekstechnieken kunnen de doorslag geven bij het bepalen van het behandelingssucces (Silverman, Kurtz & Draper 2006). Zorgprofessionals die een rol hebben in dit toegeleidingssysteem moeten zich echter bewust zijn van de rol die zij daarin spelen en de kennis en kunde die zij bezitten en de beperkingen daarvan.



Justitieel verpleegkundigen dienen zich niet door het systeem gedwongen te voelen om verantwoordelijkheden op zich te nemen die niet bij hen horen te liggen. Belangrijk hierin is dat zij problemen in zelfmanagement van gedetineerden met DM tijdig signaleren en hen wijst op de mogelijkheid tot het consulteren van een diëtist. Een keerzijde is echter dat de diëtist op de hoogte dient te zijn van het klimaat in detentie en de beperkingen onderkennen die gedetineerden ervaren in hun mogelijkheden tot zelfmanagement.

Methodologische verantwoording

Het onderzoek dat is uitgevoerd kent enige beperkingen. De factoren die vertekening van de resultaten kunnen geven zijn hieronder weergegeven.

De meeste geselecteerde artikelen in het literatuuronderzoek zijn afkomstig uit Amerikaans onderzoek. Verschillen in het rechtssysteem tussen Nederland en Amerika maken de Amerikaanse onderzoeken niet geheel vergelijkbaar met het Nederlands detentieklimaat (Prisonlaw, 2014).

De beschikbare artikelen die in het literatuuronderzoek zijn gebruikt verschillen in kwaliteit. Er zijn maar weinig randomized controlled trials en systematic reviews gepubliceerd, terwijl deze het hoogst in de piramide van bewijs staan (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2008). Mogelijk ligt hieraan ten grondslag dat de doelgroep onvoldoende is onderzocht. De gebruikte zoekstrategie is in bijlage I uitgebreid weergegeven. Hierin is inzichtelijk gemaakt dat in verschillende zoekmachines relatief gezien weinig resultaten naar voren kwamen met zoektermen gekoppeld aan de doelgroep gedetineerden.

Tijdens de zoektocht is dan ook voor een groot deel gebruik gemaakt van cross referenties, zodat artikelen werden gevonden die toch bruikbaar waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Een kritische noot is dat mede hierdoor artikelen zijn gebruikt die een publicatiedatum hebben van meer dan tien jaar geleden, mits er geen recentere studie met een vergelijkbaar onderwerp beschikbaar was. Desondanks is de onderzoeker van mening dat het literatuuronderzoek waardevol kan zijn, omdat de gevonden artikelen zijn gebundeld tot een geheel en kan worden gezien als een overzichtelijke review. De best beschikbare informatie over zelfmanagement bij gedetineerden met DM is op deze manier gemakkelijk in één overzicht te raadplegen en geeft een goed beeld van de huidige ontwikkelingen.

De interviews ten behoeve van het praktijkonderzoek zijn tijdens afname van het interview uitgeschreven, omdat opnameapparatuur in een PI vanwege veiligheidsredenen niet is toegestaan. Hiermee wordt voorkomen dat delict gevoelige informatie naar buiten kan worden gebracht of anderszins schade wordt berokkend aan de PI en zijn gedetineerden. Om vertekening tegen te gaan heeft dezelfde justitieel verpleegkundige tijdens afname van de interviews de antwoorden van respondenten direct uitgeschreven in de topiclijst. Door de onderzoeker is tijdens afname van de interviews eveneens meegeschreven, waarbij belangrijke citaten werden genoteerd.

Het werven van gedetineerden voor deelname aan de interviews is complex en tijdrovend. Zonder contactpersonen binnen het werkveld van DJI is het bijzonder moeilijk om met gedetineerden in contact te komen en hen te benaderen voor deelname aan een kwalitatief onderzoek. Omwille van veiligheidseisen en privacy is de selectie van gedetineerden met DM in PI Amerswiel en PI Haarlem niet door de onderzoeker zelf, maar door een justitieel verpleegkundige aldaar uitgevoerd. Bij een groter tijdsbestek hadden er mogelijk meerdere respondenten in het onderzoek kunnen worden betrokken. Tevens is er mogelijk sprake van selectiebias, omdat alleen Engels of Nederlands sprekende gedetineerden met DM werden betrokken in het onderzoek. Aannemelijk is dat de invloed van een taalbarrière en cultuurverschillen rondom zelfmanagement bij DM in detentie onderbelicht zijn gebleven.

Een ander punt van aandacht is dat dit onderzoek is uitgevoerd bij drie verschillende inrichtingen, waarvan PI Amerswiel een minder beperkend regime hanteert dan PI Haarlem en PI Zwaag. De laatste twee PI's, hebben het regime HvB waarbij gedetineerden in



afwachting zijn van hun strafproces. PI Amerswiel hanteert verschillende regimes, waarbij er meer mogelijkheden zijn tot activiteiten gericht op de terugkeer in de maatschappij.

De regimes binnen PI Amerswiel zijn: Gevangenis, HvB, Beperkt Beveiligde Inrichting (BBI), BBI+ en Zeer Beperkt Beveiligde Inrichting (ZBBI). Mogelijk dat dit de resultaten rondom de invloed van detentie op zelfmanagement van gedetineerden met DM vertekent, ondanks dat de resultaten uit de interviews wel overeenstemmen. Daarnaast zijn alleen mannelijke gedetineerden met DM betrokken in het onderzoek, waardoor de resultaten beperkt generaliseerbaar zijn en ertoe leidt dat de externe validiteit van dit onderzoek klein is.

Tot slot dient te worden vermeld dat de interviews zijn afgenomen door een onervaren interviewer, waardoor de respondent de vraag mogelijk anders geïnterpreteerd kan hebben dan dat hem gesteld werd. Volgens de literatuur van Grit (2011) is getracht de resultaten uit het literatuuronderzoek toe te passen in het praktijkonderzoek. Echter vergt dit enige ervaring van de onderzoeker. Naarmate meer interviews werden afgenomen, werd beter op de antwoorden van de respondenten ingespeeld.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten uit het onderzoek is de aanbeveling om diabeteszorg in detentie gelijkwaardig te maken aan diabeteszorg buiten detentie, waarbij veelal sprake is van een gecoördineerde ketenzorgconstructie. Dit zal bijdragen aan de continuïteit van zorg, zonder dat dit door een periode van detentie wordt onderbroken. Tevens is het dringende advies om het aanbod van voedingsmiddelen in het inkomstenpakket kritisch te beoordelen op volwaardigheid en geschiktheid voor gedetineerden met DM. Dit draagt bij aan patiëntveiligheid en zal leiden tot kostenreductie.

Een andere aanbeveling is om een diëtist constructief te betrekken in het adviseren en voorschrijven van (dieet)maaltijden voor gedetineerden met DM, afgestemd op de omstandigheden in detentie. In het mantelcontract met Sodexo is immers vastgelegd dat een dieet enkel mag worden voorgeschreven op basis van een medische indicatie, voorgeschreven door diëtisten, welke onderdeel vormen van de medische dienst van een DJI locatie. Constructief overleg met Sodexo en afstemming van dieetadviezen met justitieel verpleegkundigen, draagt in positieve zin bij aan de kwaliteit en continuïteit van diabeteszorg. Deregulatie van DM en complicaties op de korte en lange termijn worden hiermee voorkomen.

Tijdens dit onderzoek is gebleken dat weinig onderzoek is gedaan naar de beleving van gedetineerden rondom de verstrekking van voeding binnen detentie. In een vervolgonderzoek is het raadzaam om te onderzoeken of verschillen bestaan in hoe gedetineerden met DM en gedetineerden zonder een (chronische) ziekte, de verstrekking van voedingsmiddelen beleven. Aan dit onderzoek hebben negen gedetineerden meegewerkt. Om meer consistentie in de resultaten te verkrijgen, is het beter om het aantal respondenten te vergroten. Ondanks dat de resultaten gelijkenis vertonen, zal een grotere deelname van respondenten leiden tot meer variatie.

Voor een volgend onderzoek wordt aanbevolen om verschillende PI's mee te laten doen aan het onderzoek. Het advies is om zowel justitieel geneeskundigen als verpleegkundigen erbij te betrekken. Door deze zorgprofessionals bij het onderzoek te betrekken zal een minder eenzijdig beeld van zelfmanagement bij DM worden gevormd en kan worden onderzocht in hoeverre zij zelfmanagement bij gedetineerden met DM stimuleren. Wanneer gedetineerden met DM immers meer zelf doen, kunnen zij meer inzicht krijgen in het zorgproces. Volgens dit onderzoek kan dit leiden tot een betere zelfmanagement bij DM.



Literatuurlijst

American Diabetes Association. (2012). Diabetes management in correctional institutions. *Diabetes care*, 35 (Supplement 1), S87-S93.

Arkesteyn, S., Tomassen, G. & Idema K. (2012). *Werken aan Zelfmanagement met een individueel zorgplan bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden*. Op internet: http://www.vitalevaten.nl/uploads/media/Werken_aan_zelfmanagement_bij_mensen_met.pdf. Geraadpleegd op 18 november 2014.

Baan, C.A. & Kranen, H.J., van. (2009). *Welke factoren beïnvloeden de kans op Diabetes Mellitus?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Bijl, J.J., van der, Poelgeest-Eeltink, A. van, & Shortridge-Baggett, L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 352-359.

Binsbergen, M.H., van. (2003). *Motivatatie voor behandeling: ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële setting*. Antwerpen: Garant.

Boom, J., de, Wensveen, P. van, Hermus, P., Weltevrede, A. & San, M., van. (2012). *Marokkaanse Nederlanders 2012; De positie op de terreinen van onderwijs, arbeid en uitkering en criminaliteit (meting 3)*. Rotterdam: Risbo, Erasmus Universiteit.

Brake, J.H.M., te, Jongh, D.M., de, Bakker, D.H., de & Devillé, W.L.J.M. (2005). *De werkbelasting van de medische dienst in penitentiaire inrichtingen*. NIVEL.

Brink-Muinen, A. van den, et al. (2004). *Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken – resultaten van studies uitgevoerd in Nederland sinds 1990*, NIVEL.

Brink, C.L., van den, & Savelkoul, M., (2012). *Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Gezondheidszorg, A.G., & Dolder, D. (2009). Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, A634.

CBS, C.B. (2014). *Penitentiaire inrichtingen; aantal gedetineerden naar kenmerken*. Op internet: [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37264&D1=06&D2=0&D3=a&D4=0&D5=\(I-9\)-I&HD=090706-1319&HDR=G3,G1,G4&STB=T,G2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37264&D1=06&D2=0&D3=a&D4=0&D5=(I-9)-I&HD=090706-1319&HDR=G3,G1,G4&STB=T,G2). Geraadpleegd op 6 september 2014.

Ceelen, M., Dorn, T., Buster, M., Stirbu, I., Donker, G., & Das, K. (2012). Health-care issues and health-care use among detainees in police custody. *Journal of forensic and legal medicine*, 19(6), 324-331.

Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C. & Wagner, E.H. (2009). "Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium". Millwood: *Health Affairs*. 75-85.



Commissie van toezicht. (2014) *Onderwijs en vorming: Lichamelijke oefening en sport*. Op internet:
http://www.commissievan-toezicht.nl/dossiers/onderwijs_en_vorming_volwassenen/onderwijs_en_vorming/. Geraadpleegd op 22 november 2014.

Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J. & Kuiper C. (2008). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: LEMMA.

Deville, G. J., Sorbello, L., Eccleston, L., & Ward, T. (2005). Prison-based peer-education schemes. *Aggression and Violent Behavior*, 10(2), 219-240.

Diabetes UK Position Statement. (2005). *Prisons - Care of people with diabetes*. Op internet:
http://www.diabetes.org.uk/Documents/About%20Us/Prisons_care_PS.pdf. Geraadpleegd op 6 oktober 2014.

Dirkzwager, A., Nieuwbeerta, P., & Fiselier, J.P.S. (2009). Onbedoelde gevolgen van vrijheidsstraffen. Een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 51, 21.

DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen), afdeling Gezondheidszorg. (z.j.) *Visie op DJI brede gezondheidszorg*. Op intranet: Ministerie van Justitie. Geraadpleegd op 5 september 2014.

DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen), (2014). *Forensische zorg werkt*. Op internet:
<http://www.forensischezorg.nl/hoe-werkt-het/forensische-zorg-in-de-praktijk/zorginkoop-en-financiering/veelgestelde-vragen>. Geraadpleegd op 22 november 2014.

DJI (Dienst Justitiële inrichtingen), PI Zwaag. (2014). *Locatie P.I. Zwaag*. Op internet:
<http://dji.nl/Organisatie/Locaties/Penitentiaire-inrichtingen/PI-Zwaag/index.aspx>. Geraadpleegd op 6 september 2014.

DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen), raamovereenkomst Sodexo. (z.j.) *Voeding extra verstrekkingen*. Op intranet: Ministerie van Justitie. Geraadpleegd op 5 december 2014.

Drewes, H.W., Boom, J.H.C., Graafmans, W.C., Struijs, J.N., & Baan, C.A. (2008). Effectiviteit van disease management. *Een overzicht van de (internationale) literatuur*. [Effectiveness of disease management. An overview of the international literature.]. Bilthoven: RIVM.

Duijst, W.L.J.M., & Das, C. (2011). *Handboek forensische en penitentiaire geneeskunde*. Apeldoorn-Antwerpen: Maklu.

Fransen, M.P., Harris V. & Essink-Bot M.L. (2013). Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst- een tolk inzetten is vaak niet genoeg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157:A5581

Gonsalvesprijs.nl. (2013). *Modernisering Gevangeniswezen wint Mr. Gonsalvesprijs 2013*. Op internet: <http://www.gonsalvesprijs.nl/>. Geraadpleegd op 3 november 2014.

Grit R. (2011). *Projectmanagement*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Haas, L., Maryniuk, M., Beck, J., Cox, C.E, Duker, P., Edwards, L. et al. (2013). On behalf of the 2012 Standards Revision Task Force: National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care* 36 (Supplement1),S100–S108.



Houben - Herten, M., van. (2010). Diabetespatiënt is vaak wat ouder, man en te zwaar. *Webmagazine*, CBS, Op internet: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3077-wm.htm>. Geraadpleegd op 26 november 2014.

Jamieson, R. & Grounds, A.T. (2005) Release and adjustment: Perspectives from studies of wrongly convicted and politically motivated prisoners. In Liebling A. & Maruna S., *The effects of Imprisonment*, (pp. 33-65). Uffculme, Devon: William Publishing.

Justitie, Ministerie van. (2006). *Gezondheidszorgvisie DJI*. Den Haag: DJI.

Keers, J.C., Blaauwwinkel, E.E., Hania, M., Bouma, J., Scholten-Jaegers, S.M., Sanderman, R., & Links, T.P. (2004). Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 151-157.

Kelk C. (2000) *“Nederlands detentierecht”*, Gouda: Quint. pp. 235.

Kooiker, S., & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en gezondheid: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. RIVM rapport 010003005. Bilthoven: RIVM.

Krabbendam, R. & Nelissen, P. (z.j.). *Het gevangeniswezen vernieuwt: de ambities van het Programma Modernisering Gevangeniswezen*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; Ministerie van Veiligheid en Justitie.

KRO. (2014, 1 mei) De rekenkamer. Wat kost een gevangene? *KRO's Keuringsdienst van Waarde* [TV-uitzending]. Hilversum: KRO.

Laub, J.H. & Sampson, R.J. (2003). *Shared Beginnings, Divergent Lives: Delinquent Boys to Age 70*. Cambridge: Harvard University Press.

Levine, S. Z. (2011). Elaboration on the association between IQ and parental SES with subsequent crime. *Personality and Individual Differences*, 50(8), 1233-1237. Doi: 10.1016/j.paid.2011.02.016

Liebling, A., & Maruna, S. (2005). Introduction: the effects of imprisonment revisited. *The effects of imprisonment*, 1-29. Uffculme, Devon: Willan Publishing.

Møller, L., Gatherer, A., Jürgens, R., Stöver, H., & Nikogosian, H. (Eds.). (2007). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office Europe.

Moffitt, T. E. (1990). The neuropsychology of juvenile delinquency: A critical review. *Crime and justice: An annual review of research*, vol. 12, (pp.99-169). Chicago: University of Chicago Press.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Leefstijl*. Op internet: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/>. Geraadpleegd op 6 oktober 2014.

Niveau, G. (2007). Relevance and limits of the principle of “equivalence of care” in prison medicine. *Journal of medical ethics*, 33(10), 610-613.



NVD (Nederlandse Vereniging van Diëtisten) (2015). *Artsenwijzer Diëtetiek*. Op internet: <http://www.artsenwijzer.info/site/index.php?page=15&lg=nl>. Geraadpleegd op 10 januari 2015.

Perry, J., Bennett, C., & Lapworth, T. (2010). Management of long-term conditions in a prison setting. *Nursing Standard*, 24(42), 35-40.

Poortvliet, M.C., Schrijvers, C.T.M. & Baan, C.A. (2007). Diabetes in Nederland, Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst. Bilthoven: RIVM.

Prisonlaw. (2014). *Verenigde Staten*. Op internet: <http://www.prisonlaw.nl/landen/noord-amerika/verenigde-staten?showall=1&limitstart=>. Geraadpleegd op 22 oktober 2014.

Rademakers, J. (2013). *Kennissynthese de Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld*. (e-book). NIVEL.

Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. (e-book). NIVEL.

Redman, B.K. (2005). 'The Ethics of Self-Management Preparation for Chronic Illness'. *Nursing Ethics*, 12 (4): 360-369.

Rijksoverheid (2011). *Promotie-degradatiesysteem voor gedetineerden; Persbericht 04-06-2011*. Op internet: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/persberichten/2011/06/06/promotie-degradatiesysteem-voor-gedetineerden.html>. Geraadpleegd op 2 november 2014.

Schouten, L. (2012). *De samenhang tussen depressieve symptomen, eigen-effectiviteit*. Op internet: <http://www.beweegkuur.nl/documenten-2012/onderzoek/masterthese-linda-schouten-defpubl.pdf>. Geraadpleegd 18 november 2014.

Silverman, J., Kurtz, S. & Draper J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering*. Den Haag: Lemma.

Sluiter, A., Wijland, H., van, Arntzenius A., Bots A., Dijkhorst-Oei, L., Does, F., van der. *et al.* (2012). Landelijke Transmurale Afspraak Diabetes mellitus type 2. *Huisarts & Wetenschap*, 55(1), S1-12.

Teeven, F. (2011). *Brief Tweede Kamer over voortgang Programma Modernisering Gevangeniswezen*. Op internet: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brieven/2011/06/06/brief-tweede-kamer-over-voortgang-programma-modernisering-gevangeniswezen.html>. Geraadpleegd op 6 november 2014

Thoonen, E., Duijst, W. (2014). *Zorg ter voorkoming van overlijden in detentie*. Nederlands Juristenblad jaargang 89, nummer P. 1240-1248

Til, J.T. van, Wildt, J.E. de, Struijs, J.N. (2010). *De organisatie van zorggroepen anno 2010, Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren*. Rapport 260332001/2010 Bilthoven: RIVM.

Tummers, M.P. (2011). *Voeding ingeslotenen, Inspectierapport Themaonderzoek*. Op internet: <http://www.inspectiejeugdzorg.nl/documenten/inspectierapport%20forensisch%20centrum%20teylingereind.pdf>. Geraadpleegd op 2 december 2014.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (4^e ed.), Den Haag: Boom Lemma uitgevers.



(VNG) Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2011). Ministerie van Veiligheid en Justitie. *Samenwerkingsmodel Nazorg volwassen (ex-) gedetineerde burgers*. Op internet: http://www.hetccv.nl/binaries/content/assets/ccv/dossiers/nazorg-exgedetineerden/samenwerkingsmodel-vng_2011.pdf. Geraadpleegd op 19 oktober 2014.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), 64-78.

Watson, R., Stimpson, A., & Hostick, T. (2004). Prison health care: a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 41(2), 119-128.



BIJLAGE I: Zoekstrategie

Zoekstrategie: Pub.Med

Mogelijkheid 1: Het omcirkelde deel laat zien dat de zoektermen 'prison OR jail OR detention house' in verhouding met de andere zoektermen weinig hits oplevert.

History					Download history	Clear history
Search	Add to builder	Query	Items found	Time		
#15	Add	Search (((prison) OR jail) OR detention house) AND diabetes mellitus) AND (((detainees) OR prisoner) OR captive) OR jailed)	32	07:24:10		
#14	Add	Search (((detainees) OR prisoner) OR captive) OR jailed	23600	07:23:58		
#13	Add	Search diabetes mellitus	357127	07:23:32		
#12	Add	Search ((prison) OR jail) OR detention house	13934	07:23:06		

Zoekstrategie: Pub.Med

Mogelijkheid 2: Het omcirkelde deel laat zien dat de zoektermen 'prison OR jail OR detention house' in verhouding met de andere zoektermen weinig hits oplevert.

History					Download history	Clear history
Search	Add to builder	Query	Items found	Time		
#16	Add	Search ((((((prison) OR jail) OR detention house) AND diabetes mellitus) AND self management) AND (((detainees) OR prisoner) OR captive) OR jailed)	3	07:28:41		
#15	Add	Search (((detainees) OR prisoner) OR captive) OR jailed	23600	07:28:30		
#14	Add	Search self management	139572	07:28:06		
#13	Add	Search diabetes mellitus	357127	07:27:49		
#12	Add	Search ((prison) OR jail) OR detention house	13934	07:27:33		

Zoekstrategie: Cinahl

Mogelijkheid 3: Het omcirkelde deel laat zien dat de zoektermen 'prison OR jail OR detention house' in verhouding met de andere zoektermen veel hits oplevert.

Search History/Alerts

[Print Search History](#) | [Retrieve Searches](#) | [Retrieve Alerts](#) | [Save Searches / Alerts](#)

☐ Select / deselect all					Search with AND	Search with OR	Delete Searches
	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions			
☐	S11	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND self management	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,367)			
☐	S10	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,367)			
☐	S9	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees OR prisoners OR captive OR jailed	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (8,063)			
☐	S8	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees OR prisoners OR captive OR jailed	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (8,063)			
☐	S7	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees OR prisoners OR captive	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,983)			
☐	S6	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees OR prisoners	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,848)			
☐	S5	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,367)			
☐	S4	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,367)			
☐	S3	prison OR jail OR detention house	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,369)			
☐	S2	prison AND jail	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (106)			
☐	S1	prison	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2,691)			



Zoekstrategie: Cinahl

Mogelijkheid 4: Het omcirkelde deel laat zien dat de zoektermen 'prison OR jail OR detention house' in verhouding met de andere zoektermen minder hits oplevert, naarmate er meer limits zijn toegepast.

Search History/Alerts

[Print Search History](#) | [Retrieve Searches](#) | [Retrieve Alerts](#) | [Save Searches / Alerts](#)

☐ Select / deselect all Search with AND Search with OR Delete Searches				
	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
☐	S23	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees	Narrow by SubjectMajor: - correctional health services Narrow by SubjectMajor: - correctional facilities Narrow by SubjectMajor: - prisoners Narrow by SubjectGender: - male Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7)
☐	S22	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees	Narrow by SubjectMajor: - correctional facilities Narrow by SubjectMajor: - prisoners Narrow by SubjectGender: - male Search modes - Boolean/Phrase	View Results (103)
☐	S21	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees	Narrow by SubjectMajor: - prisoners Narrow by SubjectGender: - male Search modes - Boolean/Phrase	View Results (615)
☐	S20	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND detainees	Narrow by SubjectGender: - male Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,170)
☐	S19	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND self management	Limiters - Published Date: 20040101-20141231 Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2,385)
☐	S18	prison OR jail OR detention house AND diabetes mellitus AND self management OR prisoners OR detainees OR inmates	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (8,082)

Zoekstrategie: Cochrane

Mogelijkheid 5: Het omcirkelde deel laat zien dat de zoektermen 'prison OR jail OR detention' in verhouding met de andere zoektermen weinig hits geeft. Datzelfde geldt voor de zoektermen 'prison OR detention'

All Results (426)

☒ Cochrane Reviews (44)

☒ All

☐ Review

All Results (426)

☒ Cochrane Reviews (44)

☒ All

☐ Review

All Results (636)

☒ Cochrane Reviews (72)

☒ All

☐ Review

Issue updated daily throughout month

There are 44 results from 8660 records for your search on "prison" in Title, Abstract, Keywords or "jail" or "detention" and "diabetes mellitus" and "detainee" in Cochrane Reviews

Issue updated daily throughout month

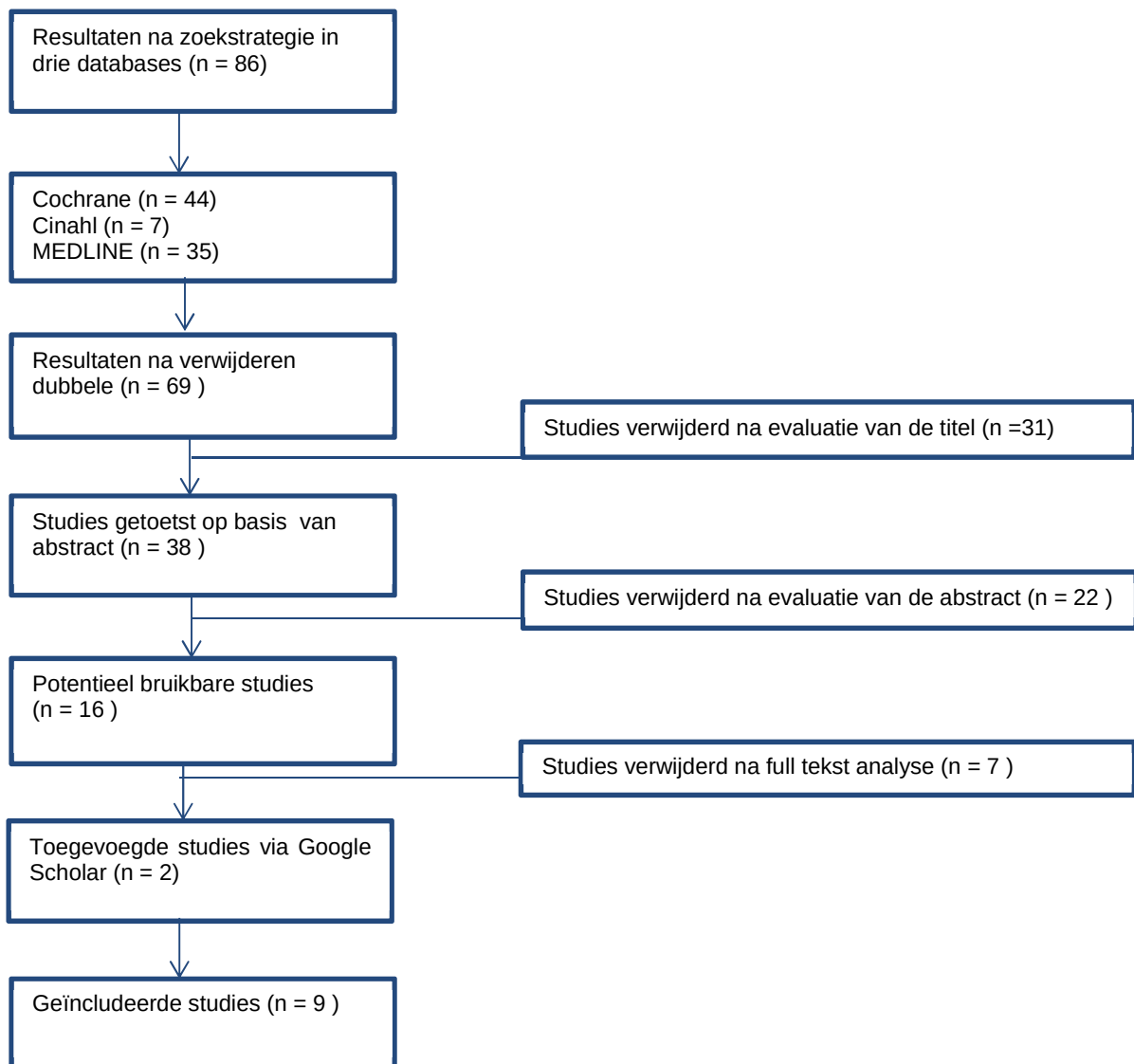
There are 44 results from 8660 records for your search on "prison" in Title, Abstract, Keywords or "jail" or "detention" and "diabetes mellitus" and "self-management program" in Cochrane Reviews

Issue updated daily throughout month

There are 72 results from 8660 records for your search on "prison" in Title, Abstract, Keywords or "detention" and "diabetes mellitus" or "inmate" or "prisoner" in Cochrane Reviews



Studieselectie





BIJLAGE II: Topiclijst

Interview bij gedetineerden met diabetes mellitus.

Goedendag meneer. Wat fijn dat u tijd voor mij wilde vrij maken. Neemt u plaats. Ik zal me als eerst even voorstellen; ik ben vierdejaars student Voeding en Diëtetiek van de Haagse Hogeschool en werk aan een wetenschappelijk onderzoek dat gaat over gedetineerden met diabetes mellitus en ervaringen en behoeften op gebied van zelfmanagement. Ik zou dan ook graag een aantal vragen aan u willen stellen over diabetes mellitus en hoe u omgaat met deze ziekte binnen detentie. Het doel hiervan is het in kaart brengen wat uw ervaring en behoefte is met betrekking tot het onderwerp 'zelfmanagement bij diabetes mellitus'. Ik ben benieuwd naar uw mening, dus er is geen goed of fout antwoord. Uw gegevens worden strikt anoniem en vertrouwelijk behandeld. Dit interview zal ongeveer 30 minuten duren. Wilt u beginnen met het invullen van een vragenlijst? Met verschillende vragen krijg ik inzicht of u zichzelf in staat acht om verschillende handelingen uit te voeren om met uw diabetes om te kunnen gaan in detentie.

U heeft zojuist een vragenlijst ingevuld over zelfmanagement bij diabetes mellitus. Naar aanleiding van deze vragenlijst stel ik u een aantal aanvullende vragen.

1. Kennis van diabetes mellitus

- Wat weet u van diabetes mellitus, welke gevolgen (complicaties) kunt u noemen als u uw diabetes mellitus niet goed reguleert?
- Hoe bent u dit te weten gekomen? (zelf/ouders/vrienden/hulpverlener/internet(sites)/brochures)
- Wat vond u van de inhoud van de informatie? duidelijk/onduidelijk? Waarom? Wat miste u?
- Toen u de informatie had verkregen, wat deed dat met u? (zorgen/geschrokken?)
- Wat zou u zelf kunnen betekenen in het signaleren en/of voorkomen van complicaties?
- Welke risico's die leiden tot een hypo- of hyperglykemie zou u kunnen herkennen? Kunt u er een aantal noemen?

2. Zelfmanagement in detentie

- Hoe vaak per jaar heeft u buiten detentie een controleafspraak gehad voor uw diabetes mellitus?
- Hoe ervaart u deze controleafspraken? Hoe draagt het volgens u bij aan uw zelfmanagement?
- Hoe vaak heeft u sinds uw verblijf binnen detentie een controleafspraak gehad voor uw diabetes mellitus?
- Hoe ervaart u deze controleafspraken in vergelijking met de controleafspraken buiten detentie? Beter/slechter? Waarom?
- Welke zorg heeft u binnen detentie gekregen om uw diabetes mellitus goed te reguleren? Hoe ervaart u deze zorg? Vond u van de inhoud van de informatie duidelijk/onduidelijk? Waarom?
- Aan welke medische zorg heeft u behoefte om uw diabetes mellitus goed te reguleren? Wat mist u binnen detentie?
- Wat is volgens u het verschil in de mogelijkheid tot zelfmanagement binnen en buiten detentie?
- Wat is volgens u de invloed van stress door detentie op uw diabetes mellitus? Welke invloed heeft dit volgens op uw mogelijkheden tot zelfmanagement?



3. Invloed van detentie

- Heeft u klachten ervaren toen u net gedetineerd was? Hoe veranderde dit in de loop van de detentie? Verbeterd? Verslechterd? Wat had u nodig?
- Hoe ervaart u het hebben van diabetes mellitus in detentie? Is er een verschil met buiten detentie?
- In hoeverre ervaart u de invloed van detentie op uw diabetes mellitus? Kunt u hiervan voorbeelden noemen?

4. Voeding en beweging

- Hoe ervaart u de veranderingen t.a.v. voeding en beweging in detentie ten opzichte van buiten detentie? Kunt u aangeven welke gevolgen dit voor u heeft (gehad)?
- Hoe ervaart u het aanbod van voedingsmiddelen in detentie om uw diabetes mellitus goed te reguleren? Waar loopt u tegenaan? Waar heeft u behoefte aan?
- Wat vond u van het voedingsaanbod in het inkomstenpakket dat u bij binnenkomst in de PI kreeg?
- Hoe ervaart u het aanbod van bewegingsmogelijkheden in detentie om uw diabetes mellitus goed te reguleren? Waar loopt u tegenaan? Waar heeft u behoefte aan?
- Heeft u voldoende middelen (medicatie, hulpmiddelen) om uw diabetes mellitus goed te reguleren? Ja/nee waarom?
- Heeft u weleens een consult van een diëtist gehad voor uw diabetes mellitus? Wat heeft dit u opgeleverd? Wat zou een diëtist voor u kunnen betekenen binnen detentie?

Dit was de laatste vraag van het interview. Ik wil u vriendelijk bedanken voor uw deelname. Wat vond u van het interview?

Algemene gegevens:

Leeftijd.....



BIJLAGE III: Toestemmingsformulier

Penitentiaire Inrichting Zwaag Hoorn

Locatie Zwaag, Algemeen

De Compagnie 1

1689 AG Zwaag

Datum: 10-12-2014

Titel onderzoek: Geboeid met diabetes mellitus

Verantwoordelijke onderzoeker:

L. J. Spijksstra

Toestemmingsformulier

In te vullen door deelnemer:

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum:-....-.....

Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerend onderzoeker:

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum:-....-.....

Handtekening onderzoeker:



Penitentiaire Inrichting Zwaag Hoorn

Locatie Zwaag, Algemeen
De Compagnie 1
1689 AG Zwaag

Date: 10-12-2014

Title research: Chained with diabetes mellitus

Responsible researcher:
L.J. Spijkstra

Informed consent

To fill in by the participant:

I declare to be informed in a way that's understandable for me about the quality, methode, goal and the load of the research. I'm aware of the fact that de data and the results of the research are anonymous and will only be revealed in confidence to others. My questions are answered by my contentment.

I agree entirely voluntary to participate in this research. I reserve the right ending participating this research at anytime without a statement of reasons.

Name participant:

Date:-....-.....

Signature participant:

To fill in by the executive researcher:

I illustrated the research oral and written. I'll answer the remaining questions about the research as much as I can. There will be no consequence if the participant decides to quit early with the research.

Name researcher:

Date:-....-.....

Signature researcher:



BIJLAGE IV: Vragenlijst

Pagina: 1

Diabetes Management Self-Efficacy Scale vragenlijst

AANWIJZINGEN VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Voor wie bedoeld:

Deze vragenlijst is bedoeld voor patiënten met diabetes, ook wel suikerziekte genoemd.

Waarover gaat het:

Graag wil ik van u weten of u denkt (= uw eigen inschatting) dat u in staat bent de verschillende handelingen uit te voeren die nodig zijn om met uw diabetes om te gaan binnen detentie.

Allereerst krijgt u vragen over uw leeftijd en opleidingsniveau. Vervolgens krijgt u 19 vragen te beantwoorden over het omgaan met uw diabetes binnen detentie. Ter afsluiting worden nog twee algemene vragen gesteld.

Uw gegevens worden anoniem verwerkt.

[Start](#)

Pagina: 2

Zelfmanagement



1.

*Wat is uw leeftijd? **



2.

*Wat is uw hoogst genoten opleiding? **



Basisschool



LTS



LHNO



Mavo/VMBO



Praktijkonderwijs



- ☐ HAVO
- ☐ VWO
- ☐ MBO
- ☐ HBO
- ☐ WO
- ☐ Anders namelijk:



3.

*Wanneer is er bij u diabetes geconstateerd?
(jaartal invullen)*



4.

*Ik denk dat ik in staat ben om mijn bloedsuiker zelf te controleren als dat nodig is. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



5.

*Ik denk dat ik in staat ben om een te hoge bloedsuiker te verhelpen. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel





6.

*Ik denk dat ik in staat ben om een te lage bloedsuiker te verhelpen. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



7.

*Ik denk dat ik in staat ben om zelf de juiste voeding voor mijn diabetes te kiezen. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



8.

*Ik denk dat ik in staat ben om zelf in mijn voeding variatie aan te brengen. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



9.

*Ik denk dat ik in staat ben om zelf mijn gewicht onder controle te houden. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet



- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



10.

*Ik denk dat ik in staat ben om zelf mijn voeten op wondjes te controleren. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



11.

*Ik denk dat ik in staat ben om zelf te zorgen voor voldoende lichaamsbeweging. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



12.

*Ik denk dat ik in staat ben om mijn voeding aan te passen, wanneer ik ziek ben. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel





13.

*Ik denk dat ik in staat ben om mij meestal aan mijn voedingsvoorschriften te houden. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



14.

*Ik denk dat ik in staat ben om aan extra lichaamsbeweging te doen, wanneer dit door de arts wordt geadviseerd. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



15.

*Ik denk dat ik in staat ben om mijn voeding, als dit nodig is, aan te passen, wanneer ik extra lichaamsbeweging neem. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



16.

*Ik denk dat ik in staat ben om bij spanning of stress mijn voeding aan te passen. **

- ☐ waarschijnlijk niet



- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



17.

*Ik denk dat ik in staat ben om één keer per jaar de dokter te raadplegen voor controle van mijn diabetes. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel



18.

*Ik denk dat ik in staat ben om mijn tabletten volgens voorschrift in te nemen. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel
- ☐ zeker wel
- ☐ N.V.T.



19.

*Ik denk dat ik in staat ben om mijn dosering tabletten aan te passen, wanneer ik ziek ben. **

- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ misschien wel, misschien niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ hoogstwaarschijnlijk wel



- ☐ zeker wel
- ☐ N.V.T.



20.

Heeft u naast uw diabetes nog last van een andere ziekte of aandoening, waar u al langer dan drie maanden last van heeft?

- ☐ Ja
- ☐ Nee



21.

Heeft u genoeg financiële middelen om de kosten die het hebben van diabetes met zich meebrengt te dekken?

- ☐ ja, meer dan hebben
- ☐ ja, genoeg
- ☐ nee, soms niet genoeg
- ☐ nee, te weinig



22.

Heeft u een cursus voor patiënten met diabetes, b.v. "suiker doe er wat mee", gevolgd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee



23.

Bent u van:

- ☐ Nederlandse afkomst
- ☐ Antilliaanse afkomst
- ☐ Surinaamse afkomst
- ☐ Turkse afkomst



Marokkaanse afkomst



Anders, namelijk



[Klik hier om de vragenlijst te versturen](#)

Ik wil u heel hartelijk danken voor uw medewerking aan dit onderzoek.



BIJLAGE V: Interviews 1 t/m 9 uitgewerkt

Interview 1

1. Kennis van diabetes mellitus

Diabetes? Hmm... een vervelende ziekte hihi. Het is vervelend elke dag moet ik medicijnen innemen en spuiten, dat vind ik heel vervelend.

Ik voel me lichamelijk niet goed, zweten, duizelig bij het niet innemen van medicatie

Medicijnen niet innemen, ik heb gelezen over diabetes, brochures gekregen, info uit brochures duidelijk, wat vond ik daarvan??? Uhm... vond ik positief Of ik nog iets mis uit de informatie???? Lang nodig om te antwoorden. Is lang geleden dat dhr. informatie had gehad.

Moeder heeft ook diabetes dus ik vond het niet leuk. Ik wil dat het weg gaat. Bepaalde voorschriften aan te houden probeer ik, niet teveel eten niet te veel in bewegen zijn op tijd slapen niet teveel roken. Op tijd naar de afspraak naar de arts gaan.

Risico's – medicatie, niet op tijd nemen of helemaal niet inneemt.

2. Zelfmanagement

Controle buiten detentie: buiten is een beetje moeilijk, niet vaak buiten. 1 x per jaar.

Ervaart positief (u bedoeld voor de ogen en bloed)

Ja omdat ik niet wist dat mijn ogen niet zo achteruit ging en daarom ging ik naar de arts omdat ik merkte dat mijn ogen achteruit gingen.

Bijdrage: De hele ziekte weet ik niet goed, ik ben echt heel voorzichtig dat ik geen wondjes op loopt ik ben echt voorzichtig.

Binnen detentie: 3-4 keer bij arts in 10 jr tijd bij 3 verschillende gevangenissen

Verschil binnen/buiten: wat het verschil is? Hier ben je geboeid als je naar het ziekenhuis gaat. Inhoudelijke behandeling verschil: binnen naar ander ziekenhuis buiten ga ik naar het AMC. Ik vind AMC professioneler dat merk ik aan de artsen en de apparatuur.

Welke zorg binnen detentie: Ik krijg geen zorg, ik krijg mijn medicijnen klaar is kees, geen extra gelegenheid voor andere zorg. Het eten is wat de pot schaft

De arts heeft met u gesproken, informatie was al bekend geen nieuwe informatie

Mist binnen detentie om goed met ziekte om te gaan: Beweging/bewegingen en fietsen

Stress: Het is hier een en al stress, daardoor schommel ik met mijn bloedsuikers, dit vind ik zeer lastig, ik raak er daardoor in paniek. Dan is de waarde hoog en dan laag. Buiten is de bloedsuiker stabiel. Sinds binnenkomst: schommelend, eerst hoog en bepaalde dagen goed. Maar de waarden blijven schommelen.

3. Invloed van detentie

Er ontstaan schommelingen t.g.v. stress. Wat zou verbeteren → vrijheid

Af en toe stel ik mijn dingetje (insuline) wat hoger om de waarde te verbeteren.

Ervaring hebben diabetes: Als ik binnen ben, vind ik de medicatie erg. Ik moet blijven zitten en kan nergens heen. Teveel medicatie en te weinig medicatie. Heeft moeite met afstemmen binnen detentie. Invloed detentie: ik denk stress man.



4. Voeding en beweging

Ervaring verandering voeding en beweging: je komt, ik kom veel aan, ik wordt dik man. Heb het gevoel dat ik dik ben. Waarom komt u aan: omdat de ruimte te klein is, ik kan niet de gehele dag rondlopen om een bepaalde afstand te lopen. Het helpt allemaal niet het is allemaal stress.

Voeding: buiten et ik zo min mogelijk aardappel rijst en brood. Ik weet niet wat ik moet eten want dat weet ik buiten ook niet. Eet dan vooral noedels, en soms wat rijst. Eten is hier gewoon voor iedereen goed voor diabeten alles. Ik heb behoefte aan: Ik kan er niks aan dan, als u vrij mag denken – 3x in de week ... kagmadoe? en af toe wat rijst. Ik zou geen dingen kopen, ik wil ook niet lang blijven

Pakket eten: geen rekening gehouden met mijn suikerziekte. Veel te veel zoetigheid, kokos..... Zoet beleg. Consequenties: eerste paar dagen was mijn suiker hoog. Ik heb minder gegeten minder zoetigheid genomen. Is niet goed gekomen maar wel beter geworden. Beter geworden omdat (2 dgn geleden was het weer iets hoger 7.4/8. Zoveel)

Beweging: er is weinig aan. Nu een stukje naar de arbeid. Geen sport ik ben niet gaan sporten. Ik heb geen sportkleding, ik weet niet wat voor sport, ik ga mijn vervelen met gewichtheffen, kan op mijn voet vallen. Loop band vind ik niet leuk. Ik kan buiten gewoon paar kilometer wandelen.

Middelen diabetes te reguleren: Ik pas mij aan ik doe het met de mogelijkheden die ik hier heb. Consult diëtist buiten: Ja, bijna dagelijks het hoeft niet maar het moet wel, geeft voordelen → elke dag wordt ik gecontroleerd of ik iets moet aanpassen weet je wel, medicatie die ik krijg. Hij stelt het bij, wat doet diëtist nog meer → ook over voeding weet hij meer – over mijn suiker weet je wel, afstemmen.

Diëtist binnen detentie: 3xdag bloedsuiker meten, nu doe ik het zelf en aan de hand daarvan weet ik veel wat ik, bepaalde dingetjes.

Weet u wat een diëtist doet: ja joh zijn diegene wat de bloedsuikers doen, en uh voeding. Beter als iemand over je voeding komt praten. Wat zou er beter zijn? Bloedsuiker naar beneden en misschien weet die man of ik niet hoeft te spuiten.



Interview 2

1. Kennis van diabetes mellitus

Interpretatie diabetes: ik ben suikerpatiënt, ik weet wat het inhoudt, ik heb zo'n 80 jaar ervaring → vader heeft het ook gehad. Vader hoefde nooit te spuiten. Ik wel omdat ik veel problemen heb met medicatie → daarbij komt voeding en stress.

Gevolgen complicaties: waar ik zelf tegenaan loop is het ene moment voel je je top en het volgende moment als je 20 uur gewerkt hebt + normaal gesproken als je een normaal leefpatroon heb is je bloedsuiker redelijk stabiel omdat je ook voor jezelf een lijn heb uitgezet met je voeding, niet te veel stress.

Nu ik hier ben heb ik veel stress, logisch, Het is niet het Hilton je moet blij zijn wat je hebt maar het is moeilijk. Complicatie fluctuerende suiker, zo hoog, zo laag. Je wordt zo beroerd + ik heb een combinatie. Ik slik heel veel prednison nu even niet. Ik heb last van heel veel complicaties ik heb COPD longemfyseem. Normaal moet je niet roken, klinkt lullig maar ik wel. Door de irritatie van de nicotine worden de poliepjes heel klein en hoest ik het op. Werken wil ik graag, maar gaat hier niet omdat ik ook longemfyseem heb ben je zo af. Bij het luchten kan ik de jongens niet bij houden na 3 rondjes.

Informatie: heel eerlijk, in mijn privé leven thuis had ik het goed op de rit behalve als je andere medicatie neemt prednison is een tegenhangen van suiker, schopt dit in de war maar hierop kan je anticiperen, ik spuit zelf. Zolang ik Prednison heb ben ik verplicht om 2 uur mijn waarde te meten en goede voeding. Van wie informatie: begonnen in het ziekenhuis specialist, ja je loopt bij de huisarts bij een suikertante. Elke periode moet je je melden en wordt je in de gaten gehouden.

Invloed nieuws: Jammer, ik ben begonnen met pillen 3xdgs pilletje op een dag is niet moeilijk ook als je verder goed voelt. Het is toen fout gegaan met andere medicatie antibiotica-prednison. Toen hebben ze me bijgeleerd te spuiten en hebben ze gezegd ik hoop dat je ervan af komt maar ik denk het niet. Ik spuit liever een naald in mijn poot of buik dan dat ik mijn poot kwijt ben. Maar dat kan ook gebeuren maar het is niet anders.

Voorkomen: je eigen in acht houden, een beetje netjes leven, goed op je voeding letten, niet te veel op je vork nemen, accepteren dat je erg ziek bent. Ik heb altijd gedacht suiker blehh nee maar het is gewoon een rot ziekte. De ene keer staan je handen stil en het andere moment gaat de koffie over je kopje heen. Het is pieken en dalen.

Risico's: hoge bloedsuiker → vervelend beroerd. Voorafgaand: merk je veel plassen, droge mond. Aanleiding: die heb je zomaar daar is geen aanleiding voor nodig. Dat gebeurt gewoon. Je wordt lamlendig/beroerd/heel moe, vreselijk veel kunnen slapen allemaal dat soort factoren droge mond. Veel slikken

2. Zelfmanagement

Managen: controle afspraken: normaal elke 3 maanden mits je zelf aangeeft dan mag je meer. 3-4 per jaar naar het ziekenhuis. Bijdrage zelfmanagement: ook omdat als het goed gaat meld je je niet, maar als het fout gaat meld je het wel. Dan maak je een schema wat je waarden zijn. Bij spuit schema/meer controle daar zijn ze wel goed in. Disciplines: de suikertante = diabetes verpleegkundige op de huisartsenpost eigen afspraken en controles. Door haar lijst opgegeven wat ik eet en hoe ik leef en daar kwam uit dat dit niet beter kon. Daarom geen diëtist. Dhr. is joods en is ook via diabetes van pa al goed in voeding. Bepaald leefpatroon sommige dingen werden al standaard niet gegeten. Voorstander van controles.



Binnen detentie 1 controle afspraak gehad bij binnenkomst – eerste detentie. Ze willen het beste voor je, zorgen goed voor je alleen niet alles loopt synchroon

Verschil binnen/buiten detentie: Start binnen helemaal fout, daar kunnen de mensen niets aan doen. Dat is gewoon, zo zijn de regels. De mensen doen hun best zijn hier niet om mij een oor aan te naaien maar van de regels word je lam. Welke zorg bij binnenkomst: Nee hoor we hebben een soort intake gesprek gehad, normaal gesproken kan ik het heel goed daar hoef je geen zorgen om te maken maar heb alleen de spullen nodig. Dat duurde even, maar later kwam dit wel. Daar was ik content mee, duurde even met de naalden. Ze kunnen niet van hun dingen afwijken. Kijk in het begin gaat het fout maar daar kunnen ze niets aan doen het is ook net wanneer je binnenkomt ik kwam op de meest rottigste tijd binnen vrijdag avond. Je mag niks invoeren, er mag niks gebracht worden. Dan begin je met foute voeding maar dat begint al bij het politiebureau daar krijg je al slechte voeding. Toen was ik hier bij binnenkomst afgemat. Het binnenkomst hier was om 21:00 uur iedereen heeft recht op weekend. Dat moet dan op gang kopen. Voordat je boodschappen kan aanvragen ben je al 10 dagen verder.

Verschil mogelijkheden zelfmanagement: heel simpel als mijn suiker heel laag is dan kan je twee dingen doen jus d'orange met vruchtensuiker of koppen koffie met veel suiker. En hier heb je dat niet, geen suiker. En dan krijg je stress want je kan niet doen wat je wil.

3. Invloed van detentie

Invloed van stress: heel veel heel veel. Je suiker blijft dansen. Ik krijg er geen stabiele lijn in. Geen grip? Nou kantje boord ik heb hem normaal nooit onder de 5 en nu wel en je weet het bij 3 lig je in een coma. Het blijft op en neer gaan.

Verandering schommeling verloop detentie: Na ruim 2 weken nog steeds aan het schommelen, wat heb je nodig om het stabiel te krijgen. Wens: geef me 5 enkelbanden en stuur mij naar huis. Mijn vrouw kan het alleen goed aangeven wanneer het goed of fout gaat. Kijk ik zit hier niet alleen vanwege mijn suiker. Omdat je suiker patiënt bent heb nog meer dingen erbij. Na detentie nog meer stress factoren → voeding en stress, dat zijn de belangrijkste dingen.

Verandering voeding bewegingen – heel eerlijk, ik baal hier gewoon van, weet je, je krijgt heel moeilijk de vinger aan de pols. De ander weet het altijd beter maar dat is niet zo ik weet het zelf het beste maar je bent zo beperkt. Het is zo moeilijk om daar een lijn in te krijgen want het is te veel weet je. Gevolgen: je wordt er alleen maar zieker van.

4. Voeding en beweging

Voedingsmiddelen: persoonlijk, de mensen hier doen vreselijk goed hun best.

Voedingsmiddelen voor diabeten is waardeloos, omdat je dom weg in het systeem mee loopt ze proberen wel rekening mee te houden de bewakers op de afdeling maar zijn beperkt in hun middelen. Behoeft: normale middelen, ik krijg melk ik heb taaislijmziekte geeft dan in plaats van een pak melk een pak jus d'orange. Kijk ik heb nu zelf uit het winkeltje jus d'orange maar dat ben je 10 dagen verder. Ik heb nu koffie en suiker, want dat is voor mij belangrijk. Ja met alle respect je krijgt eten en dat is op zichzelf al niet niets. En ik weet ik zit niet in de van der valk. Ik krijg een bakje daar zit in jam/stroop/honing. Hoe vaak denk je dat ik moet spuiten om dat naar beneden te krijgen? Dan eet ik maar droog brood.

Wat moet je daarvoor in de plaats krijgen? Dan moet je de hele lijst veranderen. Ik geef de zorg een 8, daarentegen vind ik het keukenbeleid geef ik een 3. Kijk dan vraag je om een plakje kaas, je hebt kaas en kaas, dan zeg ik geef mij 48+ kaas die is wat zouter maar wel beter voor mij, is wat zouter vind niet zo lekker maar het is wel beter. Krijg ik 40+ kaas. Krijg ik diverse dingen die ik absoluut niet mag gebruiken, gebruik ik nooit nu ook niet. Als ik



boterham moet maken met appelstroop, het kan wel maar het is niet goed. Ze hebben hier niet goed afgestelde voeding, als ik thuis eet. Eet ik beleggen kaas, rookvlees, mager ham, af en toe wat hagelslag. En hier sla je de plank volledig mis. Ik ben joods ik eet koosjer. Maar wat heb ik hier...haal me er alsjeblieft af want dat overleef ik niet.

Start pakket voor cel: broodje? Ik heb gegeten op het politiebureau in Hoofddorp daar heb ik wat gegeten en hier hebben ze iets van een boterham met kaas klaar gezet dat was wel netjes.

Bewegen: als ik lucht loop ik als een debiel achter de rest aan een paar rondjes. En probeer te sporten maar dan laten ze me stoppen omdat het niet gaat mijn longcapaciteit is 40%

Middelen: ja ik krijg hier keurig mijn pennen. De snelle en de trage.

Diëtist binnen detentie: Nee ik denk het niet, ik denk dat je meer moet zoeken wat heel belangrijk is een pedicure en dat ze de voedingslijn moet aanpassen. Beste plek om de voedingslijn aan te passen: dat zal vanuit hier medisch of hier dat weet ik niet nogmaals ik weet het is hier niet van der valk. Zorg: pakket buiten de PI moeten samenstellen geschikt voor suikerpatiënten doe je dat niet dan blijf je dit houden.

Voor de Marokkanen/turken/allochtone hebben ze speciale pakketten en voor een suikerpatiënt staan ze achter hun hoofd te krabben en weten ze niet wat ze moeten doen.



Interview 3

1. Kennis van diabetes mellitus

In detentie geen verdere info gekregen over DM. Ik wil mijn medicatie op tijd krijgen, want ik heb weleens tijdens sport acuut een hypo gehad. Buiten krijg ik zo om de vier maanden een controle. Ik gebruik fors alcohol en dat gaat nog wel is niet goed. Je moet op je voeding letten, maar ik moet oppassen met alcohol. Kennis: oogmeting, vaten en wondjes aan voeten. Via HA info gekregen, deed hem niet veel. Laat emoties niet zien. Je word wel bewust van je lichaam en leert ernaar luisteren. Inspanning combinatie gevaar. Opletten.

2. Zelfmanagement

Ik ervaar de zorg binnen detentie als goed, heeft een opmerking over de continuïteit. Moet zelf achter de controles aan zoals kwartaal controles. Verschil met buiten detentie is het voedingsaanbod. Het is voldoende behalve het brood. Verschil in PI waar in de PI Marwei teveel brood is in PI Zwaag te weinig. Hier genoeg broodbeleg en daar te weinig.

3. Invloed van detentie

Stress geen ervaring mee, geen invloed voor mij. Heeft beperkt budget om extra of andere voedingsmiddelen te kopen. Inkomstenpakket voeding was ook kokosbrood en je moet maar afwachten of je brood krijgt, wel gek. Geen invloed gehad op DM gelukkig. Invloed detentie: 1x een hypo met 7-up op kunnen lossen. Zorg is snel ter plaatste is wel prettig. Vind het verder geen invloed hebben.

4. Voeding en beweging

Beweging is matig in PI Zwaag de Marwij was beter, kreeg extra sport en lucht. Als DM patiënt is dit wel erg kort. Heeft behoefte aan meer sportmomenten. Diëtist via HA 1x. Daarna nooit meer. Ook geen behoefte aan gehad. Voor sommige mensen kan een diëtist best een meerwaarde zijn, maar de vraag is hoe je contact krijgt met een diëtist. Voedingskundigen/diëtist stellen de maaltijd samen w.o. 1x per week vis. Je kunt niet zeggen dat de maaltijden voldoen aan 2x per week vis.



Interview 4

1. Kennis van diabetes mellitus

Volgt controles buiten detentie bij internist en diëtist. Jaarlijks controle lab. Vindt het nuttig om info te krijgen leert om te gaan met het managen van DM, wat te doen bij complicaties e.d. Heeft kh leren afstemmen op insuline en andersom. Heeft binnen detentie met HA gesproken en verpleegkundige was herhaling van wat hij al wist. Heeft een dagboekje gekregen wat erg veel heeft geholpen. Kan niets bedenken dat hij mist om DM goed te kunnen reguleren.

2. Zelfmanagement

Ik heb 1x per 3 maanden contact met een diabetesverpleegkundige. Ongeveer een jaar geleden is mijn bloed afgenomen. Het helpt mij goed om te gaan met mijn ziekte. Ik heb leren herkennen welke en hoeveel insuline ik moet spuiten. Hier binnen heb ik alleen een arts gesproken, maar ik wist al veel. Ik denk niet dat ik iets anders nodig heb om mijn DM te reguleren. Ik vind een dieet volgen wel erg lastig. Alles is veranderd vanaf het moment dat ik op het politiebureau zat. Ik wist niet wat mijn waardes waren, kon ook niet altijd meten. Door de stress ging het met mijn bloedsuiker mis.

3. Invloed van detentie

Heeft ook ervaren dat detentie minder leuk is. Was een aansteller toen hij een hypo had. Voelde zich niet gehoord. Kreeg een broodje van PIW-er. Detentie heeft ook een positieve invloed op zelfmanagement bij DM, omdat je bewust wordt van de complicatie en wisselende omstandigheden. Erg met de ziekte en controle (meten) bezig. Heeft er binnen detentie veel tijd voor. Binnen detentie is een dieet volgen wel lastig. Veranderde voedingspatroon en soort voeding. Je doet dan meer op gevoel. Vanuit politiebureau al een schommelende bloedsuiker. Eerste week veel hypo-hyperglykemie gehad, was erg wennen. Gaan nu beter, omdat ik gaandeweg leer hoeveel EH moet gebruiken bij de maaltijd. Ook binnen detentie moet je leren leven met DM. Herkennen van hypo doen anderen niet altijd. Je bent afhankelijk van anderen. Ik ben soms wel bang, omdat ik niet weet of ik te veel of te weinig insuline gebruik voor het slapen gaan.

4. Voeding en beweging

Voeding en bewegen vooral de eerste week voeding erg verandert. Dagelijks brood en beleg krijg je pas na een paar dagen. Ik kwam op vrijdagavond binnen en kreeg een half broodje en kokosbrood als beleg. Ik heb het kokosbrood niet opgegeten. Was erg weinig, dus moest goed nadenken wat ik deed. De dagvoeding is nu genoeg maar kan wel lekkerder. Heeft in noodgevallen druivensuiker gekregen om hypo te voorkomen. Bewegen kan meer, maar zit AB. Wil liefste ½-1 uur beweging per dag maar haalt dat zeker niet. Ligt veel op bed en loopt af en toe naar wc. Opdrukken heb je na 50 keer ook wel genoeg van. Moet leren afstemmen wat kh ratio momenteel is geworden door veranderde situatie. Zou wel een consult van diëtist willen om dit te bespreken. Is tevreden met huidige zorg en toegankelijkheid. Als iets nodig is om DM te managen ligt het de volgende dag klaar.



Interview 5

1. Kennis van diabetes mellitus

Ik had last van hypo's. Ga in een keer transpireren, als een gek. Op plaatsen waar je normaal niet transpireert. Neemt wat chocolade, dextro -> ging weer goed. Wilde toch maar eens naar de dokter tijdens detentie. Wist niets van Diabetes. Heeft een dagcurve gehad en toen bleek dat suikers wat waren verhoogd. Zouden momentopnames zijn volgens de dokter. Buiten hield dhr. het niet in de gaten. Sinds 2012 begonnen met tabletten. Voelt zich soms wat duizelig. Is erachter gekomen via huisarts. Advies -> voeding in de gaten houden. 4 Jaar geleden: ging nog wel. Tijdens detentie weer last van hypo's, duizelig, alsof bloed kookte. Voelde zich niet lekker. Dhr. maakte zich niet zoveel zorgen. 'Ouderdomssuiker', kan nooit zolang duren. Weet dat hij niet teveel patat etc. moet eten. Vond dit prima, hoort dit via familie. Doet dhr. eigenlijk niets dat hij diabetes heeft. Heeft al zoveel meegemaakt. Als het te link wordt, gaat dhr. naar de huisarts. Heeft normaliter Dextro puur bij zich. Wanneer dhr. zich niet lekker voelt gaat hij naar de huisarts om te kijken wat zijn bloedsuiker is. Risico's: Weet dhr. niet. Denkt dat het komt door teveel vet eten en/of stress.

Hier in Amerswiel -> lastig. Prikken wordt door het lab gedaan, is moeizaam te prikken. Kan hier binnen PI niet. Gaat as. week met verlof en mag een half uur eerder weg zodat hij zich ergens kan laten prikken.

2. Zelfmanagement

Dhr. heeft naar eigen zeggen geen controleafspraken buiten. Denkt wel dat dit zou bijdragen. Wanneer er dan zou worden gekeken hoe zijn suikers in de loop van de dag zijn dan kan hij worden opgeroepen door zijn huisarts en kan hij adviezen krijgen. Binnen detentie gaat dhr. +/- iedere 3 maanden voor controle. Buiten heb je een bord met allerlei foldertjes. Hier heb je ze ook, maar hangt bij de huisartsenruimte zelf. Het hangt volgens dhr. dus verkeerd. Welke zorg heeft u binnen detentie gekregen om DM goed te reguleren: Niets. Heeft zichzelf aangegeven als diabeet. Is in Westlinge meteen geprikt en vervolgspraak was 3 dec. in Amerswiel/hier. Heeft behoefte aan pedicure. Was er nog nooit geweest, maar nu wel. Zou graag meer willen weten over voeding. Weet uit ervaring wel iets, maar zou graag een gesprek willen met een diëtist. Buiten let je er meer op, dan heb je het zelf in de hand. Tijdens detentie wordt het voor je bepaalt. In detentie ben je overgeleverd aan hoe de medische dienst erover denkt. Er is verschil hoe de arts en de verpleegkundige erover denkt. De verpleegkundigen zeggen snel dat iets niet kan, terwijl de huisarts zegt dat het moet. De verpleegkundigen op Amerswiel doen erg hun best. Dhr. weet niet wat stress is. Kan stress niet goed definiëren. Maakt zich druk, maar is dat stress? Vindt het lastig dat de een zegt dat hij niet mag roken en moet stoppen (heeft ook COPD), maar de ander zegt je moet tijdens detentie niet stoppen. Dit geeft teveel stress. Invloed van stress op diabetes: denkt dat bloedsuiker omhoog gaat wanneer je last hebt van stress. Dan is het van belang dat je Dextro neemt.

3. Invloed van detentie

Toen ik binnen kwam, moest ik wel even goed opletten. At ik helemaal niet, op het politiebureau wel wat fruit en warme maaltijden. Je moet een heel veel trucjes doen om aan de dingen te komen die je nodig hebt. Ik heb Koosjer eten -> is duur. Willen hier eigenlijk niet aan. Geregeld via de Rabbijn. Is niet Joods, maar heeft geregeld dat hij toch Koosjer eten krijgt. Dagmenu kost 18 euro. Krijgt goed brood, heeft ook genoeg aan het brood wat je krijgt wanneer je Koosjer eet. Is nuchter. Maar mist wel dat hij hier zijn eigen voeding niet kan kiezen om diabetes te reguleren.

Heeft zelf niet zoveel last van een tekort aan financiën, maar denkt dat andere mensen hier meer moeite mee hebben. Vooral omdat ze niet de boodschappen kunnen kopen wat ze zelf zouden willen.



4. Voeding en beweging

Al zou je eten zelf willen kopen, kun je dit niet krijgen. Zelfs wanneer je het geld hebt, het is niet mogelijk om het te krijgen. In andere inrichtingen krijg je zoetjes en suikervrije jam. Hier in Amerswiel krijg je een standaard weekverstrekking. Je mag boodschappen doen van 9 punten per week. Je moet dus erg opletten wat je kunt kopen aangezien je maar 9 punten hebt. In andere inrichtingen heb je geen puntensysteem en krijg je gewoon een aantal producten. Dhr. zou graag willen kopen waar hij trek in heeft. Kan geen eigen vlees bestellen. Heeft behoefte aan: kalfsvlees, vis. Vermoed dat het per januari gaat veranderen aangezien iedere gedetineerde zijn bank rekening nummer moet gebruiken. Zou het gunstig vinden wanneer hij bijvoorbeeld zelf 2 maal per week naar de supermarkt kan gaan. In Amerswiel geen inkomstenpakket voeding. Andere inrichtingen krijg je wel een inkomstenpakket, echter is dit niet anders voor een diabeet. Wanneer je dit aangeeft, duurt het sowieso een aantal dagen voordat dit verandert. Zou het beter vinden wanneer dit wel voor handen is. Dit is voor een diabeet veel beter aangezien er mensen zijn die heel erg goed moeten opletten wat zij eten. Zou graag willen dat er een standaard inkomstempakketten zijn voor Diabetes 1 en 2 met daarin:

- Standaard zoetjes
- Bruin brood
- Diabetesjam

Beweging: Je kunt de hele dag lopen als je dat wilt. In een HvB o.i.d. kun je maar een uur luchten per dag en 1 à 2 maal per week sport. Zelf COPD dus heeft veel beperkingen en kan eigenlijk alleen maar wandelen. Sport dus zelf niet zoveel. Nee, je kunt de hele dag bewegen wanneer je wilt. Wanneer de fitnesscentrum open is, dan is er iemand aanwezig die je kunt begeleiden bij het trainen. Reguleren DM is makkelijker omdat hij in Amerswiel zit en een Koosjer maaltijd nuttigt.

Nooit een consult gehad van een diëtist. Alleen een pedicure en huisartsafspraken. Komt in maart vrij dus dhr. moet het dan oppakken. Verpleging heeft standaard informatie over voeding bij diabetes. Echter krijg je hier geen uitleg bij. Denkt wel dat het een meerwaarde zou zijn wanneer er iemand is die je hierin begeleidt en dhr. een beetje in de gaten kan houden. Hij gaat van zijn gevoel uit.



Interview 6

1. Kennis van diabetes mellitus

Kenns: Het wordt vaak naar Hindoestanen gerelateerd. Een van de voorouders zal het wel hebben gehad, "ik ben de pechvogel van de familie". Klachten: overgewicht, wondjes die niet goed genezen, oogklachten (zicht wordt slechter en wordt steeds erger). Ik heb last van etalagebenen. Is vervelend, ik ben namelijk een levendig persoon. Op het begin was dhr. er nog niet zo erg mee bezig, was irritant. Nu lijkt het erger te worden en regelmatig voor te komen. Ik ben echter niet iemand die regelmatig naar de dokter gaat. De huisarts heeft een 'diabetes-arts' ingeschakeld. Om de 3 maanden controles etc. Info wat zij vertellen was vrij duidelijk. Echter moet je zelf naar je lichaam luisteren en kijken wat je doet. Miste: Wat kun je zelf ondernemen of in groepsverband? Financieel had dhr. het niet makkelijk en wilde hier wel graag meer over weten. Wat kun je doen met beweging etc. Dhr. schrok wel van diagnose DM. Eerste reactie: kan ik hiermee omgaan? Kan ik blijven werken? Is wel voorzichtig geworden. Probeert zelf veel op voeding te letten en zoveel mogelijk te bewegen. Wanneer je niet zelf naar je lichaam luistert en op tijd actie onderneemt kunnen er gevolgen ontstaan. Ik probeer zo gezond mogelijk te eten, op tijd te gaan slapen, weinig 'rotzooi' in mijn hoofd rond te lopen. Bij snelle bewegingen -> 1 of 2 maal wat duizelig. Weet zelf niet zoveel over lage/hoge bloedsuikers. Weet niet hoe hij erachter kan komen of hij een hoge of lage bloedsuiker heeft.

2. Zelfmanagement

Heeft om de 2 maanden een afspraak staan bij de diabetes-arts (bij de huisartsenpraktijk). Vindt dit heel prettig. Je houdt zicht op het goed gaat. Heeft verder geen hulpmiddelen thuis, dus is blij met dit als hulpmiddel. Geeft veel adviezen waar dhr. erg blij mee is. Bijvoorbeeld: informatie/advies over gebruik van suiker.

Zit vanaf 15 sept in Amerswiel. Is na intake 1 à 2 maal gezien door MD ivm diabetescontrole. Ervaart geen verschil tussen controleafspraken binnen/buiten. In het begin ben ik volledig gecontroleerd en medicatie is gecontinueerd. Heeft 2 briefjes ingevuld, maar heeft nooit iets gehoord. Mist namelijk iets voor een diabeet in het voedingsassortiment. Heeft nooit een schrijven terug gehad dus is nooit bij de medische dienst geweest. Krijgt eten wat niet goed voor hem zou zijn. Na intake is dhr. 1 à 2 maal bij de MD geweest ivm bloedsuiker prikken. Ervaart de zorg wel als positief wanneer hij kijkt naar verpleegkundigen/arts. Dhr. heeft eigenlijk alleen medicatie gekregen en het gymen. Ik zou wel wat meer willen weten over voeding en aangepaste voeding willen aanvragen. Merkte in PI Zwaag ook dat het er niet was of dat het niet bekend was.

Wat is het verschil in de mogelijkheid tot zelfmanagement binnen en buiten detentie? Beide is goed. Echter voel je je buiten anders. Binnen detentie zit je vast aan bepaalde beperkingen en houdt je je meer aan bepaalde regels. Het gedetineerd zijn heeft een voordeel: namelijk op tijd naar bed, meer op voeding letten. Buiten let dhr. eigenlijk nooit op de tijd en werkt gewoon door. Dit deed hem niets, maar toen was dhr. ook nog jonger. Nu met diabetes -> werkt dhr. halve dagen en heeft dhr. geen moeite mee. Werken is dhr. niet vies van, denkt dat het buiten allemaal wel goed moet komen. Enige moeizame is voeding. Dhr. heeft een hartoperatie ondergaan, dus dan is aangepast werk mogelijk nodig. Gezien het feit dat hij ook etalagebenen heeft kan dit invloed hebben op werk. Dhr. heeft weinig conditie kunnen opbouwen.

Merkt wel wat last te hebben van stress. Maakt zich zorgen om ouders en dochter die alleen woont. Probeert hier zo weinig mogelijk over na te denken. Praat zo nu en dan met medegedetineerde, dit gaat goed. Denkt dat wanneer je meer last hebt van stress dit ook wel invloed kan hebben op de diabetes. Denkt eigenlijk niet dat stress geen invloed heeft op zelfmanagement. Is wel trots op zichzelf dat hij hier goed mee om kan gaan. Wanneer dhr. echt met iets zit trekt hij zich terug. Wil dan alles rustig op een rijtje krijgen. Heeft echter niet het idee dat het invloed heeft op zijn ziekte.



3. Invloed van detentie

Wist al dat hij diabetes had en had geen moeite met DM in detentie. Ik ervaar alleen iedere keer dat het personeel anders is wanneer ze je probeerden te leren kennen. Dan zijn ze wat vrijer. In het begin waren de vrouwen in PI Zwaag erg streng. Ervaart geen problemen met diabetes in detentie, dit veranderde ook niet tijdens detentie. Het is hetzelfde. Sinds dhr. weet dat hij diabetes heeft houdt hij hier rekening mee. Weet sinds 2009 dat hij diabetes heeft. Merkt weinig invloed. Denkt dat detentie eigenlijk nog beter is omdat je meer op zaken let en wat gestructureerder leeft. Is eigenlijk wel beter volgens dhr.

4. Voeding en beweging

Hier in Amerswiel houden ze wel rekening met 'diabeten', maar zou wel prettig zijn wanneer ze dit bij binnenkomst meteen rekening houden. Dan kunnen ze hier meteen op inspelen en vertellen waar je heen moet oid. Zo weet je als gedetineerde waar je heen moet voor voeding/beweging etc. Is Hindoestaans dus eet ook anders.

Merkt dat je als gedetineerde wel moeite hebt met dingen die je niet hard kunt maken. Denkt dat er iemand op de afdeling is die expres ander voeding voor dhr. besteld terwijl zij weten dat dhr. diabeet is. Echter staat niet gemeld dat dhr. diabeet is. Probeert zelf goed op te letten op de voeding die dhr. wordt aangeboden (vet, vlees etc). Kan zelf koken dus dat is een pluspunt, ook fruit etc. Mist vooral vis. Krijgt wel iets, maar dit is meer voor de friteuse. Krijgt dit 2 maal per week, maar vraagt zich af of het wel zo gezond is uit de friteuse. Vond het aanbod van het inkomstenpakket wel goed, maar ze houden geen rekening mee dat je Hindoe bent. Er zit vaak rundvlees in, moest het dan met brood doen. Ze vragen bij inkomst niet wat je eet. Dhr. is verder best wel kieskeurig. Kreeg verder wel alles; brood, melk, boter etc. Kon dit ook wel goed met diabetes. Had eerste week wel meteen teveel suiker genomen; jam, pasta etc. Moest direct verhogen met medicatie (Metformine). Denkt wel dat dit mogelijk anders had kunnen zijn wanneer het inkomstenpakket al is aangepast op diabeten. Had al het eten uit het inkomstenpakket omdat dhr. niets anders had om te eten. Zou graag wat persoonlijk begeleiding willen. Dhr. heeft ook andere fysieke klachten dus kan hulp goed gebruiken. Zou graag informatie/advies willen krijgen over voeding binnen detentie. Denkt dat het een meerwaarde zou hebben voor diabeten. Heeft buiten wel eens contact gehad met een diëtist. Kreeg hierdoor wel beter zicht op hoe om te gaan met diabetes.

Probeert het wel aan medegedetineerde door te geven die voeding regelt.

Zal een briefje invullen wanneer hij zich niet lekker voelt, voelt zich hierin wel voldoende gehoord. Zou het belangrijk vinden dat bij inkomst meteen rekening wordt gehouden met diabetes. Zodat je geen voeding hoeft te eten die eigenlijk niet goed is, maar dat het wel moet omdat er niets anders is. In PI Zwaag kreeg je gewoon je maaltijd, daar moet je het mee doen. Bij de medische dienst werd er wat mee gedaan, maar qua voeding niet. Kreeg minstens 1 maal per week verkeerde voeding, vooral rundvlees.

Het is een oplossing dat je zelf kunt koken, dan krijg je de kant-en-klare maaltijden niet.



Interview 7

1. Kennis van diabetes mellitus

Als dhr. zijn ziekte niet goed onder controle heeft -> wordt dhr. duizelig. Blijft veel op cel. Heeft informatie van huisarts gekregen, was erg goed. Vindt informatie binnen detentie niet duidelijk, wordt weinig tot niets verschaft. Gebruikt +/- 10-15 jaar Metformine. Dhr. wist niets over voeding. Toen dhr. hoorde dat hij diabetes had, is hij op zijn voeding en frisdranken gaan letten. Veel stress kan invloed hebben op hoge/lage suikers. Slecht eten/veel suikers. Krijg last van duizeligheid en jeuk op het lichaam. Dhr. is soms erg aan het zweten 's nachts. Kan niet zelf controleren hoe suikers zijn. Risico's: Stress en zoete dingen eten.

2. Zelfmanagement

Gaat buiten ongeveer iedere 2 weken naar het ziekenhuis i.v.m. controle diabetes. Gaat heen wanneer hij zich niet lekker voelt. Geen vaste afspraken bijvoorbeeld iedere 3 maanden. Thuis heeft dhr. een controleapparaatje en kan hij zelf zijn suikers checken. Hierbinnen kan dhr. niets. Er wordt iedere 3 maanden bloed afgenomen. Hier binnen vindt dhr. de controleafspraken niet goed. Weinig toegankelijkheid van de medische dienst/verpleegkundigen. Ook krijgt dhr. problemen met bewaking wanneer hij een briefje schrijft. Ik ervaar geen goede zorg omtrent medicatie. Wil wel een briefje schrijven, maar krijgt dan problemen met bewaking. Hierdoor is het lastig om diabetes goed te kunnen reguleren.

Wat mist u binnen detentie? Goede voeding. Toegankelijkheid van medische zorg. Is ervan overtuigd dat er binnen niets gebeurd aan zorg en dat dhr. zelf weinig kan doen omtrent voeding. Veel last van stress, belt veel naar huis. Vooral financiële problemen. Dhr. heeft veel last van hoofdpijn.

3. Invloed van detentie

Ik vind dat ik te weinig wordt gehoord. Voeding is slecht, heeft de eerste week niets gegeten, slechte zorg. Kan geen briefje schrijven anders krijgt dhr. problemen met de bewaking. Vindt de situatie waarin hij zit slecht -> voeding is niet geregeld. Zorg vindt dhr. ook niet goed. Vindt dat de medische dienst niet goed toegankelijk is. Ik kan niet goed voor mijzelf zorgen. Ik ben afhankelijk zijn van de bewaking en verpleegkundigen.

4. Voeding en beweging

Geen gezond eten in detentie. Ik eet dus meer brood. Dhr. vindt het eten erg oud, oude rijst etc. Vraagt om extra brood. Eet dan dus ook meer zoet beleg. Gooit kaas/vlees weg, brood komt uit de vriezer. Zo goed mogelijk zelf boodschappen te bestellen wanneer er geld wordt gestort. Koopt dan komkommer/tomaat/beschuit etc. Zou het liefste meer geld willen hebben zodat hij dit kan besteden aan boodschappen. Huisarts geeft aan dat dhr. vis moet eten -> krijgt hij hier niet.

Dhr. vond het geen goed inkomstenpakket. Er zaten allerlei zoete middelen in het pakket. Had liever pindakaas/kaas willen zien in inkomstenpakket.

Dhr. vindt dat hij hier voldoende beweging krijgt. Werkt in de linnenkamer en kan zo nu en dan naar de fitnessruimte. Nee, ik kan zelf geen bloedsuikers controleren. Ook voeding is erg slecht. Heeft geld nodig om eigen boodschappen te doen.

Is dhr. wel eens bij een diëtist geweest. Was hierover tevreden, heeft veel geleerd. Zou goed zijn als er een diëtist ook binnen detentie benaderbaar zou zijn.



Interview 8

1. Kennis van diabetes mellitus

welke gevolgen (complicaties) kunt u noemen als u uw diabetes mellitus niet goed reguleert? Dhr. heeft zich er goed in verdiept. Weet complicaties: oogproblemen, nierproblemen, erectieproblemen, voetproblemen etc. Er is veel verteld door de poh'er buiten. Heeft ook zelf op internet info opgezocht. Heeft het idee dat hij het meeste wel weet. Zit ook in de familie heeft dus al iets meer ervaring. Info was erg duidelijk.

Ik schrok er niet zo heel erg van. Hield er eigenlijk al rekening mee. Moeder was ook diabeet en spoot insuline. Heeft dus de nodige zaken al meegekregen.

Wat zou u zelf kunnen betekenen in het signaleren en/of voorkomen van complicaties?

Zorgen dat je suikers goed blijven dmv metingen. Wanneer het te hoog is ging dhr. buiten naar de POH. Wanneer suikers binnen detentie hoog zullen zijn zal hij een afspraak maken met de medische dienst. Wanneer suikers te hoog zijn zal hij meer bewegen. Welke risico's: Stress. Verkeerde voeding (teveel suikers in producten, kijkt naar wat er in het toetje zit).

Vleeswaren en kaas is hier varkensvlees of 48+. Ik vind dit eigenlijk geen keuze. Bij de weekafgifte kun je een aantal artikelen bestellen; pindakaas, suiker etc. Mist hierin de hartige artikelen. Krijgt inmiddels ipv zoetigheid wel smeerkaas.

2. Zelfmanagement

Heeft buiten contact met POH waar dhr. iedere 3 maanden heen gaat. Gaat ook jaarlijks voor controle. Ervaart buiten detentie dat de zorg erg fijn is. Weet waar hij aan toe is. Je weet dat er een stukje zorg wordt verleent. Vindt het prettig dat hij weet dat ook de suikers op lange termijn goed zullen zijn. Wanneer dhr. vragen heeft kan hij terecht bij de POH. Is na intake weer op MD geweest ivm controle van suiker en bloedafname. Dhr. vindt de controleafspraken eigenlijk binnen wel hetzelfde als buiten detentie. Toegankelijkheid is goed. Is pas 2 weken binnen, maar is voldoende geholpen. Kan terecht met vragen etc.

Aangepaste voeding is eigenlijk het enige wat dhr. behoeft. Geloofsovertuiging -> kan voeding worden aangepast. Echter bij een diabeet niet. Adviseert een diabetesmenu samen te stellen voor mensen die binnenkomen met diabetes. Dhr. mist dat hij de juiste voeding in detentie krijgt.

Het verschil in de mogelijkheid tot zelfmanagement binnen en buiten detentie? Dhr. merkt weinig verschil. Het enige wat moeizaam gaat is voeding. Merkt dat suiker omhoog schiet wanneer zich veel stress voordoet. Dhr. kan hier aardig mee omgaan. Gaat dan veel bewegen zodat hij bezig blijft en zodat de suikers wat omlaag gaan. Kan zich ertoe dwingen omdat dit opweegt tegen het niet lekker voelen.

3. Invloed van detentie

Inkomsten -> voeding die in het inkomstenpakket stond heeft dhr. zelf weggegooid (iig de suikerproducten). Medicatie tijdens inkomst ging het weekend niet helemaal goed. Na het weekend is alles goed gegaan. Hoe ervaart u het hebben van diabetes mellitus in detentie? Is er een verschil met buiten detentie? In principe gaat dit prima. Dhr. heeft geen problemen met het reguleren van diabetes. Kan zich goed aanpassen aan omstandigheden. Heeft diabetes goed onder controle. Kennis is ook goed.

4. Voeding en beweging

Voeding: ontevreden. Dhr. doet niet mee aan bewegingsaanbod binnen detentie. Voelt zich niet helemaal op zijn plek en doet daarom aan beweging op cel. Dhr. vindt wel dat er voldoende aanbod is. Dhr. vindt dat er qua voedingsmiddelen wel het een en ander aan schort. Inkomstenpakket mag worden aangepast. Vindt het gek dat er een verschil wordt gemaakt in geloofsovertuiging en mensen die vegetarisch zijn, maar er wordt geen rekening gehouden met diabeten. Enige wat ik anders zou willen zien is dat er een verandering in de dagvoeding plaatsvindt. M.n. hartig beleg, meer groente en minder aardappels, zoetjes ipv vele koolhydraten en suikers in voedingsaanbod. Het inkomstenpakket stond gewoon op cel.



Pindakaas, 3 pakjes suiker, melk en vleeswaren. Dit is niet goed voor iemand met diabetes. Heeft de zoete artikelen dan ook niet genomen en weggegooid. Dus hij at de maaltijd en brood/kaas/vlees wat hij kreeg. Heeft na één week aangepaste voeding gekregen. Ik moest wel erg wennen aan het feit dat hij een warme maaltijd tussen de middag kreeg en niet meer 's avonds.

Dhr. doet niet mee aan bewegingsaanbod binnen detentie. Voelt zich niet helemaal op zijn plek en doet daarom aan beweging op cel. Dhr. vindt wel dat er voldoende aanbod is. Middelen zijn voldoende, alleen aan voeding schort het een en ander. Is op vrijdagavond binnengekomen na werktijd. Heeft toen een aantal maal doorgegeven dat dhr. medicatie gebruikt. Echter was dit niet goed begrepen en kreeg dhr. 's avonds verkeerde medicatie. Volgende ochtend kreeg dhr. ook maar 1 middel en moest er weer worden gebeld naar de GGD-arts. Medicatie is daarna allemaal goed gekomen. Krijgt 's ochtends medicatie in dagportie. Zelf gebruikt dhr. geen zoetjes, maar zou wel goed zijn wanneer dit beschikbaar is voor iemand met diabetes.

Dhr. loopt bij een diëtist. Heeft wel goede adviezen gekregen hoeveel vis/groente/fruit etc. dhr. moet innemen per dag. In dhr. zijn situatie is een diëtist niet echt nodig tijdens detentie. Echter denkt ik wel degelijk dat het van belang is voor mensen die nog erg veel moeite hebben met regulatie van bloedsuikers.



Interview 9

1. Kennis van diabetes mellitus

Wat weet u van diabetes mellitus: Zweten bij hoge bloedsuiker. Bij lage bloedsuiker -> juist duizelig. Veel dorst. Voeten vaak warm/koud. Weet vooral veel doordat ouders beide zwaar diabetespatiënt zijn. Dhr. heeft ook meer informatie gekregen via huisarts en ziekenhuis. Zou graag willen weten hoe hij na jaren slordig omgaan met diabetes, hoe alles ervoor staat. Zou graag een check-up willen. Buiten gaat stress en werk voor en is dhr. minder met diabetes bezig. De informatie was duidelijk, ik zeg het eerlijk...ik heb mij buiten detentie niet goed aan de adviezen gehouden. Ik vulde zelf wat bloedsuikerwaardes in, zodat het leek alsof ik goed bezig was met mijn ziekte.

Ik schrok niet, weet dat ouders (welke gelukkig nog leven) er goed mee leven. Maar dhr. snapte niet de verschijnselen bij ouders nooit zo goed. Dat zij veel water dronken, maar dat zij nog steeds dorst hadden. Dhr. begrijpt dit nu beter. Ogen werden slechter en dacht toen dat er iets niet klopte en heeft HA gebeld. Zag meteen dat suiker niet goed was.

Dhr. heeft gemerkt dat je structuur nodig hebt in voedingspatroon. Dan geeft dit betere resultaten. Werd wakker met koffie en sigaretten en 's avonds at hij snel iets bij de benzinepomp. Om 21.00 – 22.00 uur ging dhr. dan zijn warme maaltijd opwarmen. Door middel van structuur aan te brengen in voedingspatroon denkt dat dhr. beter complicaties kan voorkomen.

Welke risico's: Oogklachten, nierklachten, ledematen amputaties. Doorbloeding, tintelingen in vingers.

2. Zelfmanagement

Voor het laatst +/- 3 jaar geleden voor controle geweest. Bloedafname +/- 1,5 – 2 jaar geleden voor het laatst bloed afgenomen. Is veel aan het werk. 'Vergeet' hierdoor de afspraken. Ziet werk als belangrijker. Detentie heeft dhr. zijn ogen wel geopend, want heeft nu de tijd en rust om na te denken over de dingen die belangrijk zijn zoals familie, vrienden en gezondheid. Ik word buiten detentie geleefd door mijn werk. Dhr. gaat bijna niet/nooit naar een controleafspraak. Weet wel dat dit belangrijk is. Na intake heeft dhr. één controle-afspraak gehad. Dhr. heeft bloedafname gedaan, waarden zagen er goed uit. Er is weinig ervaring met controleafspraken, omdat dhr. buiten de afspraken 'vergeet'. Bij doorvragen blijkt dhr. Therapie ontrouw. Heeft afspraken niet nagekomen.

Welke zorg heeft u binnen detentie gekregen om uw diabetes mellitus goed te reguleren?

Mist middelen zoals meetapparaatje -> is het niet eens met het feit dat hij een nieuw apparaatje kreeg. Wil zijn eigen middelen omdat hij bekend is in het gebruik ervan. Dhr. heeft hierbinnen meer tijd voor beweging en doet dit dan dus ook wel. Ik had graag over eigen middelen (bloedsuikerapparaatje) willen beschikken.

Stress heeft volgens dhr. een grote invloed op diabetes. Dhr. zat eerste week AB en heeft het idee dat er dan zo min mogelijk contact mag (ook van piw'ers). Suikers worden beïnvloed door stress.

3. Invloed van detentie

Klachten: Dhr. had buiten een meetapparaatje, was erg tevreden. Toen naaldjes op waren heeft familie nieuwe gebracht. Heeft echter een nieuw apparaatje gekregen omdat deze 'beter' zou zijn. Mocht dus eigen apparaatje niet gebruiken. Dhr. vindt dit apparaatje 'irritant', moeten veel meer handelingen plaatsvinden wil hij zijn suiker prikken. Doet dit uit principe dus niet meer! Dhr. kreeg tijdens inkomstenpakketje allerlei zoete producten. Zat eerste week in beperkingen, dus had niet tot bijna geen contact met iemand. Wist aan het begin van detentie dat zijn suikers te laag waren (had toen nog wel een apparaatje). Echter was het inkomstenpakket op. Kon dus niets kopen de eerste week/10 dagen.

Hoe ervaart u het hebben van diabetes mellitus in detentie? Is er een verschil met buiten detentie? Aan de ene zijde is het beter dat dhr. meer structuur heeft en kan hierdoor zich meer richten op zijn gezondheid. Buiten detentie was dhr. meer aan het werk en was niet



bezig met Diabetes. Andere zijde vindt dhr. het erg vervelend dat hij geen eigen middelen (apparaatje) mocht meenemen. Invloed detentie: Voor dhr. is het eigenlijk beter. Is veel meer bezig met zijn gezondheid dan buiten. Buiten nam dhr. hier de tijd er niet voor en hier is hij er meer over aan het nadenken. Het is wel vervelend dat door stress binnen detentie, voeding en bloedsuikerapparaatje diabetes negatief wordt beoordeeld.

4. Voeding en beweging

Dhr. voelt zich veel beter nu hij niet meer AB zit. Heeft het idee dat hij daardoor beter met ziekte kan omgaan. Eerste week AB dus alles liep verkeerd, geld storten, even-oneven week. Leverde veel stress op -> invloed op de suikers. Kon dit niet afstemmen met zijn voeding, gebruikte jam om lage bloedsuikerwaarden te verhelpen. Spoot dezelfde hoeveelheid insuline als buiten detentie, maar alles veranderd in detentie. Doordat dhr. de financiële middelen heeft kan hij zelf middelen kopen waaraan hij behoefte heeft of extra voeding. Hij vraagt ook nog wel eens extra fruit o.i.d. aan degene die voeding uitdeelt. Dhr. vindt dat tijdens de inkomstenprocedure weinig rekening wordt gehouden met diabetes. Dhr. kreeg te weinig eten en te zoet. Had graag wat hartiger beleg willen hebben. Er wordt verder geen onderscheid gemaakt tussen een gedetineerden met/zonder diabetes. Dhr. vond dit te weinig voor de eerste week. Heeft toen wel van de medische dienst (bij intake) Dextro gekregen. Dit was na 1 dag geregeld. Politiebureau was nog erger!

Genoeg bewegingsmogelijkheden. Voor dhr. is er sowieso meer mogelijkheid dan buiten (daar te druk voor werk).

Heeft u voldoende middelen?

- Had liever meer hartig beleg gehad dan suiker beleg.
- Mist eigen middelen zoals bloedsuikerapparaat van thuis.

Is buiten eenmalig bij de diëtist geweest, daarna door drukte niet. Zou hierbinnen detentie wel behoefte aan hebben. "Ik ben iemand die aan zijn oren moet worden getrokken."



BIJLAGE VI: Werkinstructie 'Diabetes mellitus'

WERKINSTRUCTIE/ INFORMATIE	
Diabetes mellitus	
Bestemd voor: verpleegkundigen	Onderdeel van procedure:
Versie: 1.2	Uitgiftedatum: Januari 2015

Doel:

Het beschrijven van te nemen stappen t.b.v. een gedetineerde met diabetes mellitus

Diabetes

- Type 1 → - De alvleesklier maakt geen insuline "meer"
- Type 2 → - De alvleesklier maakt onvoldoende insuline
- Het lichaam is ongevoelig voor insuline/insulineresistentie

Nieuwe inkomsten met diabetes

- Alle inkomsten met diabetes gaan naar de huisarts Volgens de NHG standaarden Cardiovasculair Risico Management en Diabetes Type 2 is de streefwaarde LDL cholesterol < 2,5 . Wel staat er in de Diabetes type 2 standaard als kernpunt: "Schrijf een statine voor ongeacht de uitgangswaarde van het cholesterolgehalte, tenzij de patiënt tot de subgroep behoort bij wie de indicatie minder strikt is en/of de patiënt hiervan afziet."
- Bij alle insuline gebonden gedetineerden wordt binnen een week een bloedsuiker dagcurve bijgehouden. (Afspraak in agenda plannen) Dagcurve wordt beoordeeld door de huisarts.
- Bij alle niet insuline gebonden gedetineerden wordt binnen een week bloedsuiker nuchter uitgevoerd. Indien hoger dan 7.0, naar huisarts.
- Identificeer alle gedetineerden met insuline op risico voor hypoglycemie of hyperglycemie

Risicogroepen:

- Overgewicht BMI >25 (kans 1:3)
- Hindoestanen boven 40 jaar (kans 1:5)
- Afkomstig uit Turkije en Marokko met overgewicht en leeftijd > 40(kans 1:4)

De intake

Tijdens de intake worden bij diabetes naast de verpleegkundige intake de volgende vragen gesteld en ingevuld in het **risicoprofiel diabetes mellitus**:

- Type diabetes
- Hoelang bekend met diabetes
- Huidige therapie buiten de inrichting (diabetesverpleegkundige, ziekenhuiscontroles)
- Wanneer voor het laatst een controle gehad (jaarlijkse, 3 maandelijks, controle ziekenhuis)
- Alcohol en drugs gebruik buiten de inrichting
- Complicaties wat de diabetes kan ontregelen zoals; depressies, stress, suïcidale ideeën
- Complicaties naast de diabetes zoals; cardiale klachten, voetklachten, oogklachten, trombose benen
- Medicatie voor de diabetes, hoeveelheden en tijden voor inname
- Soort insuline en aantal eenheden
- Andere medicatie gebruik naast de medicatie voor de diabetes
- Soorten prik lancetten en aantal per dag



- Wanneer voor het laatst een hypo of een hyper
- Hoe gaat de gedetineerde om met zelfcontroles (zelfmanagement)
- Kennis over diabetes bij de gedetineerde, educatie
- Voeding (dieet, koolhydraatname, maaltijden, tussendoortjes)
- Aanbieden van diabetesverpleegkundige/diëtist

Wanneer blijkt dat een gedetineerde buiten vrijwel geen zorg meer heeft gekregen t.a.v. de diabetes dan verwijzen naar de arts voor beoordeling en beleid. Klopt het aantal eenheden insuline nog, het aantal mg orale antidiabetica, aanwezigheid van risico's op hyper- en hypoglycemie. Eventueel wordt er gestart met een **instel-fase (maand 1 t/m 3)** of een vervolgspraak voor de **3-maandelijke controle**.

Tijdens de intake worden de volgende controles uitgevoerd bij de gedetineerden met diabetes:

- Bloedglucose nuchter
- Bloeddruk
- Pols
- Gewicht
- Lengte

Tijdens de intake wordt het volgende meegegeven aan de gedetineerden op cel:

- Aantal prik lancetten wat gedetineerden de dag van binnenkomst nodig heeft
- Dextro-energie tabletten
- Bloedglucose meetapparaat (insuline afhankelijk)
- Prik lancetten 2x
- Insulinepennen die op dat moment gebruikt worden
- Insulinenaalden
- Naaldencontainer
- Weekverstrekking orale antidiabetica (mits gedetineerde hier verantwoord mee kan omgaan)
- Teststrips voor bloedglucose meter
- Dagcurve dagboekje
- Dagelijks half brood via de keuken

Wanneer bovenstaande op is, de mededeling geven dat gedetineerden tijdig via een sprekersbriefje om nieuw materiaal vraagt.

Na de intake zal de verpleegkundige:

- Binnen een week een afspraak maken voor het afnemen van een bloedsuiker dagcurve, of het dagcurveboekje doornemen.
- De gedetineerde op de agenda van de huisarts plaatsen.
- De keuken inlichten ivm verstrekking van dagelijks half brood en beleg.

Coördinatie

De verpleegkundigen met aandachtsgebied diabetes mellitus hebben een coördinerende rol in de zorg voor de gedetineerden met DM. Verpleegkundigen met aandachtsgebied DM dragen zorg voor:

- Coördinatie o.a. door het up-to-date houden van het aantal diabetici binnen dit HvB, middels Excel bestand Diabetenlijst.
- Vervolgcontroles inplannen.
- Inschakelen van overige disciplines zoals diabetes verpleegkundige en/of diëtist.
- Bijhouden/overdragen van kennis en actualiseren van protocollen m.b.t. DM.
- Materiaal gebruik en onderhoud.



Educatie

Er wordt nagegaan of de gedetineerden goed inzicht heeft in zijn ziektebeeld. In het kader van zelfmanagement is het van belang dat gedetineerden met diabetes educatie ontvangen, zodat zij zo goed mogelijk weten welke bijdrage zij zelf aan de behandeling kan leveren.

De verpleegkundige geeft uitleg over het ziektebeeld en de daaruit voortvloeiende noodzaak van periodiek onderzoek, 3 maandelijks controle en jaarlijkse controle.

Tevens geeft de verpleegkundige voorlichting over:

- Achtergronden van het ziektebeeld
- Niet medicamenteuze adviezen; roken, gezonde voeding en voldoende beweging.
- Verwijzing naar de diëtist *
- Behandeling en controle beleid

De educatie moet aansluiten op de individuele behoeften, mogelijkheden en gewoonten van de gedetineerden.

Als aansluiting van de mondelinge voorlichting, kunnen de verpleegkundigen en/of de artsen de gedetineerden de NHG-patiëntenbrieven meegeven over de volgende onderwerpen:

- Behandeling van diabetes
- Controles bij diabetes
- Diabetes algemeen
- Ontregeling van de bloedsuiker
- Verhoogd risico op diabetes
- Voedingsadvies bij diabetes
- Voetverzorging bij diabetes

* Voorkeursmoment voor verwijzing naar de diëtist volgens de artsenwijzer diëtetiek:

direct na het stellen van de diagnose en in de volgende situaties:

- volwassenen: indien er sprake is van overgewicht, ondergewicht, ongewenste gewichtstoename of gewichtsverlies van meer dan 5 kg in 3 maanden en/of buikomvang bij mannen > 94 cm en/of hypertensie en/of afwijkend vetspectrum in een latere fase dan na het stellen van de diagnose
- bij verandering van de soort, dosering en toediening van de bloedglucoseverlagende medicatie (tabletten en/of insuline)
- indien de patiënt optimaal effect wil behalen met zelfcontrole
- indien onderzocht moet worden of de voedingsgewoonten van de patiënt een optimale regulatie in de weg staan
- indien er sprake is van een niet optimale diabetesregulatie in het algemeen
- bij verandering van leef- of werkomstandigheden (detentie)
- indien er sprake zou kunnen zijn van een eetprobleem
- indien er sprake is van maag-darm problematiek
- indien er sprake is van complicaties, waarbij aanpassing van de voeding zinvol is (bijvoorbeeld bij nierinsufficiëntie en gastroparese)
- indien er andere specifieke vragen of problemen met de voeding zijn.

Relevante gegevens voor de diëtist:

- diagnose: diabetes mellitus (DM) + typering (1 of 2 met/zonder te hoog gewicht), duur van de DM, mogelijke complicaties (nefropathie, neuropathie, gastroparese), eventuele comorbiditeit
- laboratoriumgegevens: HbA1c¹, glucose, totaal cholesterol, triglyceriden, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol (lipidenwaarden net na het stellen van de diagnose DM zijn niet geheel betrouwbaar in verband met verstoring door hyperglycemie)
- medicatie: orale bloedglucoseverlagende middelen/insuline soort, dosering en toediening



- overig: lengte, gewicht(sverloop), middelomtrek, bloeddruk.

Overgenomen uit: NVD (Nederlandse Vereniging van Diëtisten) (2015). Artsenwijzer Diëtetiek. Op internet: <http://www.artsenwijzer.info/site/index.php?page=15&lg=nl>. Geraadpleegd op 10 januari 2015.

Zelfcontrole

Gedetineerden worden gestimuleerd om op cel zelfcontroles uit te voeren.

Benodigdheden:

- Bloed glucosemeter
- Teststrips
- Prikpen
- Lancet

Gedetineerden kunnen op cel dagelijks een zelfcontrole doen t.a.v. de bloedglucose.

Gedetineerden noteren dit in een dagboekje, bij afwijkende waarden wordt de verpleegkundigen ingeschakeld. Verpleegkundigen bekijken de gevonden waarden wekelijks in het dagboekje, om op deze manier de controles in de gaten te houden en eventuele afwijkende waarden te bespreken.

Instel-fase (maand 1 t/m 3)

Binnen een week na intake wordt bloedsuiker dagcurve uitgevoerd:

- 9.00 uur (niet nuchter)
- 14.00 uur
- 19.00 uur

Van te voren door de arts een labformulier inlaten vullen voor:

- HBA1C
- Leukocyten
- Nitriet
- Totaal cholesterol (HDL, LDL, triglyceriden)
- Eventueel op indicatie bij diuretica of RAS remmer: Kalium
- Kreatinine + MDRD
- Microalbuminurie (urine)

Informatie aan patiënt:

- De aard, het doel, de frequentie en het belang van de controles uitleggen
- Prognose, vroege en late gevolgen bespreken en hoe deze te beïnvloeden. Nagaan van huidige zelfkennis en voorlichten.
- Leefstijl
- Medicatie gebruik (werking, tijdstip van inname, bijwerkingen)
- Hypers/ hypo's en hoe hierbij te handelen
- Verwijzing naar diëtist en diabetes verpleegkundige:
 - Doel behandeling, koolhydraatverdeling
 - Relatie voeding/ diabetes
 - Relatie gewicht/ diabetes

3-maandelijkse controle

De gedetineerden met diabetes komen eerst bij de verpleegkundigen voor de 3-maandelijkse controle.

- Wanneer de labuitslagen binnen zijn gaat de 3 maandelijkse controle beginnen
- Gedetineerde neemt diabetesdagboekje mee voor de waarden van de glucose.
- Voor iedere 3 maandelijkse controle, wordt er een dagcurve met de gedetineerden afgesproken:
 - 8.00 uur (nuchter)
 - 14.00 uur
 - 21.00 uur
- De verpleegkundige informeert naar het welbevinden van de gedetineerden:



- o Optreden van verschijnselen die wijzen op hyper- of hypoglycemie
- o Meten van het lichaamsgewicht
- o Beoordelen van de ontwikkeling van het lichaamsgewicht. Zie *Voorkeursmoment voor verwijzing naar de diëtist
- o Meten van bloeddruk
- o Vraagt naar problemen op het gebied van voeding- en bewegingspatroon. Zie *Voorkeursmoment voor verwijzing naar de diëtist
- o Vraagt naar het welbevinden
- o Bespreekt de dagcurve met de gedetineerden
- o Spuitplaatsen controle bij insuline afhankelijke DM.
- o Vragen naar voetklachten, bij klachten doorverwijzen naar de huisarts
- o Medicatie controles (Insuline, anti-diabetica, overige medicatie bespreken) nog juist ingesteld.

De verpleegkundige omschrijft de verkregen informatie in het dossier van de gedetineerde en maakt een afspraak bij de huisarts bij afwijkende waarden en metingen. De huisarts leest altijd de controles na, en bij onduidelijkheden wordt de gedetineerde opgeroepen. Gedetineerden krijgen ook de labuitslagen van controles mee op cel i.v.m. de continuïteit van zorg.

Jaarlijkse controle

Van te voren wordt er nuchter een labonderzoek gedaan, en er wordt ochtend urine opgevangen voor het controleren van albumine/Kreatinine.

Zodra de uitkomsten binnen zijn, wordt er een afspraak gepland voor alle controles. De controles die niet uitvoerbaar zijn op de afdeling worden in overleg met de arts uitgevoerd in het WFG.

Ook wordt er van te voren een dagcurve gedaan:

- 8.00 uur (nuchter)
- 14.00 uur
- 21.00 uur
- Van te voren door de arts een labformulier inlaten vullen voor:
 - o HBA1C
 - o Leukocyten
 - o Nitriet
 - o Totaal cholesterol (HDL, LDL, triglyceriden)
 - o Eventueel op indicatie bij diuretica of RAS remmer: Kalium
 - o Kreatinine
 - o Albumine
- Er wordt een anamnese gehouden over:
 - o Dieet
 - o Bewegingspatroon
 - o Roken
 - o Neuropathieklachten
 - o Visus klachten
 - o Angina pectoris
 - o Bespreek de waarden uit het labonderzoek en noteert deze in het dossier
 - o Bespreken van de dagcurve
- De verpleegkundige doet lichamelijk onderzoek:
 - o Gewicht
 - o Lengte
 - o Bloeddruk
 - o Pols
 - o Sensibiliteit van de voeten (met behulp van monofilament of stemvork)
 - o ECG



o Infiltraten controle

Alle bevindingen worden in het dossier genoteerd. Bij afwijkingen gaat de gedetineerde naar de huisarts. Gedetineerden krijgen ook de labuitslagen van controles mee op cel i.v.m. de continuïteit van zorg.

Transport en/of overplaatsing

Voordat een gedetineerde op transport en/of overplaatsing gaat zullen de verpleegkundigen een overdracht maken die het ziektebeeld van de gedetineerde weergeeft.

In de overdracht komen de volgende aspecten aanbod:

- De huidige medicatie, de tijden en de hoeveelheden
- De datum en tijd van de laatste medicatie inname
- De recente resultaten van een verricht onderzoek
- Recente datum hyper- of hypoglycemie, verloop van de hyper- en hypoglycemie,
- Diabetes complicaties
- Wanneer een inrichting verantwoordelijk is voor ziekenhuisafspraken en andere afspraken worden deze afspraken overgedragen naar een andere inrichting zonder dat een gedetineerde dit te weten komt
- Naam, telefoonnummer, faxnummer, email van een contactpersoon van de huidige inrichting die belangrijke informatie kan geven die de andere inrichting wil weten
- Diabetesdagboekje
- De gedetineerden nemen hun eigen meetapparaat, strips en prikpenen mee naar de andere inrichting.

De overdracht wordt via email verstuurd naar de andere inrichting of wordt in een envelop meegenomen door de bewaking van transport, afgesloten met een stempel erop van medisch geheim.

De inrichting die de gedetineerden op transport laten gaan, houdt rekening met de tussendoortjes voor gedetineerden met diabetes en de tijden waarop een gedetineerde met diabetes moet eten.

Streefwaarden

Controles	Streefwaarden
Nuchtere glucose	4-8 mmol/l
Niet Nuchtere glucose	< 9 mmol/l
HBA1c	< 53 mmol/l (7%)
Body Mass Index (BMI)	< 25
Totaal cholesterol	< 4,5 mmol/l
LDL	< 2,5 mmol/l
Triglyceriden	< 2,0 mmol/l
Bloeddruk	<130/80 mmHG
Albumine/Kreatinine (bij mannen)	> 2,5 g/mol
Albumine/Kreatinine (bij vrouwen)	>3,5 g/mol



Voetzorg: www.diabetes-zorg.nl