

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 712

09.30 – 10.00	Autonome neuropathie, droge stof	B. Pagrach, diabetes verpleegkundige, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
10.00 – 10.30	De zoete wondgenezing	C. van Bommel, diabetes verpleegkundige, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
10.30 – 11.00	Pauze	
11.00 – 11.30	Wondbedekkers, wat kiezen we om 't vochtig te houden?	R. Mannupassa, wondconsulent, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
11.30 – 12.00	Bewoners met een diabetische voet in een verpleeghuis	Dr. C. Nieuwenhoff, verpleeghuisarts, Avoord zorg & wonen, Etten Leur
12.00 – 12.30	Therapietrouw bij patiënten met een diabetische voet	E. Lenselink, wondconsulent, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
12.30 – 14.00	Pauze	
14.00 – 14.30	De hygiëne bij patiënten met een diabetische voet	E. Bibollet-Ruche, wondconsulent Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam V. Oostendorp, decubitus- en wondconsulent, Amphia Ziekenhuis, Breda
14.30 – 15.30	Casuïstiek bespreking over de patiënt met een diabetische voet	R Ottens, podotherapeut, Nijmegen L. Muskita, gipsverbandmeester, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht M.van der Vlugt, verpleegkundig specialist wondzorg, Diaconessenhuis, Leiden
15.30 – 16.30	Afsluiting in Expozaal	
	Uitreiking WCS Award 2009	R.M. Baljon, voorzitter WCS
	Artiest + jubileumborrel	

09.30- 10.00 Autonome neuropathie, droge stof

B. Pagrach, diabetes verpleegkundige

Door autonome neuropathie reageren de bloedvaten minder adequaat. Het gevolg is dat hierdoor de huid minder goed wordt voorzien van zuurstof en voedingsstoffen.

Wat zijn de consequenties voor de voet van deze afnemende functie?

Wordt deze complicatie van neuropathie bij de diabetische voet onderschat door de professional?

En wat zijn de gevolgen als er zelfs een combinatie is van autonome en motorische neuropathie? In de presentatie zal de autonome neuropathie verder worden behandeld. Autonome neuropathie is zeker geen droge stof.

10.00 – 10.30 De zoete wondgenezing

C. van Bommer, diabetesverpleegkundige

11.00 – 11.30 Wondbedekkers, wat kiezen we om 't vochtig te houden?

R. Mannupassa, wondconsulent

11.30 – 12.00 Bewoners met een diabetische voet in een verpleeghuis

C. Nieuwenhoff, verpleeghuisarts

Diabetische voet in het verpleeghuis; wat (nog) te doen?

In Nederland zijn ongeveer 330 verpleeghuizen, waar specialisten ouderengeneeskunde de medische zorg verlenen. Deze artsen zijn gespecialiseerd in de zorg aan chronisch zieke en kwetsbare - veelal oudere - patiënten die door psychische en/of lichamelijke oorzaken niet meer voor zichzelf kunnen zorgen of de regie over hun eigen leven zijn kwijt-

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 712

geraakt. Ook aan patiënten op verpleeghuisafdelingen van verzorgingshuizen en in extramurale voorzieningen verlenen specialisten ouderengeneeskunde deze zorg. Het gaat daarbij om ongeveer 70.000 patiënten waarvan bekend is dat ongeveer 30% aan diabetes mellitus lijdt. In het verpleeghuis hebben we daardoor veel met diabetes te maken, zowel met het regelen van de bloedglucose als met het behandelen en voorkomen van de complicaties.

Echter, diagnostiek en behandeling bij kwetsbare ouderen kent vaak een andere insteek; zo kan kwaliteit van leven door de oudere belangrijker geacht worden dan een maximaal mogelijke behandeling van ziekte zoals bijvoorbeeld diabetes. Het voorkomen van lange termijn complicaties kan daardoor ondergeschikt raken aan het behoud van zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

Officiële richtlijnen voor de te volgen behandelstrategie bij diabetespatiënten in het verpleeghuis zijn nog in ontwikkeling, wetenschappelijk onderzoek naar deze groep mensen is er nog mondjesmaat. Dit betekent echter niet dat er in het verpleeghuis geen aandacht besteed wordt aan diabetes en het voorkomen van complicaties.

Integendeel; een beschrijving van multidisciplinaire diabeteszorg in het verpleeghuis.

12.00 – 12.30 Therapietrouw bij patiënten met een diabetische voet

E. Lenselink, wondconsulent

4% van de Nederlandse bevolking heeft diabetes. 20% van deze groep heeft polyneuropathie en heeft daardoor verhoogd risico op het ontwikkelen van voetwonden. Voetwonden ontstaan door neuropathie, voettrauma en voetdeformaties. Wanneer er een voetwond is, bestaat er groot risico op vertraagde wondgenezing, infectie, botontsteking en amputatie.

Compliance wordt in het Nederlands vertaald met terapietrouw; d.w.z. de patiënt volgt de voorgeschreven behandeling. Er bestaan verschillende niveaus van compliance

Noncompliance komt onder mensen met een chronische ziekte veel voor, 30-50%. Ten aanzien van voetzorg is 30-40% compliant en ten aanzien van het dragen van geadviseerd schoeisel 20-40%. Noncompliance leidt tot vertraagde wondgenezing, het ontstaan van nieuwe wonden, infectie en amputatie en verminderde kwaliteit van leven.

Oorzaken zijn divers en kunnen zowel een lichamelijke, psychische of sociale oorsprong hebben. Lichamelijk: de patiënt voelt letterlijk het probleem niet. Door langdurige hyperglycemie ontstaan cognitieve afwijkingen. Verhoogde kans op depressie en dementie met als gevolg slechte zelfzorg. Psychologisch: de patiënt heeft zijn eigen ideeën over wat goed voor hem is en dat komt niet altijd overeen met de adviezen van de hulpverlener. Psychosociaal: de directe omgeving, culturele en sociaal economische achtergrond zijn van grote invloed op de compliance.

Het aanbieden van kennis over voetzorg leidt niet tot meer compliance. Wanneer het programma uitgebreid wordt met psychosociale interventies, cognitieve motivatie therapie en langdurige herhaling, leidt dit tot betere compliance.

Educatie moet worden afgestemd op de individuele patiënt. Ook de omgeving van de patiënt moet geschoold worden.

Barrières ten opzichte van compliance kunnen worden verminderd door actieve coping strategieën.

Empathie van de hulpverlener leidt tot betere compliance.

Het health believe model en het common sense model bieden handvatten voor het voorspellen van compliance. Zo kan men onderzoeken op welk punt de compliance een probleem gaat geven en zo gerichte interventies toepassen om dat te verbeteren. Cognitieve gedragstherapieën leiden tot goed zelfmanagement van de patiënt. Ten aanzien van schoeisel zijn uiterlijk en comfort de grootste verbeterpunten die moeten worden nagestreefd.

Onderzoeksvoorstel: Nader toe te lichten tijdens de presentatie.

14.00 – 14.30 De hygiëne bij patiënten met een diabetische voet

E. Bibollet-Ruche, wondconsulent

Patiënt met diabetische voet komt voor bij iedere soort instellingen: ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis, revalidatie centrum.

Diabetische voet kan dramatische uitkomst hebben zoals amputatie. De kwaliteit van de wondzorg moet dus optimaal zijn om de wondgenezing te bevorderen. De factoren die de wondgenezing vertragen moeten aangepakt worden. Eén van de factoren is een onbalans van micro-organismen die kan wondinfectie, kritische kolonisatie of biofilm veroorzaken (Falanga 2000).

PARALLELSESSIE DIABETISCHE VOET

ZAAL 712

De zorgverlener moet dus weten infectie te bestrijden en infectie te voorkomen.

Maar wat betekent dat concreet voor een patiënt met een diabetische voet? Moet de zorgverlener steriele wondzorg geven terwijl een wond nooit steriel is? Welke hygiënische maatregelen tijdens de wondverzorging moeten wij als zorgverlener nemen? Zijn zij anders in een thuiszorg dan in een ziekenhuis?

Tijdens deze interactieve presentatie willen wij concreet vragen beantwoorden aan de hand van wetenschappelijke bewijs.

14.30 – 15.30 Casuïstiek bespreking over de patiënt met een diabetische voet

R. Ottens, podotherapeut, L. Muskita, gipsverbandmeester, M. van der Vlugt, verpleegkundig specialist wondzorg