

INTERVIEW ELLEN DEKKER PODOTHERAPEUT VU AMSTERDAM

M. Loots*

Ellen Dekker is werkzaam als podotherapeut in het Vrije Universiteits Ziekenhuis te Amsterdam. Ze is aangesteld door de specialismen Chirurgie, Interne en Revalidatie en behandelt voetproblemen van patiënten door hen verwezen. De diabetische voet vormt hier een belangrijk onderdeel van.

Wat is uw betrokkenheid bij de diabetische voet?

Als podotherapeut wordt ik ingeschakeld door de vaatchirurg, de revalidatie arts en de internist. Hier komen geen diabetes patiënten van buiten het ziekenhuis maar ook niet verwezen door andere disciplines. Ik ben aangesteld voor deze drie specialismen, zij kunnen een beroep op mij doen. Verder hebben we nog het diabetes team. Dat is een veel ruimer team dan alleen het diabetisch voetteam. Hier zitten o.a. de medisch psycholoog, de diëtist, de diabetes verpleegkundige en de internist bij om allerlei zaken rondom diabetes te bespreken maar ook patiënten te bespreken. Dat is iedere week.

Waaruit bestaat de behandeling van het diabetisch ulcus bij u?

Dat is afhankelijk van wat voor soort ulcus het is, of het een zuiver neuropathisch ulcus is of een gemengd neuro-ischemisch ulcus is. Het hangt ook van de diepte van het ulcus af en of het ulcus geïnfecteerd is. Eerst wordt het probleem geïnventariseerd en daarop wordt een behandelplan afgestemd. Het is in de eerste plaats belangrijk om de wond zo schoon mogelijk te maken, dus alle debris en callus moet verwijderd worden om een goede indruk te krijgen van het ulcus. Vooral de callus kan het wondaspect erg verdoezelen waardoor je niet goed kunt bepalen hoe groot het onderliggend defect is. Daarnaast zijn andere aspecten belangrijk, zoals roodheid, zwelling, pijn (indien er geen sprake is van uitval van de gevoelszenuwen). Wanneer er infectieverschijnselen zijn wordt er ook een kweek afgenomen en worden er röntgenfoto's gemaakt om te kijken of er sprake is van een osteomyelitis. Ik heb zelf geen verwijsmogelijkheid naar het vaatlaboratorium, dat gaat via de revalidatie-arts. Ik doe wel zelf een doppler onderzoek als dat nodig lijkt, om de enkel-arm index te bepalen. Daarvan is de waarde vaak niet betrouwbaar door de niet comprimeerbare

vaten bij de diabetes patiënt. Als er aanleiding is, hierbij is het klinisch beeld erg belangrijk, om iemand te verdenken van vaatlijden dan wordt de vaatchirurg ingeschakeld. Om te beoordelen of een patiënt een neuropathisch ulcus heeft gebruik ik de semmes-weinstein monofilamenten (10 g) en de stemvork.

Maakt u ook gebruik van het wcs-classificatie model?

Ja, ik ben erg blij dat dat bestaat. Op die manier heb je meer houvast en kun je de status van de wond makkelijk vastleggen. Vervolgens kun je heel gericht een wondverbandmiddel toepassen. Wanneer je bijvoorbeeld met een necrotische wond te maken hebt, ga je eerst de necrose aanpakken met behulp van de daarvoor geschikte middelen. Verder kun je beter bepalen welk verbandmiddel of lokale therapie je gaat gebruiken in plaats van in het wilde weg allerlei zaken uit te proberen.

Wat is uw zienswijze rondom de discussie met betrekking tot de nat/droog wondbehandeling?

Er is nog steeds een verschil in visie in wat nat en droog is. De een zegt dat nat "badjes geven is" om op die manier de wond schoon te krijgen, de ander vindt nat "de wond in een vochtig milieu" houden. Ik denk dat het belangrijk is dat die termen goed gedefinieerd worden. Hebben we het nu over het debridement wat je uitvoert of het verbandmiddel.

Waar gaat uw voorkeur naar uit?

Bij een oppervlakkig ulcus gaat mijn voorkeur uit naar uitspoelen 1 maal daags onder de douche, geen badjes nemen en verder het wondverbandmiddel naar keuze toepassen. Dus bij een granulerende wond zorgen dat er een vochtig milieu is waardoor zo'n wond ook kan granuleren en bij een gele wond zal ik een verbandmiddel kiezen wat juist erg absorbeert en een meer

uitdrogende werking heeft. Maar het dagelijks spoelen van de wond vind ik wel belangrijk. De Sint Vincent verklaring gaat uit van daling van 50% van het aantal amputaties.

Hoe is dit te bereiken vanuit uw professie?

Op zich is het een heel goed streven maar het blijkt dat er weinig geregistreerd is van de aantallen wonden en amputaties per jaar. Dus bij die 50% reductie gaat het om niet te controleren aantallen en het is dan moeilijk om zo'n getal inhoud te geven. Ik denk dat bij de neuropathische ulcera meer winst te behalen is dan bij wonden waarbij ischemie op de voorgrond staat door op tijd de ulcera te ontdekken. Dat betekent dat de patiënt zelf op tijd aan de bel trekt, dus goed voorgelicht moet zijn over zijn voeten en wat hij moet doen als hij een plekje aan de voet niet vertrouwt. Als dan de behandelende arts op tijd ingrijpt kan er in die groep wel een aantal amputaties voorkomen worden. Ik denk dat het bij de ischemische ulcera wel wat moeilijker is want het hangt af van de mate waarin arterieel vaatlijden aanwezig is.

Wat is gemakkelijk en wat is moeilijk te begeleiden/behandelen?

Wat ik zelf moeilijk vind is het steeds maar weer motiveren van de patiënt en het belang ervan in laten zien dat die behandeling zo nodig is. De patiënt moet heel frequent terug komen terwijl hij/zij zelf zo iets heeft van ik merk er niets van er heb er geen last van waar maken jullie je druk om. Dus het motiveren van de patiënten, ze telkens weer op de poli laten verschijnen. Een ander moeilijk probleem is om de patiënten in adequaat schoeisel te krijgen. Ze zijn wel bereid om gedurende de periode dat het ulcus bestaat, en ze daar angstig over zijn, een verbandschoen of een aangepaste schoen te dragen. Maar als daarna de voet weer genezen is zien ze vaak de noodzaak niet om heel voorzichtig te blijven en over

te stappen op bijvoorbeeld orthopedisch schoeisel. De behandeling zelf vind ik niet echt moeilijk. We werken hier met een goed team waardoor ik heel veel mogelijkheden heb om andere mensen in te schakelen voor een optimale behandeling. Aan alle voorwaarden om een ulcus dicht te krijgen wordt hier voldaan.

HET MULTIDISCIPLINAIRE TEAM

Eén maal per maand is er gezamenlijk overleg met de patiënt erbij. De revalidatiearts, de vaatchirurg, de internist en ik als podotherapeut zijn daarbij aanwezig waarbij we patiënten opvoeren waarbij de ingestelde behandeling onvoldoende aanslaat en waarbij we dan allemaal samen kijken om een nieuw beleid te bepalen. Dan moet antibiotica langer doorgegeven worden of ziet een teen er zo slecht uit dat we sparend moeten amputeren bij een osteomyelitis zodat er straks minder kans is dat er meer gedaan moet worden. Dat is een probleem gericht overleg.

Het andere overleg is meer een algemeen diabetes overleg waar ook dingen ter sprake kunnen komen waar alle teamleden iets aan hebben als er bijvoorbeeld een nieuw

kortwerkend insuline op de markt is gekomen of het begeleiden van patiënten die willen stoppen met roken wat heel belangrijk is. Dat soort zaken komen daar aan de orde. Dit is een wekelijks overleg.

Hoe wordt door u de optimale behandeling en begeleiding gezien?

De patiënt wordt hier in huis door verschillende disciplines gezien. Op dit moment zijn we toch wel zo ver dat bijna alle artsen en ook diabetesverpleegkundigen de patiënt vragen de schoenen en sokken uit te trekken. Men is daar veel alerter op geworden. Als een patiënt naar mij verwezen wordt met wonden kunnen ze praktisch meteen geholpen worden en wordt de behandeling verder aan mij overgelaten. Ik haal altijd eerst het eelt weg om een goed beeld te krijgen van de wond. Callus kan de wond bedekken waardoor het lijkt alsof de wond sluit maar eigenlijk is dit een schijn-genezing. Verder moet je een verbandmiddel kiezen wat ook in de thuissituatie makkelijk toe te passen is. Er zijn heel veel mooie verbandmaterialen die in de thuissituatie minder gebruiksvriendelijk zijn. Wat betreft de necrotische wonden kies je voor

een enzymatisch wondreiniger. Gele wonden behandel ik het liefst met alginaten want deze zijn makkelijk op maat te maken en tampons kunnen in holtes in de hiel gebruikt worden. Ze zijn erg simpel thuis te gebruiken, ook voor geïnfecteerde wonden. Mijn ervaring met hydrocolloïden is minder goed omdat ze vaak onder de voet gebruikt moeten worden. Onder invloed van warmte en druk geleert het en loopt het uit. Ook tussen de tenen wordt het erg vochtig. Voor rode wonden gebruik ik een droog verband dat aangebracht moet worden als bescherm laag zodat er geen vuil in de wond kan komen.

Wat is moeilijk in de begeleiding?

De thuisbehandeling. Handelingen die patiënten thuis moeten doen moeten simpel zijn. Dus niet 3 maal daags iets verwisselen. Het is moeilijk patiënten ervan te overtuigen dat ze gedoseerde rust moeten nemen maar ook gedoseerd actief moeten zijn. Patiënten moeten hun voeten beschermen met adequaat schoeisel, pantoffels of een aangemeten verbandschoen.

* Miriam Loots, Dermatoloog i.o. Academisch Medisch Centrum Amsterdam

- *Vóór 12 uur besteld, de volgende werkdag in huis*
- *Voor vragen over onze service en producten, bel gratis 0800-0221858*
- *Nu ook Dermolin producten. Juist voor mensen die extra alert moeten zijn op huidverzorging, is Dermolin het ideale product.*



Diabeteshulpmiddelen per post

Hermedico

Team work

