



Hoe kan zinnige/passende zorg bijdragen aan optimale kwaliteit van leven met een diabetische voet?

* C. Koerts

Hoewel ik vrij ben en probeer bij te komen van een verdrietig, onverwacht en daarom te vroeg afscheid in mijn privé situatie, open ik uit nieuwsgierigheid naar het 'gewone' leven toch even een bericht in de beveiligde werk-app. Mijn collega meldt daarin dat die dag een van onze patiënten met diabetische voetproblematiek vanuit de klinische opname in het ziekenhuis overgeplaatst wordt naar een hospice, in verband met haar keuze om zich op 79-jarige leeftijd niet meer te willen laten behandelen aan het systeemfalen en deze chronische diabetische voetproblematiek. "Het is op", zoals ze zelf zegt, "ik kan niet meer."

Deze twee totaal verschillende situaties waar alleen de fatale afloop hetzelfde is, zijn beide realiteit en zetten mij daarom aan het denken. De een gaat 'te vroeg' en heeft geen tijd meer voor kwaliteit. De ander heeft nog even en wordt door de aandoeningen en de therapie beperkt in kwaliteit van leven. Ik vraag me af hoe groot de impact ervan moet zijn en hoe zinvol de behandelingen (lees: beperkingen) zijn, die wij deze patiëntencategorie voorschrijven, soms zelfs 'opleggen'. Dit alles heeft consequenties voor de kwaliteit van leven tijdens de soms nog relatief korte levensverwachting bij deze groep chronisch zieken. Ik ken deze patiënte al een aantal jaren; zij heeft onder andere insulineafhankelijke diabetes mellitus en hart- en vaatlijden in de voorgeschiedenis. Als complicatie van de diabetes is circa drie jaar geleden haar eerste voetprobleem ontstaan en kwam zij daardoor bij ons voetenteam terecht. Hiervoor is een dotterprocedure uitgevoerd en de teen is geamputeerd. Deze wond is goed genezen. Helaas ontwikkelde zich ongeveer twee maanden geleden een ulcus aan de grote teen van de rechtervoet. Het betreft hier eenzelfde probleem als eerst links, een ulcus op basis van perifeer vaatlijden. Het behandelplan kon worden afgestoft en weer worden toegepast: een dotterprocedure volgde en daarna een amputatie van de teen. Later, toen mevrouw voor controle op het voetensprekuur kwam, bleek dat de nieuwe voetwond niet wilde genezen en dat zij zich zwak en vermoeid voelde, ze was futloos en traag. Ze gaf aan dat haar ontlasting donker, ook wel zwart was. Bij opname bleek dat zij een maagbloeding had. De behandelopties waren beperkt omdat er niet gestaakt kon worden met de antistolling vanwege te grote risico's op cardiovasculaire complicaties. Ook de geamputeerde teen tot aan metatarsale 1 wilde maar niet overdekt worden met nieuw weefsel en raakte zo geïnfecteerd tot een osteomyelitis. Beiden zijn optimaal behandeld maar helaas was het niet te genezen.

Van het begin tot het eind is mevrouw bijgestaan door haar betrokken en bezorgde dochters en bovendien door haar kwetsbare en liefhebbende echtgenoot. Toen kwam ze tot de conclusie dat zij verdere behandelingen en de zware tijd die daarop zou volgen niet meer zag zitten. Ze verkoos een opname in een hospice om de resterende tijd nog met optimaal comfort door te brengen.

Met veel leefregels en de juiste schoenvoorziening ten behoeve van 'off-loading', is het in de tussenliggende periode goed gegaan met de voeten. Leefregels en goede voetverzorging zijn de randvoorwaarden voor het behoud van gezonde voeten zonder ulcera; de voeten moeten feitelijk met fluwelen handschoentjes behandeld worden. We denken hierbij natuurlijk vooral aan minimale belasting van de voeten, met alleen de juiste schoenen. Maar daar blijft het niet bij, de preventie staat hoog in het vaandel en dat betekent dat er frequente voetverzorging moet zijn, de diabetes goed gereguleerd moet zijn, de toestand rond hart en vaten optimaal moet zijn, net als de voedingsstatus en de mobiliteit en beweging moeten gewaarborgd blijven. Dit alles geeft een grote belasting op het leven van de patiënt en zijn/haar omgeving. Er vervallen heel veel mogelijkheden die eerst zorgden voor kwaliteit van leven waardoor het leven met deze chronische aandoening en de risico's eerder belemmeringen oplevert dan kansen. We hebben het nog niet eens gehad over de psychische belasting. Niet voor niets is depressie een veelgehoorde psychische aandoening bij diabetische voetproblematiek.

Ik kan alleen maar begrip en respect hebben voor de keuze van mevrouw om te stoppen met de behandelingen en te kiezen voor comfort in deze fase van haar leven, zeker als ik bedenken dat het leven ook veel acuter ten einde kan komen. Als ik volgende week weer aan het werk ben, zal ik er dan ook anders, professioneler en misschien wel menselijker naar kijken als een van de patiënten beargu-

menteerd (wederom) niet therapietrouw is geweest. Immers, moeten wij er als professionals niet voor gaan om passende zorg in te zetten voor een zo gezond en prettig mogelijk (kwaliteit van) leven, waarbij dit soms neerkomt op keuzes om niet meer te behandelen (lees: beperken) en samen te werken door te zoeken naar wat er wel kan.

**Christel Koerts, verpleegkundig specialist AGZ, WEC Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen. Lid WCS commissie Diabetische voet en lid van de redactie WCS Nieuws*