

Feiten over Funny Feet

C. Koerts*

Een interview in het Alrijne Ziekenhuis over diabetische voetproblematiek en de multidisciplinaire behandeling rond voetstandcorrecties en -reconstructies.

Dr. Wouter Brekelmans en drs. Wilbert van Laar zijn beide werkzaam in het multidisciplinaire voetzorgteam van het Alrijne Ziekenhuis in Leiderdorp en vertellen hierover in dit interview. Dr. W. (Wouter) Brekelmans is een van de wondartsen en hoofd van het Wondcentrum. Drs. W. (Wilbert) van Laar is werkzaam als orthopedisch chirurg en heeft als specifieke aandachtsgebieden de chirurgische behandeling van enkel- en voetproblematiek en de diabetische voet.

Samen met het multidisciplinaire team behandelen zij patiënten met diabetische voetproblematiek met slecht genezende wonden, met als specialiteit voetstandcorrecties en -reconstructies. In dit interview komt aan bod welke visie het Wondcentrum heeft, welke behandelingen daar toegepast worden en wat de vernieuwende verschillen zijn met de meeste andere centra, om zo kennis te delen en zorg en behandeling te verbeteren. Immers, elke patiënt met diabetische voetproblemen verdient de best passende behandeling, ten gunste van functionaliteit, kwaliteit en kostenefficiëntie.

Inleiding

Wat is een diabetische voet en wat kan er mis zijn met de voet?

Een diabetische voet is vrij vertaald: alle klachten aan de voet en de enkel die vaak gepaard gaan met ulcera veroorzaakt door diabetes mellitus (DM). De vier oorzakelijke pijlers zijn polyneuropathie (PNP), perifere arteriële vaatlijden (PAV), infectie en afwijkende voetstand (biomechanica). Daarnaast is de endocrinologie (regulatie van de bloedsuikers, bloeddruk en cholesterol) heel belangrijk omdat dit de basis van diabeteszorg is.

Dat maakt direct de uitdaging duidelijk; het is multifactorieel, er spelen meerdere factoren mee die daarmee ook de prognose beïnvloeden. De voornaamste oorzaak is druk en daardoor het ontwikkelen van callus (eelt). Daarna ontstaat een defect, hoofdzakelijk door sensibele polyneuropathie. Dit betekent dat door aantasting van de voetzenuwen door diabetes de patiënt niet voelt dat er callus- en een blaavorming is, zelfs niet dat er daarna een wond ontstaat.

Daarnaast, en dat is minder goed belicht, zijn het ook de motorische (spierkracht) en de autonome (huidfunctie) neuropathie die de hele voet beïnvloeden. Dat is eigenlijk het begin van ontstaan van zo'n probleem.

Wat zijn daardoor de risico's?

"Er is wetenschappelijk aangetoond dat er een hoge kans op PAV en/of infectie is. Heeft iemand beide aandoeningen, dan geeft dat enorm veel kans op problemen, wel tot 90 maal meer kans op amputatie. Dat wil je voorkomen. Het idee is daarom alle vier de factoren (endocrien, neuropathisch, vasculair en infectie) goed te behandelen".

Wat gebeurt er op het diabetische voetsprekuur van het Alrijne?

Alrijne heeft de hele week op verschillende locaties poliklinisch diabetische voetsprekuur, voor acute zorg, dan wel op afspraak.

Het eerste contact met de patiënt is diagnostiserend; wat is er aan de hand en hoe lang al? Hoe is het met het gevoel en de stand van de voet, de arteriële status, is er infectie, is het acuut of al langer bestaand? Ook en vooral wordt de endocrinologie bekeken; hoe zijn de suikers ingesteld.

Grofweg is de diabetische voetproblematiek in twee groepen in te delen:

1. Neuropathische problematiek; niet acuut, langdurig bestaan van wonden door gevoelsproblemen maar ook door standsproblematiek, waar nog geen infectie is, met al dan niet arteriële problematiek op de achtergrond. Poliklinische zorg behelst vaak problematiek van de neuropathische tak; die worden vaak samen met de orthopeed behandeld.
2. Acute pathologie: deze groep patiënten komt acuut binnen en moet dezelfde dag gezien worden, dan wel op de SEH of op het diabetische voetsprekuur. Hier speelt vaak infectie een rol, die snel onder controle gebracht moet worden. Dit gaat vaak gepaard met opname, antibiotica intraveneus, debridement of zelfs minor- of majoramputaties. Het is source control: de infectie controleren zodat de patiënt er niet aan overlijdt. Sepsis of bacteriëmie is een groot risico door geïnfecteerde voetwonden. Acute pathologie is vaak een (vaat)chirurgisch probleem door infectie en/of ischemie.

Multidisciplinaire benadering

Hoe kan de diabetische voet behandeld worden?

Belangrijk bij dit multifactoriële beeld is een multidiscipli-

naire aanpak. Volgens de richtlijn (= de basis) moeten er verschillende professionals in een team betrokken zijn i.v.m. de vier oorzakelijke pijlers. Hiervoor zijn dus zeker een vaatchirurg of een orthopedisch chirurg, een revalidatiearts of VS/PA, een internist-endocrinoloog of VS/PA, een podotherapeut, een schoenmaker en een gipsverbandmeester nodig, waarvan sommigen op afroep. Een case-manager is onmisbaar als regisseur van het zorgpad.

Wat maakt het behandelplan/-traject van het team in Alrijne anders dan dat van veel andere centra?

In het Alrijne is een team van elf verschillende professionals actief om de juiste en complete (voet)zorg te kunnen bieden. Er is één keer per week een multidisciplinair overleg (MDO) waarbij alle leden aan tafel zitten. Tijdens dit overleg worden drie patiënten besproken die nog niet goed in hun behandeltraject zitten of minimaal een SINBAD-score van 4 hebben (figuur 1) en waarbij voor minimaal twee tot drie factoren een behandelplan moet komen.

Category	Definition	SINBAD Score
Site	Forefoot	0
	Midfoot and hindfoot	1
Ischaemia	Pedal blood flow intact, one pulse palpable	0
	Clinical evidence reduced pedal blood flow	1
Neuropathy	Protective sensation intact	0
	Protective sensation lost	1
Bacterial Infection	None	0
	Present	1
Area	Ulcer <1 cm ²	0
	Ulcer >1 cm ²	1
Depth	Ulcer confined to skin and subcutaneous tissue	0
	Ulcer reaching muscle, tendon or deeper	1
Total possible score		6

Source: Adapted from Ince et al (2008)

Figuur 1. SINBAD systeem.

De 'wonddokters' triëren en diagnosticeren. Zij bereiden ook de MDO's voor. Tijdens de bespreking wordt een behandelplan opgezet en vervolgens wordt de patiënt op een slot gepland per pijler/behandelcategorie. Bijvoorbeeld endocrien wordt door een internist of verpleegkundig specialist goed meebeoordeeld om de patiënt te motiveren. En er zijn korte lijnen met de huisarts zodat de bloedsuikers goed gereguleerd worden en blijven. Sinds kort is er ook een GGZ-psycholoog in het team om de patiënt te begeleiden en te motiveren bij de psychische belasting van een diabetische voet en de chronische impact daarvan.

Er is zo een duidelijk en haalbaar plan als basis. Het plan wordt het volgende bezoek aan de patiënt voorgelegd en besproken zodat deze een keuze kan maken voor de behandeling. Als de basis niet klopt en je blijft behandelen aan de voet en de patiënt is niet gemotiveerd, dan lukt het niet om de wond te genezen. De wonddokters zijn dus casemanagers van die patiënten. Zij doen dit samen met

de wondverpleegkundigen in het team en de specialisten die op afroep wekelijks een aantal keren mee kunnen denken.

Ook op het gebied van infectie wordt kritisch gehandeld; volgens Brekelmans is team Alrijne een van de weinigen die qua kweken zeer kritisch is. Er is ook een medisch microbioloog en een infectioloog/internist bij betrokken. Zij denken mee; hoe betrouwbaar is de kweek, wat moeten we behandelen, is er sprake van osteomyelitis en welke soort en toedieningsroute van antibiotica (oraal of intraveneus) is dan de beste keus? Uitgangspunt is altijd de klinische aspecten en de probe-to-bone test (PTB-test); die gegevens zijn voor het MDO verzameld en worden besproken. Bij twijfel toch een MRI. "En we doen steriele botkweken, ook bij amputatie, van het proximale snijvlak, zodat je weet of je moet behandelen met antibiotica of niet na amputatie, onafhankelijk van het niveau." De wondkweek via de SWAB-methode (Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid) komt minder betrouwbaar uit de bus omdat het risico dat de omgeving meegekweekt wordt groter is dan bij een steriele, diepe weefsel- of botkweek. Het doel is om zo schoon en betrouwbaar mogelijk te kweken om de inzet van (de juiste) antibiotica goed te onderbouwen en te indiceren. Als de consequentie van een uitslag is dat je zes weken antibiotica gaat geven wil je natuurlijk wel de beste kweek hebben.

Voor de behandeling van arteriële pathologie zijn meerdere opties mogelijk. Hiervoor zitten er ook vaatchirurgen in het team. Heel laagdrempelig wordt er een CT-scan van de arteriën gedaan bij de diagnose Charcotvoet, ook als er pulsaties in de voeten voelbaar zijn, om er zeker van te zijn dat de doorbloeding in de voeten goed is voordat er eventueel een reconstructieve behandeling overwogen wordt. Sinds circa twee jaar is er ook een hybride OK. Daar worden bijvoorbeeld revascularisaties gedaan, tegelijk met amputaties en reconstructies van de voet. "Recent is de eerste uitgebreide Charcotreconstructie (d.m.v. Bolts and Beams System) uitgevoerd door de orthopeed en tegelijk een bypass door de vaatchirurg. Samen aan één tafel. Technisch is dat nu mogelijk en de patiënt hoeft maar eenmaal geopereerd te worden en te revalideren. Het gaat gelukkig met de patiënt ook nog goed."

Als vierde behandelfactor is er de biomechanica van de voet en de offloading en reconstructie als therapie. "Die factor, daar zijn we wel uniek in, omdat we hier toegewijde orthopedie in huis hebben. Naast revalidatie, schoenmaker en podotherapeut die de conservatieve routing op zich nemen en naast de wonddokters die daarin meedenken, proberen we in eerste instantie altijd conservatief te behandelen." De gouden standaard van offloading is het immobiliseren van de voet d.m.v. total contact casting (TCC), of afneembaar gips. Relatief is het toch maar een klein percentage dat deze TCC-behandeling krijgt. Patiënten moeten het willen en volhouden en behandelaars

moeten terughoudend zijn bij ischemische problematiek. Helaas zijn er toch soms infecties onder het gips. “Mochten er recidieven ontstaan ondanks optimale offloading (goede schoen en goede voetverzorg), dan schakelen we redelijk laagdrempelig over naar pees- en/of standscorrecties.” Er is een scala aan opties, zoals laagdrempelig achillespees verlengen op meerdere niveaus, maar een uitgebreide reconstructie van de Charcotvoet kan ook. Minder invasieve behandelingen worden ook door de wonddokters gedaan, zoals tenolyses, minor amputaties en achillespeesverlenging. De orthopeed doet peestransposities, plastieken, gastrocnemius releases en reconstructies van de Charcotvoet. “Voorwaarde voor deze behandelingen is een toegewijd team. Het lukt alleen als je alle factoren optimaal behandelt hebt en als de patiënt klinisch stabiel is. Het is zonde om een interventie te doen als de basis niet klopt. Daarom moet iemand endocrien op orde, vrij van infectie en vasculair goed zijn. Vandaar ook het belang van MDO; het complete plaatje moet kloppen zodat bv. de orthopeed veilig kan behandelen. Dan zien we weinig complicaties of recidieven.” Brekelmans voegt hieraan toe: “De meeste orthopeden zijn opgeleid om niet in die voet te opereren vanwege de risico's/kwetsbaarheid. Goede resultaten zijn er alleen als alle factoren stabiel zijn plus een standscorrectie; het geeft tegen 80% success rate. Waarbij na anderhalf jaar follow-up de patiënt nog loopt op aangedane zijde, zonder recidief.”

“Het risico van de conservatieve weg is dat het ulcus wel geneest, maar de stand niet is gecorrigeerd waardoor het probleem niet is behandeld, dus is de recidiefkans nog hoog. Goede schoenen na gips is een must, maar dan nog, niemand kan continu de schoen aan en de voeten zijn vaak zo afwijkend (funny feet) dat ze niet geschoeid kunnen worden, dat is soms gewoon niet haalbaar. Ook met schoenen gaat het nog mis en dan komt dat door de biomechanica van de voet, niet perse door de schoen of het gedrag van de patiënt. Dus de les is goed naar de biomechanica kijken en laagdrempelig behandelen. Mits de andere factoren optimaal zijn. Daarom is het teamwork en goed ‘casemanagement’; iedereen moet aan boord zijn om veilig te kunnen behandelen.”

Reconstructie van de voet

Kunnen alle patiënten behandeld worden met een reconstructie van de voet? Met andere woorden, waar wordt op gelet bij het overwegen van een reconstructie? “Reconstructie is niet altijd nodig. Natuurlijk wordt er eerst conservatief behandeld want opereren is risicovol. Dus dat moet je afwegen tegen de risico's als je niet opereert. Brekelmans schetst het scenario in cijfers: “Bekend is dat het eerste jaar ruim 40% van de patiënten een recidief

heeft. Dat getal loopt op tot 60, 70, 80% na vijf - zes - zeven jaar. En dan moeten ze dat ook wel halen. Een heel groot deel heeft binnen die termijn al een amputatie gehad of is overleden. Er zijn veel comorbiditeiten; mensen met een diabetische voet hebben een vijfjaars mortaliteit van 35%. Als iemand ook nog hart- en vaatziekten heeft, dan loopt het op tot boven de 50%. Dus, de helft van de patiënten is na vijf jaar al overleden en heeft daardoor niet eens de kans om een recidief te ontwikkelen en is vaak al (deels) geamputeerd.

Als je dat allemaal niet ondergaat, is er nog een enorme kans om een recidief te ontwikkelen. Die slechte uitkomsten plus de kosten die gelijk zijn aan long-, prostaat- en mammacarcinoom samen, de burden, de kwaliteit van leven, afgezet tegen de operatierisico's, geven een aardige marge om wel te interveniëren. Ik denk daarom dat we nog veel laagdrempeliger moeten handelen en dat we in de toekomst dus ook preventief veel meer moeten doen, zoals nu bv. al met de tenolyses. Als de ene kant al wel is aangedaan met een actief ulcus door klauwstand, en de andere kant nog niet, dan behandelen we wel beiderzijds, ter preventie.”

Wilbert van Laar (orthopedisch chirurg) schuift later aan. Ik vraag hem hoe je een voetreconstructie of peesverlenging indiceert, welke soorten er zijn en wanneer kies je waarvoor.

Hierop antwoordt hij: “Vraag vooraf is meer het besef dat alles wat je doet invloed heeft op de functie van de voet. Ook dat de biomechanica (wetenschap die de beweging van de gewrichten, spieren en ledematen bestudeert) van de voet een belangrijk onderdeel is van het ontstaan van een ulcus. Dit leek eerder in de vergeethoek door kennistekort. Maar als je de vraag van de biomechanica kunt beantwoorden, dan kan je ook kijken of er een indicatie is voor een reconstructie. De beginvraag is daarmee: wat is de invloed van de stand op het ontstaan van het ulcus. Is het alleen vasculair of hyperglycemie of ook een standsprobleem? Dan ga je kijken naar de reden van het standsprobleem en of je dat op een bepaalde manier kan attaqueren. Dat kan bv. conservatief met offloading door gips of door schoeisel. Op het moment dat iemand recidiveert ondanks optimale ondersteuning van de biomechanica en je ook de andere behandeling maximaal conservatief hebt gedaan, dan is er een indicatie voor reconstructie. Blijkbaar kun je dus niet met de standaard offloadingmethoden de biomechanica attaqueren, omdat de recidiefkans aanwezig blijft als het probleem niet opgelost wordt.

Als je weet wat het probleem is, heb je meestal ook een antwoord. Dat is altijd conservatief of operatief behandelen. Altijd twee opties. In theorie kun je elke standsverandering corrigeren. Maar je gaat niet elke ingreep zomaar doen, want het heeft soms te veel impact, of het traject is te zwaar of de consequenties zijn te groot.

Er is altijd een indicatie en die is bij ons altijd: het recidiveert ondanks maximale conservatieve therapie. Bij sommige standsafwijkingen weten we dat het conservatief behandelen niet haalbaar is omdat het niet te 'schoeien' is. Of we zien zoveel recidieven, bv. bij spitsstand of bepaalde standsafwijkingen van de tenen, dat die ingrepen zo'n groot succes hebben, waarom zouden we dan nog langer conservatief behandelen door met een heel lang traject en een schoen die bv. niet gedragen wordt, terwijl je het heel makkelijk kan oplossen met een ingreep. Soms kan een kleine correctie aan de voet ervoor zorgen dat een minder uitgebreide aanpassing van de schoen voldoende is.

Je moet de patiënt zo achter laten dat deze ook de schoen af en toe niet zal dragen. Dat zeggen we niet, maar we weten dat, dus die marge moet je meenemen in je therapie.

Belangrijkste stap voor je start met behandelen is dat je dan al weet wat biomechanisch de oorzaak is. Dan kun je aan de schoenmaker vertellen wat het plan is; als het niet werkt dan zijn er chirurgisch bepaalde opties. Van belang is dat de kennis er wel is maar dat die nog niet wordt toegepast; er zijn niet overal 'toegewijde' orthopeden aan boord. Reconstructies en schoenen interveniëren elkaar; als je een aanpassing doet, moet het ander ook aangepast worden. Je moet elkaar kunnen lezen.

Type reconstructie

Van Laar vertelt: "Type reconstructies zijn er veel, met name PNP, maar ook de glycosylatie van weefsels (stugheid) en ook dat de pezen van kuit en voet heel stijf worden, met name de achillespees. Dat geeft veel problemen met plantair verhoogde druk (holvoet). Met achillespees- of gastrocnemiusverlenging kan je die reconstrueren. PNP heeft veel invloed op de elevatoren (peroneus) en de anteflectoren (voetheffers). Dat zorgt er voor dat je bepaalde patronen gaat zien, dus dat mensen een relatieve klapvoet en klauwtenen hebben of enorme varusstand hebben waardoor ze veel druk op de buitenrand van de voet krijgen, in verband met een kuitspierverkorting. En voor die mensen kun je ook met peestransfers werken: de pees verplaatsen naar een plek of een kant waar je de kracht op de juiste plek geeft. Dan trekt de pees de voet uit zichzelf recht.

De termijn van het effect is afhankelijk van de souplesse van de voet en de mate van corrigeerbaarheid. Het patroon moet structureel zijn, dus niet ook nog verval van andere spieren; dat heeft invloed op de termijn.

Relatieve stijfheid redt je niet alleen met peestransfers, dan is een 'benige' ingreep, bv. een arthrodesse (vastzetten van gewrichten in de juiste stand) ook geïndiceerd.

Belangrijk is dat amputatie invloed heeft op de biomechanica van de voet. Vraag is hoe de drukverdeling weer goed komt na amputatie. Dan kun je de voet zo weer in balans

brengen ten behoeve van goede drukverdeling. Soms moet er dan juist iets meer geamputeerd worden om weer een goed belastbare voet te krijgen en bij een Charcotvoet kun je de stand van de voet weer terug zetten, een exostectomie (uitstekende deel van bot verwijderen). Wereldwijd zijn er steeds meer orthopeden die Charcotvoeten opereren.

Dat kan alleen als er een team omheen staat die het mogelijk maakt, zodat de rest geoptimaliseerd is (multipathologie). Ook zijn er nieuwe materialen voor nieuwe technieken. Nieuw is ook iets andere benadering, doel is extra stevigheid en stabiliteit.

Ook een vreemd fenomeen is dat we bij een normale, niet diabetische, Lisfranc-fractuur (fractuur van de hoge middenvoet) alles ondernemen om snel te behandelen. Desnoods wordt onder doorlichting getest op instabiliteit. Maar is het een Charcotvoet waarbij de Lisfranc er volledig 'naast' staat, dan gaan we ouderwets weer gips aanbrengen, wat we in de jaren 60 zes maanden deden. Dat is niet meer uit te leggen, zeker niet als je weet wat de gevolgen en de uitkomsten zijn. Bijna om je te schamen dat we dit met elkaar accepteren en deze mensen zo wegsturen met eindeloos recidiverende ulcera als gevolg." Van Laar noemt het bedroevend dat zowel de behandelaar als de patiënt het ulcus accepteert en het als chronisch benoemt. Oorzaak: gebrek aan kennis en expertise binnen het behandelteam.

De sleutel tot succes: er is kennis maar vanuit de orthopedie is inzet en betrokkenheid nodig. 'Het is wel makkelijk dat we deze complexe groep niet hoeven te doen', is een gehoorde opmerking. De ingrepen zijn niet zo moeilijk, het is vaak de setting die niet optimaal is. Samenwerking en vertrouwen zijn voorwaarden om kennis toe te passen.

Trauma

In relatie tot dit themanummer over trauma, hoe gaan jullie als team om met de psychische en/of invaliderende impact van een uitgebreide recidiverende diabetische voet of Charcotvoet?

Voor deze patiëntencategorie geldt dat 50% depressief is. Niet zozeer door de invloed van diabetes zelf maar juist ook het leven met de risico- en probleemvoet; het zwaard van Damocles dat boven het hoofd hangt door de angst je voet te verliezen. De mensen gaan soms liever dood. In deze fase waar wij de mensen zien is het soms ook pappen en nat houden waarbij uiteindelijk de patiënt ergens een deel van een voet of been of zelfs het leven verliest. Dat deprimeert enorm natuurlijk. Bij die groep is de angst om een been te verliezen groter dan de angst om te overlijden, het geeft continue stress. Mensen spreken dat ook uit. Als behandelaar kun je deze gevoelens niet altijd ontkrachten. Het is ook niet de groep die voor zichzelf opkomt; ze zitten niet bij de talkshows aan tafel met hun slechte prognose. Dit is burden voor mens en maatschappij. Het is bijna opvallend als er wel een kritische patiënt tussen zit. Deze

psychische last is de reden om een GGZ-psycholoog aan tafel te hebben bij het MDO. We nemen het mee in gesprekken met de patiënt om awareness van het traumatiserende effect te laten blijken, we hebben kennis van de dramatische pathologie.

De patiënt zelf uit het niet altijd, zal er altijd beseft zijn? In een rustige setting wordt ook aangegeven dat het team beseft wat de impact is. Daarom wordt bij niet acute zorg nooit meteen behandeling gepland, maar doen we eerst een voorstel en geven we bedenktijd. Bij een volgend bezoek volgt opnieuw een gesprek en volgt besluitvorming. Het mooie van het hele team is betrokkenheid en als team fungeren en op alle vlakken doen wat mogelijk is en zo proberen de patiënt mee te krijgen en ondersteuning te bieden op het gehele zorgpad. Doel: zo lang mogelijk ulcervrije perioden. Patiënten zijn blij met de duidelijkheid en het plan en iedereen in het team heeft een eigen rol. Verpleegkundigen zijn een belangrijke schakel voor contact en zorgregie met de patiënt.

Van Laar: "We zijn ook wel eens zoekende met elkaar en dan hebben we zorgen; hebben we nu voldoende aandacht voor de impact van de ingreep? Wie gaat het vervolgen als de patiënt met een toren aan informatie weer in de thuissituatie zit en vragen heeft? Psychosociale begeleiding is niet een vast onderdeel van het zorgpad. Gelukkig is er wel meer aandacht sinds de psycholoog in het team zit. Anderzijds, de patiënt moet er ook in meegaan, die moeten we goed informeren en wijzen op de eigen verantwoordelijkheid en regie."

De optie amputatie wordt ook altijd genoemd, als mogelijkheid; uiteraard worden ook de risico's benoemd. Soms is dit namelijk wél de beste optie.

Visie: van oudsher is 'limb saving' het doel. Team Alrijne vindt functionaliteit en daarmee kwaliteit van leven belangrijk. Dan is amputatie een van de opties. Als je voor iemand een juiste amputatie doet die goede herstelkansen geeft waarbij iemand weer grotendeels kan doen wat hij wil, zonder wond en met goed ondersteunde biomechanica ten behoeve van het einddoel, functionaliteit en mobiliteit, dan lever je goede zorg. Vraag is, wat ben je aan het behandelen?

Uitdagingen voor de toekomst

Wat zijn uitdagingen voor de toekomst voor diabetische voetzorg?

Brekelmans: "We willen meer awareness, daarmee financiële middelen ontwikkelen om het zorgproces kosten-efficiënter te maken. De ambitie is om meer inzichtelijk te krijgen wat de kosten en baten van deze zorg zijn en daar een betere betaalfunctie op krijgen, zodat we over de hele populatie een beter beeld en betere behandeling kunnen bedenken.

Daarbij zijn er veel meer preventieve taken nog op te zetten, met name in de 1e lijn. Veel kortere lijnen met podotherapeuten die veel meer verantwoordelijkheid krijgen.

Doel is zoveel mogelijk winnen in het voorstadium, door het meer over de keten kunnen protocolleren en de lijnen veel korter maken. Hierdoor hoeven niet alle patiënten in de tweede lijn gezien te worden of behandeld. Dat is niet efficiënt. We moeten zorgen voor duidelijke protocollen en duidelijke regiefunctionarissen op elk niveau."

Van Laar: "Hoe zorgen we dat we diabetische voetzorg in Nederland beter georganiseerd krijgen? Dat is een kwestie van doen en kennisoverdracht. Hoe regelen we preventieve zorg, hoe zorgen we dat de kennis daar is waar het nodig is, door het onderling te verdelen? Maar ook logistiek ligt daar een grote uitdaging; de groep wordt steeds groter en hoe en waar zet je die zorg goed in. Moeten we misschien denken aan een diabetescentrum waar mogelijkheden zijn om snel te handelen en te schakelen. Voor normale enkel-/voetpatiënten is nu een wachttijd van acht maanden. Dat kan niet bij deze groep. Er is een uitdaging hoe we de zorg optimaal organiseren binnen de keten. Afhankelijk van mensen, middelen, kansen, financiën, logistiek en organisatie.

Ook ligt er binnen het ziekenhuis een uitdaging: geoperreerde diabetische voetpatiënten moeten op een afdeling verpleegd worden, maar wat is de afdeling waar deze patiënt thuis hoort? Multifactorieel benaderen is dan namelijk lastig: DM, vasculair, orthopedisch... Wie heeft de regie en wat is de beste plek? Daarvoor moet de verzeke-raar stappen zetten, maar het is aan ons om belangrijke gegevens te verzamelen en data te creëren als content voor verbetering van het proces.

Take home message bij diabetische voetzorg

Wat kunnen verpleegkundigen doen of laten voor goede zorg bij een diabetische voet?

Brekelmans: "Elke diabetische voet kan soms traumatisch beginnen maar is toch meestal onderhevig aan druk, dus PNP speelt bijna altijd een rol door gevoelsverlies maar ook door een veranderde stand van de voet. Dus, als je een diabetische voet of een teentje met een wondje wilt behandelen, begin dan met drukontlasting, het maakt niet uit hoe."

Van Laar: "Zorg dat je kennis krijgt waardoor awareness ontstaat. De stand van de voet is nog wat onderbelicht. Je hoeft het niet allemaal te weten maar als je wel met de ogen richting de standsafwijking leert kijken, ga je hopelijk patronen leren herkennen. Probeer te focussen op de stand van de voet in relatie tot de risico's en de eventuele wond."

Conclusie: begin met drukontlasting en ga dan verder kijken.

Literatuur

IWGDF Guidelines: <https://iwgdfguidelines.org/guidelines-2023/all-guidelines-2023/>

FMS richtlijn Diabetische voet: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische_voet/startpagina_diabetische_voet.html

**Christel Koerts, verpleegkundig specialist AGZ, WEC Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen.*

Lid WCS Commissie Diabetische voet en lid van de redactie WCS Nieuws