

## PREVENTIEVE ZORG DIABETISCHE VOET KIJKEN WAAR DE SCHOEN WRINGT

J. Rosier\*

**Bij de preventie van diabetische voetulcera zijn podotherapeuten onmisbaar. 'Het gros van de diabetische voetulcera ontstaat door te veel druk op de voet. Dat kun je voorkomen,' zegt René Ottens. Hij is podotherapeut in de eerstelijns en verbonden aan de voetenpoli's van het UMC St. Radboud en het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen. We spraken met hem over zijn vak.**

### OMDAT MISSCHIEN NIET IEDEREEN HET WEET: KUN JE UITLEGGEN WAT EEN PODOTHERAPEUT DOET, SPECIAAL ALS HET GAAT OM DIABETESPATIËNTEN?

'Podotherapeuten houden zich bezig met alle klachten die met voeten te maken hebben en met klachten die vanuit de voet zijn te corrigeren. Knie- of rugklachten bijvoorbeeld kunnen hun oorzaak in de voeten hebben en moeten dan vanuit de voet gecorrigeerd worden. In de eer-

stelijns kliniek Bottendaal in Nijmegen waar ik werk, begeleiden we allerlei mensen van jong tot oud: kinderen, hardlopers, dansers, skiërs en dus ook diabetespatiënten. Podotherapeuten maken in veel ziekenhuizen ook deel uit van het multidisciplinaire team op de voetenpoli voor diabetespatiënten. Niet overal, al zou dat wel moeten, maar er is een groot tekort aan podotherapeuten. Wij zijn de enigen in de voeten-teams die gespecialiseerd zijn in biomechanica; we kunnen bij een

patiënt nagaan waardoor drukplekken ontstaan in de schoenen. Wij begeleiden patiënten bij het dragen van gewone schoenen; orthopedisch schoeisel behoort tot het terrein van de revalidatiearts en orthopedisch schoenmaker. Elk eeltplekje op de voorvoet of tenen duidt op overbelasting, op te veel druk. Eelt en likdoorns ontstaan door verkeerd schoeisel of een verkeerde manier van lopen. Het is heel simpel: eelt op je voeten hoort niet, hooguit wat diffuse eelt op de voor-



René Ottens: 'Nagaan waardoor drukplekken ontstaan in de schoen en de oorzaak wegnemen.'

voet. Het kan overgaan in een wondje. Als iemand dat niet voelt doordat het gevoel in de voet is weggevallen – en dat komt vaak voor bij diabetepatiënten, als gevolg van neuropathie – dan kun je stellen dat eelt een pre-ulcus is. Onze taak is de loopbeweging te screenen zodat we de oorzaak van de overbelasting kunnen wegnemen. Dat kan met bijvoorbeeld een zooltje, een teenstukje, siliconen of het begeleiden van de zorg bij ingegroeide nagels. Of we geven een schoenadvies. Bij een verminderd gevoel in de voeten lijkt het bijvoorbeeld net of je schoenen niet strak zitten. Mensen hebben daardoor de neiging ze te strak vast te maken of te krappe schoenen te kopen, terwijl dat meestal niet wenselijk is.

De afgelopen jaren is er wel een verschuiving opgetreden in onze zorg voor diabetepatiënten. Eerst screenen podotherapeuten zelf mensen met diabetes op risicovoeten, maar dat is vrij gemakkelijk door anderen ook te leren. Nadat er meer aandacht is gekomen voor preventie van de diabetische voet is de screening ver-

schoven naar huisartsen en praktijkondersteuners. Pas als er iets mis is, komen patiënten bij de podotherapeut: als er een wond is of geweest is, of ter preventie als iemand slechte vaten heeft. Bij simpele gevallen kan dat in de eerstelijns podotherapiepraktijken, maar als een wond diep is of langer dan zes weken bestaat, moet iemand naar een voetenpoli met een multidisciplinair voeten-team.'

**PODOTHERAPIE IS EEN VIERJARIGE VOLTijd HBO-OPLEIDING. WAT VOOR SPECIFIEKE KENNIS HEB JE ALS PODOTHERAPEUT?**

'Je leert niet alleen de voet in detail kennen, maar de hele biomechanica. We lopen met onze voeten maar de beweging begint vanuit de onderrug. Ook bijvoorbeeld een armbeperking kan effect hebben op het looppatroon. Lage rugklachten kunnen voetgerelateerd zijn. Bij knieklachten moet je ook kijken naar het looppatroon, knieklachten hoeven niet persé in de knie te ontstaan. Het

totale looppatroon bekijken, dat doen podotherapeuten, en op basis daarvan geven we schoenadvies of passen we de schoen aan.'

**HOE BEN JE ER OOI T TOE GEKOMEN PODOTHERAPEUT TE WORDEN?**

'Ik werkte in de jaren tachtig als B-verpleegkundige in de psychiatrie. Daar was ik toch vaak abstract bezig, vond ik. Ik dacht erover om fysiotherapie te gaan studeren, maar aan diezelfde opleiding werd ook podotherapie aangeboden. Dat was toen, in 1987, net een nieuwe opleiding. Iemand die de opleiding al volgde, vertelde me erover. Ik werk graag met mijn handen, ik wil problemen diagnosticeren en concrete oplossingen bedenken. Dat zit allemaal in podotherapie.'

**JE BENT LID VAN DE WCS-COMMISSIE DIABETISCHE VOET. HOE BEN JE DAARBIJ BETROKKEN GERAAKT?**

'Ron Manupassa, een van de wondconsulenten in het Canisius-



Voetscanner.

Wilhelmina Ziekenhuis, vroeg me erbij om voor verdieping te zorgen. Naast wondzorg moet je bij een diabetisch ulcus immers naar de oorzaak kijken. Letterlijk: bekijken waar de schoen wringt. De kennis wil de WCS ook benutten. Je kunt bij diabetische ulcera ruwweg een tweedeling maken. Wonden op basis van ischemie moeten in eerste instantie naar de vaatchirurg. Maar het gros van de wonden is het gevolg van neuropathie, en dan speelt overbelasting een rol. Bij die wonden is altijd een podotherapeut of een orthopedisch schoenmaker nodig om de oorzaak weg te nemen.'

### JE DOET OOK ONDERZOEK. WAT HOUDT DAT PRECIES IN?

'In het UMC St. Radboud doe ik samen met een revalidatiearts metingen in de schoen. We weten nog heel weinig van de precieze druk in schoenen terwijl dat bij wonden die door neuropathie ontstaan

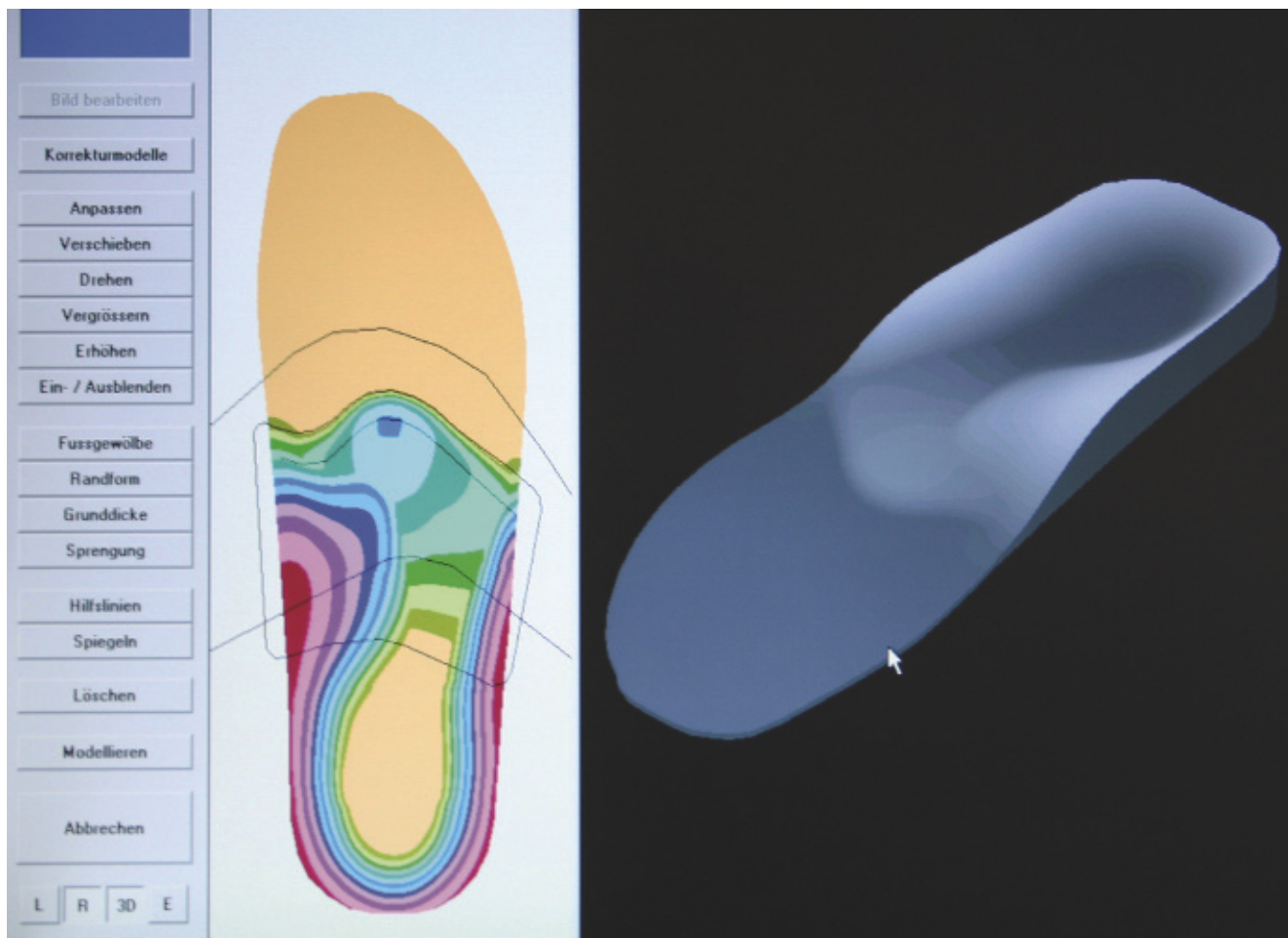
belangrijke kennis is. Drukmeting wordt meestal buiten de schoen gedaan. Patiënten staan op een soort scanner of stempel zo meet je de belasting op de ondergrond, terwijl het vaak misgaat binnenin de schoen. Je kunt je voorstellen dat een klomp een heel andere belasting geeft dan een sportschoen. We meten nu met een dun inlegzooltje dat gekoppeld is aan de computer. Zo willen we kijken wat bij een bepaalde voet de meest geschikte schoen is, en of we misschien de schoenreceptuur moeten aanpassen. Dit is vrij nieuw onderzoek waar nog weinig ziekenhuizen mee bezig zijn. Druk is trouwens maar één component. Schuifkrachten spelen ook een rol, maar die zijn nog slecht te meten, binnenin de schoen lukt dat bijna niet.

Het bepalen van schoenreceptuur is nu geen eenduidig proces. Het is iets wat wordt overgebracht in een leerling-meester-stelsel maar er is geen zuiver wetenschappelijke onderbou-

wing. De vraag is waarom er soms tóch een wond ontstaat terwijl we er alles aan doen dat te voorkomen. Waarom gebeurt dat bij de ene patiënt in de ene schoen wel en in de andere schoen niet? Hoe kunnen we een plek het beste ontzien?'

### HOE STAAT NEDERLAND ER MET DE DIABETISCHE VOETZORG VOOR TEN OPZICHTE VAN ANDERE LANDEN?

'Het bewustwordingsproces is hier de afgelopen jaren goed verlopen. We kunnen nooit alle wonden voorkomen: je kunt vandaag een voet controleren en morgen kan er een wondje zijn ontstaan. Maar je kunt wel patiënten en beroepsbeoefenaren ervan bewust maken dat ze snel aan de bel moeten trekken als er een probleem is. Dan kun je snel agressief behandelen om erger te voorkomen. Huisartsen, praktijkverpleegkundigen en diabetesverpleegkundigen geven goede preventieve voet-



De voet in beeld gebracht.



zorg. Wondconsulenten komen pas een fase later in beeld, als er iets aan de hand is. Vaatgerelateerde amputaties zijn lastig te voorkomen, maar met name grote, drukgerelateerde amputaties komen veel minder voor dan vroeger.

### IS ER IETS IN DE DIABETISCHE VOETZORG WAT JE GRAAG VERBETERD ZIET?

‘Ja, de samenwerking in voetenteams in de ziekenhuizen is te veel afhankelijk van het enthousiasme van degenen die ermee bezig zijn. Dat

valt ook op als je kijkt naar de samenstelling van voetenteams. Soms vormen een revalidatiearts en een orthopedisch schoenmaker de kern van het team, dan weer een wondconsulent en een vaatchirurg, of een diabetesverpleegkundige en een internist, of een gipsverbandmeester en een chirurg of dermatoloog. Het zou veel duidelijker gestroomlijnd moeten worden. Ik werk in twee ziekenhuizen; in beide is de voetenpoli verschillend georganiseerd.

Gelukkig is er in de opleiding voor internisten, diabetologen en vaatchi-

rurgen nu wel aandacht voor. Ook huisartsen zijn geschoold in het herkennen van voetproblemen. Maar als ze een wondje zien aan de voet, denken ze vaak nog: ‘Het is een huiddefect, daar moet de dermatoloog dus naar kijken.’ Dan hangt het maar net vanaf of die dermatoloog snel kan samenwerken met andere specialisten wanneer dat nodig is. Snel samenwerken is belangrijk. Als je zes weken moet wachten op een vaatchirurg ben je te laat.’

**\*Joop Rosier**

