

# Project adequate en gestructureerde zorg rondom de diabetische voet in de tweede lijn

E. de Greef\*

Diabetes mellitus kan leiden tot verschillende complicaties, zoals retinopathie, nefropathie, (poly-)neuropathie, (micro- en macro-) angiopathie en een diabetische voet. Een diabetische voet wordt gedefinieerd als 'de verscheidenheid aan voetafwijkingen die ontstaan ten gevolge van neuropathie, macro-angiopathie, 'limited joint mobility' en andere gevolgen van metabole stoornissen, die meestal in combinatie voorkomen bij patiënten met diabetes mellitus'(4). Voortvloeiend uit de toename van diabetes mellitus is tevens een toenemende incidentie en prevalentie van diabetische voetproblematiek waar te nemen.

## Impact diabetische voetproblematiek op patiënt en gezondheidszorg

Voor patiënten betekent de aanwezigheid van voetproblematiek vaak verlies van mobiliteit en kwaliteit van leven, al dan niet gepaard gaande met pijn of isolement. Diabetische voetulcera hebben vaak een slechte genezingstendens, hebben intensieve behandeling nodig en gaan vaak gepaard met ziekenhuisopnames, wat de kosten ten aanzien van de diabeteszorg doet toenemen (2,3). De aanwezigheid van diabetische voetproblematiek heeft daarom niet alleen grote impact op de patiënt, maar heeft tevens gevolgen en consequenties voor de gehele gezondheidszorg en maatschappij. Goede, adequate voetzorg is daarom van groot belang om het ontstaan of de verergering van diabetische voetproblematiek te voorkomen.

Gebrek aan aandacht, kennis en vaardigheden bij zowel patiënt als zorgverlener leidt nog steeds tot onvoldoende preventie en zorg. Zowel Nederlandse als internationale onderzoeken hebben aangetoond dat door adequate behandeling en meer aandacht voor educatie de slechte prognose van een voetulcus aanzienlijk verbeterd kan worden. Vroege opsporing van een voet 'at risk' en adequate, tijdige behandeling van een voetulcus leiden tot verbeterde kwaliteit van leven, behoud van zelfstandigheid en een collectieve lastenverlichting voor de gezondheidszorg (2).

## Belang adequate en gestructureerde zorg rondom de diabetische voet

Zoals in de eerder genoemde definitie van de diabetische voet naar voren komt, zijn bij het ontstaan van een diabetisch voetulcus meestal verschillende mechanismen gelijktijdig betrokken. Om ulcera, amputaties, verlies van

kwaliteit van leven en kosten zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken, is een gestructureerde organisatie van de zorg binnen de instelling op basis van een multidisciplinaire richtlijn (4) een voorwaarde. Hierbij moeten alle patiënten toegang hebben tot adequate voetzorg, tijdig kunnen worden doorverwezen naar relevante disciplines en indien nodig gezien kunnen worden op het multidisciplinair voetspreekuur, wat bijna in elk ziekenhuis aanwezig is.

## Wie is/blijft de hoofdbehandelaar?

### Hiaten in de (organisatie van) zorg rondom de diabetische voet

In het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen was voor veel verwijzers in de eerste en tweede lijn niet duidelijk naar wie een patiënt met diabetische voetproblematiek verwezen moest worden. Verder was onduidelijk wanneer c.q. welke patiënten verwezen moeten worden (welke indicaties). Nieuwe patiënten werden verwezen naar zowel de wondconsulent, de podotherapeut, de internist of de vaatchirurg en kwamen zo bij allerlei disciplines (binnen het ziekenhuis) terecht. Iedere genoemde discipline volgde en controleerde daardoor zijn/haar eigen groep patiënten met diabetische voetproblematiek. Na eventuele verwijzing naar andere disciplines werd de patiënt uiteraard door meerdere disciplines gevolgd en onder controle gehouden. Hierdoor was geen sprake van een duidelijke verwijzingsstructuur en een gestroomlijnd, gestructureerd behandelproces. Dit werkt verwarrend voor zowel verwijzers,

patiënten en behandelaars en er rezen de volgende vragen:

- Naar wie/welke discipline kunnen/moeten zorgverleners uit de eerste lijn patiënten met diabetische voetproblematiek verwijzen?
- Wanneer kan/mag een patiënt worden verwezen c.q. wat zijn indicaties om een patiënt naar de tweede lijn te verwijzen?
- Wie doet wat; wie heeft welke taken, met name als het gaat om voorlichting en educatie ten aanzien van zelfzorg, aandacht voor 'non-compliance' /verlaagd ziekte-inzicht, aandacht voor de thuissituatie?
- Wie is/blijft de hoofdbehandelaar?
- Wie blijft de patiënt (na afname/verbetering/genezing voetproblematiek) onder controle houden?

## Wenselijke situatie

In het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis wilden we een duidelijke verwijzingsstructuur creëren en een gestroomlijnde, gestructureerde (multidisciplinaire) organisatie van zorg ten aanzien van diabetische voetproblematiek. Hierdoor kan adequate en efficiënte voetzorg geleverd worden, het risico op verergering van de voetproblematiek en het ontstaan van complicaties, als infecties en amputaties, verkleind worden, wat de kwaliteit van leven voor de patiënt zal vergroten.

Gezien bovengenoemde knelpunten in de (organisatie van) zorg vonden we het van belang dat er één persoon is, die de regie heeft/houdt binnen het behandelproces c.q. behandeltraject van deze patiëntencategorie. Verpleegkundig specialist Eveline de Greef heeft de rol als casemanager op zich genomen in het behandeltraject van in principe alle, naar het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis verwezen, patiënten met voetproblematiek bij diabetes mellitus.

## Definitie casemanager

Er bestaat geen eenduidige definitie over wat casemanagement is. Wij hanteren deze definitie:

'De rol van een casemanager is een regietaak van een centraal persoon binnen een multidisciplinair zorgtraject dat zich richt op het managen/coördineren van de nodige zorg en op het ondersteunen van de wensen en behoeften van de patiënt, met als doel de kwaliteit van zorg van de individuele patiënt te optimaliseren'.

## De casemanager

- Fungeert als aanspreekpunt (bij vragen, problemen en verslechtering), biedt de patiënt psychosociale ondersteuning en begeleidt hem door het behandeltraject heen.
- Coördineert de nodige zorg in het veelal complexe, multidisciplinaire behandeltraject.
- Coördineert betreffende zorg in overleg met andere disciplines en houdt contact met hen gedurende het

## Proef van Ratschow

Bij de elevatietest volgens Ratschow, worden bij de liggende patiënt de benen tot ongeveer 60 cm. boven het horizontale vlak geheven. Na 3 minuten gaat de patiënt op de rand van het bed zitten met afhangende voeten en wordt beoordeeld of er een reactieve hyperemie zichtbaar wordt. Normaal duurt het slechts enkele seconden voor deze hyperemie verschijnt en is na enkele minuten weer verdwenen. Bij patiënten met een arteriële circulatie stoornis treedt deze hyperemie vertraagd op (30-60 seconden) en duurt het veel langer voordat deze hyperemie weer verdwenen is (5-8 minuten). Bron: LUMC

behandeltraject.

- Heeft op die manier inzicht en overzicht over patiënten, het ingezette behandeltraject en de daarbij betrokken disciplines.

Concrete opzet en uitvoering van het casemanagerschap  
In het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis is er een spreekuur ingericht, waarnaar alle (nieuwe) patiënten met voetproblematiek bij diabetes mellitus verwezen moeten worden. Voor het verwijzen naar dit spreekuur moet worden voldaan aan tenminste één van onderstaande criteria:

- Er is sprake van een (neuropatisch/ ischaemisch) ulcus aan de voet, welke langer bestaat dan twee weken en groter is dan één centimeter.
- Er is sprake van een ulcus in het belaste deel van de voet, meestal plantair en/of lateraal van de voet.
- Er is sprake van (verdenking van) een infectie van het ulcus en/of de voet.
- Er is sprake van (verdenking van) perifeer arterieel vaatlijden met een positieve anamnese (claudicatieklachten) en/of bij Fontaine drie of vier.

Tijdens dit spreekuur verricht de verpleegkundig specialist triage: er wordt gekeken welke zorg en behandeling nodig is en welke disciplines hierbij betrokken moeten worden (verwijzing/medebehandeling).

Na het afnemen van de anamnese wordt lichamenlijk onderzoek verricht. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de voetproblematiek, maar wordt ook gekeken of er sprake is van neuropathie en/of perifeer arterieel vaatlijden. Het monofilament en de stemvork worden gebruikt om neuropathie uit te sluiten dan wel te bevestigen. Er wordt gevoeld naar aan- of afwezige pulsaties om perifeer arterieel vaatlijden uit te sluiten dan wel te bevestigen. Ook de proef van Ratschow (hef/hang proef, zie kader) en het testen van de capillaire refill helpen hierbij. Zo nodig wordt

een enkel-armindex verricht, hoewel deze bij betreffende patiëntencategorie vals positief kan zijn vanwege niet-comprimeerbare vaten.

De behandeling van onderliggend lijden is gericht op een goede glucoseregulatie, chirurgische interventie bij perifeer arterieel vaatlijden (macro-angiopathie) en het beperken van de (cardiovasculaire) risicofactoren ten aanzien van het ontstaan van perifeer arterieel vaatlijden. Hierbij wordt stoppen met roken dringend geadviseerd. De behandeling van een diabetisch ulcus betreft drukontlasting door middel van aangepast schoeisel of tijdelijk gips, adequate wondzorg en infectie- en pijnbestrijding. Ten aanzien van de wondgenezing is het optimaliseren van de algehele conditie en voedingstoestand van groot belang. Tevens is er aandacht voor:

- voetverzorging podotherapeut/pedicure,
- voorlichting & educatie zelfzorg,
- aandacht voor sociaaleconomische status,
- slechte visus/retinopathie,
- aandacht voor 'non-compliance'/verlaagd ziekte inzicht (4).

*Er ontstaat een duidelijke verwijzingsstructuur en een gestroomlijnd, gestructureerd behandelproces.*

Afhankelijk van de complexiteit van de situatie zal de patiënt (door de verpleegkundig specialist) worden ingepland op het multidisciplinaire spreekuur, wat eenmaal per week plaatsvindt. Op dit multidisciplinaire spreekuur zijn de volgende disciplines tegelijk aanwezig zijn om met elkaar het beleid ten aanzien van de voetproblematiek vast te stellen:

- internist,
- revalidatiearts,
- vaatchirurg,
- gipsverbandmeester,
- wondconsulent,
- verpleegkundig specialist (als casemanager).

Indien 'slechts' één of twee andere disciplines betrokken moeten worden in het behandeltraject, zullen afzonderlijke (controle-)afspraken gemaakt worden bij betreffende disciplines, eenmalig of wellicht voor meerdere keren. Betreffende patiënten komen altijd ter controle terug op het spreekuur van de verpleegkundig specialist; afhankelijk van de complexiteit van de situatie zal daar kortere of langere tijd tussen zitten. Bij verslechtering van de voetproblematiek zal altijd een (eerdere) afspraak gemaakt moeten worden op betreffend spreekuur. Dit omdat er in

die situatie opnieuw beoordeeld moet worden welke disciplines er betrokken moeten worden bij de behandeling.

Door bovengenoemde organisatie van zorg ontstaat een duidelijke verwijzingsstructuur en een gestroomlijnd, gestructureerd behandelproces, die de kwaliteit van zorg ten aanzien van diabetische voetproblematiek ten goede komt. Er ontstaat inzicht en overzicht over patiënten, het ingezette behandeltraject en de daarbij betrokken disciplines.

## Literatuur

1. Benbow, M. 2005. 'Diabetic foot management.' [Internet] Database Cinahl. Bereikbaar op <http://www.cinahl.com>
2. Houtum, WH van. 2004. 'Reduction in diabetes related lower extremity amputations in the Netherlands: 1991-2000.' *Diabetes Care* 27(10):42-46.
3. Muller, I.S. 2002. 'Foot Ulceration and Lower Limb Amputation in Type 2 Diabetic Patients in Dutch Primary Health Care.' *Diabetes Care* 25(5):70-74.
4. CBO-Richtlijn diabetische voet. In het kader van 'Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling' (EBRO), Nederlandse Vereniging voor Internisten, 2006. <http://www.internisten.nl> 10 juli 2013.

\* *Eveline de Greef, verpleegkundig specialist wondzorg/vaatchirurgie, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen*

## Contact

[e.d.greef@cwz.nl](mailto:e.d.greef@cwz.nl)