

OLV insideout

medisch-wetenschappelijke
informatie voor artsen en
professionele zorgverleners

maart 2018 - nummer 9

Verantwoordelijk uitgever: OLV Ziekenhuis, Moorselbaan 164, 9300 Aalst
Afgiftekantoor: GENT X masspost, Industrielaan 30, 9032 Wondelgem - P918661
Halfjaarlijks magazine - 2e helft 2017



Speciale editie ter gelegenheid van
25 jaar Diabetesvoetkliniek



25 jaar professionalisme, inzet en betrokkenheid

De multidisciplinaire diabetesvoetkliniek van het OLV Ziekenhuis in Aalst viert in 2018 zijn vijfentwintigste verjaardag: **een zilveren jubileum!**

Hoewel diabetes een chronische ziekte is waarvoor de medische wetenschap helaas nog geen genezing kan garanderen, en hoewel diabetesvoetproblemen spijtig genoeg nog vaak recidiveren, is deze verjaardag toch een reden om vieren. Dankzij de werking van de diabetesvoetkliniek konden immers talrijke amputaties worden vermeden en konden vele patiënten adequaat worden begeleid waardoor ze zoveel mogelijk hun autonomie konden behouden. Het thema van het feestelijke symposium ter gelegenheid van deze vijfentwintigste verjaardag vat dit goed samen: **"Een verhaal van successen (ook al eens tegenslagen), passies en dromen."**

Voor de artsen en medewerkers van de diabetesvoetkliniek komen hun patiënten altijd op de eerste plaats. Tijdens de gesprekken in voorbereiding op deze editie lieten zij spontaan anderen delen in hun successen. En als een behandeling al eens niet het verhoopte succes heeft, wat kan gebeuren bij deze complexe aandoening, dan dragen ze die tegenslag samen, als hechte groep, en begeleiden ze de patiënt naar een andere oplossing. Met deze speciale editie van OLV Inside Out willen we onze appreciatie voor hen uitdrukken, niet alleen voor hun excellente patiëntenzorg, een voorbeeld van goed georganiseerde multidisciplinaire samenwerking, maar ook voor hun pionierswerk rond diabetesvoet in België. Wij willen hen aanmoedigen om voort te werken met passie en om verder te dromen van curatieve opties voor hun patiënten.

Dokter Eric Wyffels,
Hoofdgeneesheer OLV Ziekenhuis

Mijlpalen van de Diabetesvoetkliniek

Oprichting van de diabetesvoetkliniek met multidisciplinaire consultaties, één van de eerste in Europa.

Erkenning door het Riziv.

Opstart van een aparte hospitalisatiedienst volgens een multidisciplinaire aanpak, een unicum in België.

Ingebruikname van nieuw gebouw van OLV in Aalst, met o.a. meer ruimte voor de diabetesvoetkliniek.

SMART-FOOT project om eerstelijns beter te betrekken bij diabetesvoet.

Multidisciplinaire equipe met 15-tal medewerkers.
8 toegewezen hospitalisatiebedden.

1992	1999	2001	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2017	2018
Gestart in één consultatieruimte en met een tiental patiënten in behandeling.	Ingebruikname van de hyperbare zuurstoftank voor behandeling van diabetische voetwonden.	Voordrachtenreeks over diabetesvoet in Diabetes Project Vlaanderen.	Eerste Riziv-terugbetaling podologie via de diabetespas.	Erkenning door het Riziv.	De eerste 'voetverpleegkundige', een nieuw beroep. Eerste kwaliteitsrapport IKED Voet.	Vernieuwing in de vasculaire chirurgie met revascularisatie tot in de voeten.	Diabetes Project Aalst neemt "voet" als jaarthema.	Diabetes Project Aalst neemt "voet" als jaarthema.	Twee erkende teams (uniek in België).	Permanent worden 30-40 patiënten begeleid en behandeld.

25 jaar OLV Diabetesvoetkliniek

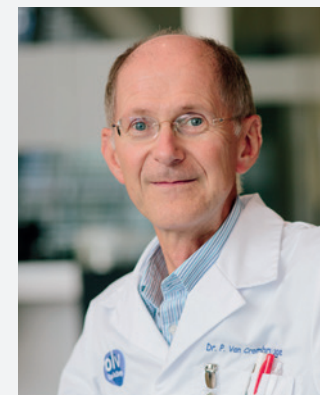
De problemen komen vaak op kousenvoeten...

Diabetespatiënten lopen een beduidend groter risico op voetproblemen. Het start vaak met kleine problemen. Als die veronachtzaamd worden, kunnen ze snel verergeren en zelfs tot beenamputaties leiden.

Dr. Paul Van Crombrugge, endocrinoloog-diabetoloog: "Diabetes is een complexe aandoening, die zich op vele manieren en op vele plaatsen in het lichaam kan manifesteren. De voet is er één van, en niet de minste. Diabetesvoetproblemen zijn erg frequent. Een kwart van de mensen met diabetes krijgt vroeg of laat af te rekenen met voetwonden. De meest gevreesde verwickeling van een voetwonde is een beenamputatie. De kans op een beenamputatie is 10 tot 30 maal groter

bij diabetici in vergelijking met de doorsneebevolking. Als je dan weet dat momenteel zo'n 5% van de bevolking diabetes heeft, en dat dit de komende decennia verder zal toenemen, kan je je voorstellen met welk majeur probleem we kampen. Toen we vijfentwintig jaar geleden klein begonnen met onze voetkliniek hadden we al in de gaten dat dit probleem alleen maar zou toenemen en dat we de opgebouwde ervaring in de toekomst goed zouden kunnen gebruiken.

diabetesvoetproblematiek. Perifere neuropathie vormt een driedig risico. Ten eerste is er de sensibele component. De patiënt voelt minder goed wanneer hij kleine kwetsuren heeft, waardoor die soms lange tijd onopgemerkt en onbehandeld blijven. Soms draagt de patiënt slecht schoeisel zonder dat te voelen, waardoor wonden kunnen ontstaan. Het gebeurt ook dat er voorwerpen in de schoen vallen die kwetsuren veroorzaken. Je kan je niet voorstellen wat we allemaal al uit de



Dokter Paul Van Crombrugge

Makkelijke kloofvorming, verhoogde plantaire druk, onopgemerkte wondjes

Dr. Frank Nobels, endocrinoloog-diabetoloog: "Meer dan de helft van de diabetespatiënten die ouder zijn dan 60 jaar, heeft perifere neuropathie. Dat is een zeer belangrijke factor bij het ontstaan van de



Dokter Frank Nobels

schoenen van onze voetpatiënten hebben gehaald. In andere gevallen verbrandt de patiënt zijn voet door contact met een warmtebron. Het gebeurt ook dat een patiënt bij het knippen van de teennagels kleine wondjes aanbrengt die hij niet opmerkt. Als deze kleine kwetsuren niet worden verzorgd, kunnen ze plots dramatische dimensies aannemen.

Perifere neuropathie leidt ook tot een verminderde beweeglijkheid van de voet. Dat is de motorische component. Daardoor gaat de patiënt vaak stappen op een manier die tot een verhoogde druk ter hoogte van de voetzool leidt. Door verlies van spierweefsel in de voet kunnen geleidelijk afwijkingen van de voetstand optreden: platvoeten, spreidvoeten, hamertenen ... Die vergroten het risico op ulcus nog meer. Perifere neuropathie leidt ook tot een droge huid met makkelijke kloofvorming. Dat is de autonome component, waarbij de bezuivering van de zweeten talgklierjes niet goed meer verloopt.

Diabetespatiënten hebben dus een verhoogd risico op voetkwetsuren en ze zijn geneigd om die problemen minder snel te ontdekken dan niet-diabetici. Bovendien komt vaatvernauwing dubbel zo vaak voor bij diabetespatiënten dan bij personen zonder diabetes. Als ze dus een voetulcus hebben, belemmert dit perifeer vaatlijden ook nog eens een vlotte genezing."



Dokter Inge Van Pottelbergh

Er is onvoldoende besef over de ernst van diabetesvoet bij de bevolking, bij mensen met diabetes en zelfs bij gezondheidswerkers. Te laat of ondeskundig reageren leidt nog te vaak tot verlies van een been. Een beenamputatie heeft een enorme impact op de persoon met diabetes en diens familie!

dag leggen om de voeten goed te verzorgen, goed schoeisel te dragen en regelmatig de voeten te inspecteren. Zeker wanneer vastgesteld wordt dat het gevoel in de voeten verminderd is of er iets mis is met de doorbloeding - met andere woorden: als het risico op diabetesvoet groot is - moet de patiënt dagelijks zijn voeten inspecteren en onmiddellijk reageren bij problemen. De gezinsleden van de patiënt dienen daarbij eveneens betrokken te worden. Zo veel aandacht besteden aan de voeten is niet makkelijk vol te houden, dus moet deze boodschap regelmatig herhaald worden. Patiënten met verminderd gevoel in de voeten beseffen

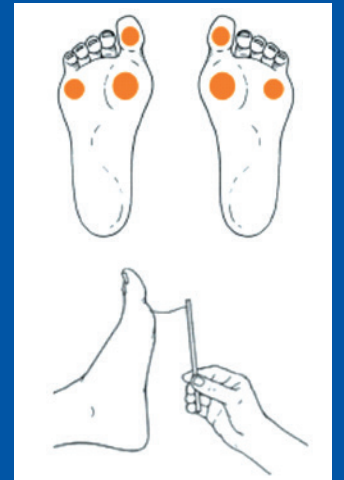
Hoe test je de gevoeligheid?

Monofilament 10 g

Het monofilament is een soepele draad in kunststof, die gemontereerd is op een houder. Druk het filament kortstondig (gedurende ongeveer 1 seconde) loodrecht op de huid van de voet tot het een C-vorm aanneemt. Het mag daarbij niet over de huid schuiven. Test drie zones aan de voetzool: grote teen en metatarsaalkoppen 1 en 5. Zones met eelt vermijden! Als de patiënt het filament niet voelt op twee of meer plaatsen, wijst dit op significante neuropathie.

Touch Test

Als je geen monofilament ter beschikking heb kan je gewoon gebruik maken van je eigen wijsvinger. Raak de huid van de voet van de patiënt kort zeer licht aan. Gebruik hiervoor geen handschoen. Stabiliseer uw hand (neem het bij de pols vast met de andere hand). Maak licht contact met de voet van de patiënt, trek direct terug zodra u de huid van patiënt voelt. Als u het voelt, moet de patiënt het ook voelen. Pas dit op dezelfde manier toe als een met een monofilament: test dezelfde 3 zones, vermijd zones met eelt, hanteer dezelfde interpretatie.



immers vaak niet hoe belangrijk het probleem is. Als het geen pijn doet, zal het wel niet erg zijn, denken ze ten onrechte!

Uiteraard heeft ook de huisarts van een diabetespatiënt een belangrijke rol te vervullen. De huisarts moet minstens jaarlijks de voeten van al zijn diabetespatiënten bekijken en nagaan hoe het met de gevoeligheid en de doorbloeding zit. Dit is een eenvoudig nazicht en het kan snel gebeuren, maar het vergt organisatie om het niet te vergeten. Er wordt beter eens teveel dan te weinig gekeken. Bij een verhoogd risico op voetwonden dient er preventie georganiseerd te worden. De

huisarts kan de patiënt hiervoor naar een podoloog verwijzen. Die kan de patiënt en diens familie het belang van het probleem dan uitleggen, goede voethygiëne aanleren, afspraken maken over het deskundig verzorgen van teennagels en eeltplekken en uitleg geven over goede kousen en schoenen. De dagelijkse inspectie van de voeten dient hierbij ook aangeleerd te worden: hoe doe je dit praktisch, waar moet je op letten, wanneer moet je reageren ... Deze preventie kan het verschil maken!"

Als het geen pijn doet zal het wel niet erg zijn, denkt men ten onrechte!

Complexe zorgen vergen goede organisatie

De behandeling van diabetesvoeten is heel complex en vereist veel expertise en een nauwe samenwerking tussen verschillende disciplines. De begeleiding van een diabetesvoetpatiënt stopt niet wanneer hij de deur van de consultatie achter zich dichttrekt. Die is nooit ten einde. De organisatie van de diabetesvoetkliniek is daarop afgestemd.

Multidisciplinair

Dr. Frank Nobels, endocrinoloog, richtte samen met zijn collega-endocrinoloog Dr. Paul Van Crombrugge en voetchirurg Dr. Jan Rumbaut de diabetesvoetkliniek van het OLV Ziekenhuis op in 1992. Endocrinoloog Dr. Inge Van Pottelbergh vervoegde het team in 2002. In 2016, werd het team verder versterkt met de komst van Dr. Liesbeth Van Huffel, endocrinoloog. Samen bouwden ze het uit tot de grootste multidisciplinaire voetkliniek van België. Eind 2016 ging Dr. Rumbaut met pensioen, nadat hij zijn opvolger, voetchirurg Dr. Wahid Rezaie, had begeleid bij het inlopen.

Dr. Nobels: "De endocrinologen en de voetchirurg worden wel eens gezien als de spilfiguren in de diabetesvoetkliniek, maar wij beseffen maar al te

goed dat het team niet kan zonder vasculaire chirurgen, podologen, verpleegkundigen, een wondzorgspecialist, een schoenmaker en de secretariatsmedewerkers. Om niet te spreken van verschillende andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg, zoals de spoedartsen, radiologen, microbiologen, enz. Iedereen is belangrijk in dit team !



Dokter Liesbeth Van Huffel

Samen rond de patiënt ... en mét de patiënt

Dr. Van Huffel: "We staan samen rond de patiënt, en dat mag je letterlijk nemen. Het houdt voor onze patiënten geen steek om ze bij verschillende artsen na elkaar, verspreid over het gehele gebouw, op consultatie of op onderzoek te laten gaan. Ten eerste is dat voor veel van onze patiënten, die erg moeilijk te been zijn, nauwelijks haalbaar. Bovendien is het een echte meerwaarde door samen, gelijktijdig op één locatie, de patiënt te onderzoeken, zijn conditie te bespreken, het meest aangewezen behandeltraject uit te stippelen en ambulante zorg te verlenen. Aanvankelijk waren de multidisciplinaire sessies voor de behandeling van complexe voetwonden op donderdagnamiddag, maar sinds



enige tijd is dat maandagnamiddag. Alle disciplines zijn dan gelijktijdig aanwezig op de diabetesvoetkliniek, die trouwens op dezelfde gang ligt als de consultaties Orthopedie en Endocrinologie. We zijn de enige voetkliniek in Vlaanderen die dan een dubbele ploeg inschakelt om zo'n 30-40 patiënten met diabetesvoetproblemen op één lange namiddag te kunnen behandelen."

Annick Staelens en Karolien De Vis, podologen: "Voor tussentijdse opvolging, educatie en preventie kunnen de patiënten bij een kleiner basisteam terecht op alle andere dagen van de week. Hierbij werken wij als podologen samen met de endocrinoloog en/of voet-

chirurg. Als podologen zijn wij goed getraind in het inschatten van voetproblemen, in het wegnemen van druk op voetwonden, in de behandeling van eelt en nagelproblemen en in onze ploeg zelfs in wondzorg. De dagelijkse beschikbaarheid laat ons ook toe om steeds klaar te staan voor dringende problemen."

Christa Van der Gucht, voetverpleegkundige: "Samen rond de patiënt en mét de patiënt zijn geen loze woorden. Wij vinden het essentieel om de patiënt en zijn huisgenoten of naasten actief te betrekken. Als we een behandeltraject uitstippelen moet de patiënt daar volledig achter staan. Dit impliceert dat de patiënt weet waarom we

een bepaalde behandeling aanraden, maar ook een inbreng heeft in het aangeven waarom bepaalde zaken voor hem al dan niet haalbaar zijn. Dit vergt een warme interactie waarin de patiënt voelt dat hij zijn mening mag vertolken. Het voorstel van aanpak wordt ook duidelijk gecommuniceerd naar de huisarts en de collega's uit de thuiszorg. Zij hebben een belangrijke rol in het helpen motiveren van de patiënt en in het toezien op het correct toepassen van de afgesproken behandeling. Zij dienen ook bij problemen adequaat te reageren. Zo'n behandeling is een dynamisch proces, waarbij we onderweg bijstellingen doen in functie van het resultaat en van de haalbaarheid voor de patiënt."

Een compleet ziekenhuis in het klein: consultaties, spoed en hospitalisatie

Dr. Rezaie: "Het is de missie van de diabetesvoetkliniek om zoveel mogelijk voeten te redden en mensen op de been te houden. Daartoe heb je eigenlijk een gespecialiseerd ziekenhuis in het klein nodig: met een ruim aanbod voor ambulante zorgverlening, uiteraard, maar ook met een gespecialiseerde hospitalisatieafdeling en met een eigen spoeddienst. Onze 'eigen spoeddienst' wordt bemand door ons basisteam dat dagelijks patiënten dringend kan opvangen. Patiënten met zeer ernstige voetproblemen komen uiteraard doorgaans via de klassieke spoeddienst van ons ziekenhuis binnen waarbij we nauw samenwerken met de urgentieartsen. Onze diabetesvoetwacht staat 24/7 klaar voor dringend advies en interventie. Soms zijn de problemen dermate acuut dat we onmiddellijk moeten ingrijpen om verder verlies van voetweefsel te voorkomen. Hiertoe kunnen voeten vaatchirurgen steeds dringend opgetrommeld worden."

Dr. Lieven Maene, vasculair chirurg: "Als de doorbloeding in het gedrang komt ... dan valt het leven stil, dan vertraagt de genezing ... Daarom staan wij als vaatchirurgen steeds paraat wanneer het team van de voetkliniek onze hulp in roept. Dankzij moderne diagnostiek



met teendrukmeting, echografie en scan wordt de bloedaanvoer naar de getroffen voet geëvalueerd: de kleine bloedvaten van het onderbeen en de voet zijn vaak aangetast door diabetische atherosclerose. Het team heeft snel zijn besluit, soms heeft de wondzorg een duwtje in de rug nodig ... Een minimaal invasieve ingreep via een 'prik in de lies' zal de bloeddoorstro-

ming naar de voet verbeteren. Vernauwde en verstopte slagaders worden hersteld met een ballondilatatie, krijgen medicatie in de slagaderwand en waar nodig een stent. We streven naar een rechtstreekse bloedaanvoer tot in de voetarcade en het capillaire bed rondom de wonde. In het OLV Ziekenhuis bieden we onze patiënten dan ook de nieuwste technologi-

sche evoluties. Onze patiënten verdragen zo'n ingreep goed, we hebben oog voor hun vaak ingekrompen nierfunctie en we volgen mee in de evolutie van de wondheling. Waar nodig kan de revascularisatie zelfs herhaald worden om een beter resultaat op lange termijn te verkrijgen."

Een dubbele verjaardag

Dr. Nobels: "In de eerste vijftien jaar van ons bestaan hebben we onze missie vooral vervuld via ambulante zorg. Voor opgenomen patiënten gingen we met enkele medewerkers van ons team langs op de verschillende verpleegafdelingen. Dit is echter niet optimaal. Daarom hebben we 10 jaar geleden de beslissing genomen om een aparte multidisciplinaire hospitalisatiedienst op te richten voor patiënten met diabetesvoetproblemen. We vieren dus niet alleen 25 jaar diabetesvoetkliniek maar ook 10 jaar diabetesvoethospitalisatiedienst. Deze dienst is nog steeds een unicum in België! Hij bestaat uit 8 gemengde bedden chirurgie en interne heelkunde. Zo'n gemengde bedden bestaan niet in de ziekenhuisfinanciering, maar onze directie heeft hiervoor een oplossing uitgewerkt. Deze afdeling situeert zich op dezelfde gang als de hospitalisatiediensten voor Endocrinologie en Nefrologie, waar gezien de aard van de pathologie ook regelma-

tig patiënten met voetproblemen liggen. Deze concentratie van diabetesvoetpatiënten laat toe om de expertise van de verpleegkundigen te verhogen en om efficiënt multidisciplinaire zaalrondes te doen. We toeren drie maal per week met endocrinoloog, voetchirurg, podoloog, voetverpleegkundige en hoofdverpleegkundige. Eén maal per week sluiten ook de wondzorgdeskundige en de klinische apotheker zich aan op deze ronde. Dat is pas écht multidisciplinaire zorg aan bed!"

Dr. Van Pottelbergh: "De functie van diabetesvoetverpleegkundige, uitgevoerd door Christa Van der Gucht, hebben we eveneens 10 jaar geleden gecreëerd en is ook uniek voor België. Het is een diabetesverpleegkundige die zich speciaal toelegt op de begeleiding en behandeling van personen met een diabetesvoetprobleem. Ze heeft zowel een verzorgende als een organiserende rol. Ze



Dokter Lieven Maene

is het eerste aanspreekpunt van de patiënt en begeleidt de patiënt zowel op de diabetesvoetraadpleging als tijdens hospitalisatie. Bij een grote multidisciplinaire ploeg is het erg belangrijk dat de patiënt een toeverlaat heeft die de zaken eenvoudig uitlegt, die de patiënt motiveert en psychologisch ondersteunt. Christa geeft ook ondersteuning aan de andere verpleegkundigen, superviseert de wondzorg, geeft opleidingen, helpt de thuis- en mantelzorg te organiseren, enz. Een essentiële schakel van ons team."

Dr. Rezaie: "Na ontslag uit het ziekenhuis kan de patiënt terug aanknopen bij de regelmatige ambulante controlesessies in de diabetesvoetkliniek. Na genezing komt het er op aan om recidief te voorkomen. Ik bekijk dan samen met de schoenmaker en de podoloog welke aanpassingen nodig zijn aan het schoeisel van de patiënt. Soms voer ik nog extra chirurgie uit om drukpunten te corrigeren en zo de kans op recidief te verminderen. Daarnaast besteden onze medewerkers veel aandacht aan educatie, zowel van de patiënt als zijn omgeving om hen te leren de voeten goed te verzorgen, stipt het aangepast schoeisel te dragen, de voeten dagelijks te inspecteren en tijdig te reageren bij problemen. Goede zorg bestaat immers niet alleen uit curatie maar ook uit preventie!"

“Voeten en de relatie met diabetes. Het is iets raars...”

Eddy Steenwege uit Zaffelare is een actieve en kranige zeventiger, die er nog regelmatig met de moto op uittrekt. Als je hem ziet, is er niets dat er op wijst dat hij diabetes type 2 heeft. Eddy heeft zijn levensstijl aangepast, maar wil ook nog genieten van het leven. Hij beseft dat het ook wel anders had kunnen lopen. “Ik ben bijna mijn been kwijt geweest.”

Wanneer werd er bij u diabetes vastgesteld?

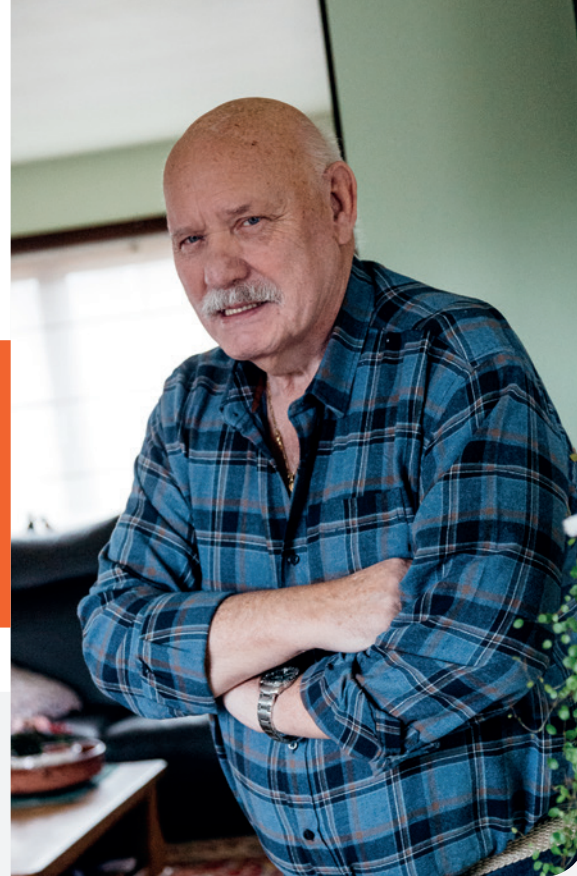
Goh, dat moet al bijna dertig jaar zijn. Het begon eigenlijk met een bloedname. Diagnose: suikerziekte. Ik wist niet goed wat ik me daar moest bij voorstellen. Want ik voelde me de dag na de diagnose niet anders dan de dag ervoor hé. Maar goed, ik begon pilletjes te nemen. Af en toe werd de medicatie aangepast. Telkens hielp het een tijdje; er lijkt niks aan de hand en ik leefde verder. De ernst van de kwaal zag ik op dat moment niet. En ik noem het bewust een kwaal, geen ziekte. Ik deed eigenlijk gewoon verder zoals ik voordien bezig was. Op een bepaald moment hielpen de pilletjes niet meer en moest ik twee keer per dag insuline spuiten. Later is dat opgetrokken naar vier keer per dag. Dan begint er toch iets te dagen. Voordien was ‘suiker’ een zeer abstract iets. Een mindere meting? Pilletje nemen en het is opgelost. Gezonder eten?

Niet echt. Dat ik van alles kon voorhebben met mijn ledematen? Ja, dat zal dan wel zeker. Tot zolang ik zelf niets gewaar werd, leek die waarschuwing niet op mij van toepassing.

Wanneer werd u zich bewust van de risico's?

Ongeveer tien jaar geleden merkte ik onderaan mijn rechtervoet een klein zwart plekje van zowat 4 millimeter op, dat erg pijn deed. Op vrijdag sprak ik er met mijn echtgenote over en op maandagmorgen moest mijn teen er af. Die teen was op die twee dagen zwart ge-

“Je voet gaat kapot zonder dat je het goed beseft. Ik was dus beter veel vroeger gestart met een dagelijkse controle van mijn voeten, maar ja...”



worden. Razendsnel ging dat dus. Nadien genas de wonde niet en na een tweede operatie ben ik gelukkig met die voet in Aalst terechtgekomen, bij het team van dokter Nobels. Ik weet nog dat ik daar gewoon binnen wandelde, recht van mijn werk. Rondlopen en gaan werken? Daar kan je maar beter onmiddellijk mee stoppen, zegden ze in Aalst. Ik had een open wonde die niet wou genezen en was een teen kwijt. En ik stond er nog altijd niet echt bij stil. Tot dan. In het OLV Ziekenhuis kreeg ik - eigenlijk toen pas voor het eerst - een grondige uitleg over waarom zo'n wonden ontstaan en waarom ze niet genezen als je er op loopt. Lopen maakt de wonde dieper

tot ze uiteindelijk het bot aantast. Eigenlijk heel logisch. Ik had daar als ingenieur zelf aan kunnen denken, maar zo werkt dat niet. Toen zijn mijn ogen eindelijk open gegaan.

Wat ging er toen door u heen?

Mijn teen was al geamputeerd en ik vreesde op een bepaald moment mijn hele voet te verliezen. Dat was voor mij geen optie. Ik wou nog verder werken en motorrijden, en al die andere zaken die ik in mijn gedachten al zag wegvallen. Nee ... Pas dan ben ik dagelijks mijn voeten gaan controleren. Voordien dacht ik: wie doet dat nu? Maar toen is het me beginnen dagen: ik heb er geen gevoel meer in. Ik zie mijn voeten. Ik voel ze ook, aan het uiteinde van mijn benen. Maar ik voel het niet als er wat mis mee is. Ze kunnen onderaan met een naald in mijn voet prikken. Ik zou kunnen roepen dat het pijn doet, op het zicht (lacht). Alleen, dat zou onzin zijn, want ik voel het echt niet. Uiteindelijk ben ik toen alles samen drie keer geopereerd. Mijn kleine teen en een stukje voet ben ik kwijt maar de wonde is genezen.

Wat is de impact daarvan op uw leven?

Sinds de amputatie bekijkt mijn echtgenote elke dag mijn voeten. Daar was ik beter veel vroeger mee gestart, maar ja. Je voet gaat kapot zonder dat je het goed beseft. Nu draag ik aangepast schoeisel. Lelijk

schoeisel, laat ons eerlijk zijn. De schoenmaker heeft erg zijn best gedaan om ze er mooi te laten uitzien, maar ze staan toch ver van elegante Italiaanse schoenen, hé. In de wachtzaal op de voetklinik gaat het er vaak over: aangepast schoeisel is een steun voor je voeten, maar ze zijn niet elegant en minder makkelijk. Al zit het wellicht

“Dat ik als diabetespatiënt elke dag mijn voeten moet controleren? Ja, dat zal dan wel zeker. Tot zolang ik geen probleem had, leek die waarschuwing niet op mij van toepassing.”

ook wel tussen de oren natuurlijk. Dokter Nobels overtuigde me van de zin om altijd dit aangepaste paar te dragen. Deze invaliditeitsschoenen (lacht).

Dat ligt moeilijk voor een schoenenliefhebber zoals u?

Een paar goed gemaakte Italiaanse schoenen, daar kon ik vroeger van genieten. Voeten en de relatie met diabetes, het is iets raars. Via de ziekteverzekering krijg ik één paar aangepaste schoenen per twee jaar terugbetaald. Dat is weinig. Wie draagt nu twee jaar aan een stuk elke dag dezelfde

schoenen? Zomer en winter, binnen en buiten. Ik heb me meteen zelf een extra paar aangeschaft, maar ik kan me ook voorstellen dat niet iedereen dat zomaar kan.

Heeft u door de problemen met uw voeten ook andere aspecten van uw leven aangepast?

Ik zondig nog steeds maar met mate (lacht). Ik gun mezelf 20% zonde. Ik eet nog steeds alles maar de volumes zijn niet meer wat ze ooit geweest zijn. Ik kijk uit, maar ik wil ook nog leven. Mezelf een heel streng dieet opleggen, dat doe ik niet. Wellicht zou dat inderdaad nog een aantal zaken makkelijker en beter maken, maar wat rest dan uiteindelijk nog? Ik heb bewust zelf willen ontdekken wat de invloed is van mijn levensstijl op mijn suikerwaarden. Twee trappisten drinken en voordien en daarna meten. Daar schrik je wel even van, hoor. Dat is het equivalent van een maaltijd, hé. Dan mogen ze je dat tien keer zeggen, als je het zelf ziet, is het nog iets anders. Gaandeweg heb ik de kwaal leren kennen. En mijn voeten, die verzorg ik nauwgezet. Ik wil dat geen tweede keer meemaken. Ik heb op die tien jaar nog wel probleempjes gehad, maar ik was er altijd als de kippen bij om me te laten verzorgen in de voetklinik. En zie: ik sta nog stevig op mijn voeten en hoop dat nog vele jaren vol te kunnen houden.

Wie doet wat?

Wat is de taak van alle zorgverstrekkers in het multidisciplinaire team van de diabetesvoetkliniek? Het antwoord volgt met deze casus.

Jan heeft een wonde op de voetzool, maar voelt geen pijn. Omdat hij er al een tijdje op rondloopt, is de wonde dieper geworden en is er een besmetting ontstaan. De **huisarts** stuurt hem dringend door naar de diabetesvoetkliniek. Daar wordt Jan onderzocht door het voltallige multidisciplinaire team. De **endocrinoloog** neemt het voortouw. Hij vraagt Jan hoe lang hij deze wonde al heeft, of hij pijn heeft in de voet, of hij koorts heeft gehad of heeft gerild. Heeft hij in het verleden al wonden gehad, werd hij al eens geopereerd aan de bloedvaten? Hoe lang heeft hij al diabetes, hoe wordt hij behandeld, is de diabetes goed geregeld? Welke medicatie neemt Jan? Heeft hij al antibiotica genomen? Is hij allergisch aan bepaalde antibiotica?

Daarna volgt een grondig onderzoek van de voet. De **voetchirurg** stelt vast dat de wonde is overgroeid door eelt, die zorgvuldig wordt verwijderd. Hij kan met de pincet diep in de wonde, tot dicht tegen het bot. De omgeving van de wonde

is rood en warm, wat wijst op infectie. Er wordt een wisser genomen van de wondbodem en naar het lab gestuurd om te onderzoeken welke ziektekiemen de infectie veroorzaken. Jan heeft geen pijn als er met de pincet in de wonde wordt gevoeld, hij heeft dus zeker neuropathie met verlies van gevoeligheid in de voeten. De bloedvaten van de voet kloppen nog krachtig. Er moeten dus geen bijkomende bloedvatonderzoeken gebeuren. Jan wordt naar de dienst Medische beeldvorming gebracht voor een Rx-foto van de voet, waarop gelukkig geen aantasting van het bot te merken is.

De **voetverpleegkundige** legt Jan uit dat hij door zenuwaantasting onvoldoende voelt in de voeten. Hierdoor heeft hij niet gevoeld dat hij zich een blaar heeft gelopen. Door er te blijven op stappen heeft hij de blaar open gelopen. Dat heeft aanleiding gegeven tot een diepe besmette wonde. De wonde komt tot dicht tegen het bot. Uitbreiding van de infectie in het bot vergt meestal een ope-

ratie, waarbij het besmette bot moet weggenomen worden en dus voetweefsel verloren gaat. Vermoedelijk heeft Jan geluk, want de Rx van de voet toont nog geen botaantasting, maar dit zal pas zeker zijn als een controle Rx binnen 2-3 weken goed blijft. De endocrinoloog legt uit dat er verschillende maatregelen moeten worden genomen om de wonde te genezen. Zo moet Jan antibiotica



nemen. De wonde moet dagelijks verzorgd worden door een **thuisverpleegkundige**. En ... erg belangrijk, Jan mag absoluut niet meer steunen op de wonde.

De endocrinoloog overlegt met de **verpleegkundige** over de wondzorg, en bekijkt met de **podoloog** en de voetchirurg hoe best vermeden kan worden dat Jan op de wonde steunt. De voetchirurg geeft aan dat, zodra de infectie onder controle is, de wonde het snelst zal genezen met een 'total contact cast'. Hierbij wordt een gips aangelegd rond voet en onderbeen die de contouren van de voet mooi volgt, en zo de druk op de wonde tot een minimum herleidt. Dit wordt besproken met Jan. Die geeft echter aan dat hij een zieke vrouw heeft die hij zelf verzorgt en hij ziet het totaal niet zitten om met een gips rond te lopen. Er wordt in overleg besloten om als alternatief een dikke laag vilt tegen de wonde aan te brengen om te vermijden dat Jan rechtstreeks op de wonde steunt en er wordt een diabetic walker aangemeeten, een speciale 'bot' waarmee de druk op de wondzone wordt beperkt. Er wordt aan Jan uitgelegd dat hij zo veel mogelijk moet rusten. Het resultaat zal opgevolgd worden. Als er niet snel genoeg verbetering optreedt is het misschien toch beter om Jan te overtuigen van een total contact cast.

Terwijl de endocrinoloog de antibiotica voorschrijft, de



voorschriften voor de thuiszorg maakt en de brief voor de huisarts klaar maakt, plakt de podoloog vilt rond de wonde en doet de verpleegkundige de wondzorg en toont aan Jan hoe hij de walker dient te dragen. Er wordt afgesproken om Jan al na een week terug te zien om zeker te zijn dat de behandeling helpt. Jan moet tegen dan enkele glucose dagprofielen meten met zijn glucosemeter om te zien of er aanpassingen nodig zijn aan het glucosebe-

leid. Jan zal ook nog grondiger uitleg moeten krijgen van de **diabetesverpleegkundige** of de podoloog over neuropathie en de maatregelen die hij moet nemen om in de toekomst nieuwe wonden te voorkomen. Na genezing zal de **schoenmaker** verbonden aan de voetkliniek aangepaste schoenen moeten voorzien. Dit zal op de volgende consultaties bekeken worden.

Voetchirurgie: van laatste optie tot preventie

Voor diabetesvoetpatiënten werd chirurgie lange tijd beschouwd als de laatste optie, wanneer het 'klassieke' therapeutisch arsenaal ontoereikend bleek. Dokter Rezaie breekt een lans om chirurgie in bepaalde gevallen ook preventief, als permanente oplossing in te zetten.

Nadat hij zijn doctoraat in de geneeskunde behaalde aan de Vrije Universiteit Amsterdam, specialiseerde dokter Wahid Rezaie zich in de orthopedie en traumatologie in het Erasmus Universitair Centrum in Rotterdam en het Sint-Elisabethziekenhuis in Tilburg. Vervolgens was hij fellow in de voet- en enkelchirurgie in het North Bristol Hospital in het Verenigd Koninkrijk en de Sint-Maartenskliniek in Nijmegen. Als voet- en enkelspecialist met bijzondere aandachtsgebieden in reconstructieve en minimaal invasieve voet- en enkelchirurgie werd hij in 2016 door de dienst Orthopedie van het OLV Ziekenhuis aangetrokken om in de voetsporen te treden van dokter Rumbaut voor wie de pensionering toen in zicht kwam. Dokter Rezaie maakt ook deel uit van het kernteam van de diabetesvoetkliniek. Een gesprek.

Statiek en biomechanica van diabetisvoet

"Bij de behandeling van diabetesvoet is het wegnemen van druk op de wonde essentieel. Wonden waar op gelopen of gelegen wordt, worden immers alsmäär dieper geduwd, vaak tot op het onderliggend bot, en dat geeft veel problemen. Daarom raden we de patiënt

Ik ben ervan overtuigd dat het team van de OLV-voetkliniek een hooggespecialiseerde zorg biedt die uniek is: kennis, inzicht, organisatie, systematiek, engagement, interactie met de patiënt ... top!

aan om aangepast orthopedische schoeisel of drukontlastende wondschoeenen te dragen. Soms wordt een speciale onderbeengips aangelegd - een zogenaamde total contact cast of TCC - waarmee de druk op de voetwonde wordt weggenomen en verlegd naar de niet-aangestaste delen van de voet en het onderbeen. Dergelijke 'externe' drukontlasting is inderdaad in de meeste gevallen aangewezen. Maar lossen we daarmee het probleem voldoende op? Die conclusie kan je als arts eigenlijk pas maken nadat je de oorzaak van de voetwonde hebt doorgrond.

Een wonde aan de onderzijde van de diabetische voet met neuropathie ontstaat vaak door wrijvingskrachten of een verhoogde druk. Van waar komt die wrijving of die druk? Dat wil ik weten. Als voet- en enkelchirurg concentreer ik me op de biomechanica en de statiek van de voet. Ik ga na of er standafwijkingen van de tenen



zijn bij de patiënt: hamertenen, hallux valgus, abnormale stand van de metatarsophalangeale (MTP) gewrichten, verkorting van de Achillespees, ingezakt voetgewelf of extreme hol- of platvoeten. Motorische neuropathie leidt tot verzwakking van de voetspieren en een verminderde beweeglijkheid van de voetgewrichten. Daardoor gaat de patiënt op een andere manier stappen, waardoor er geleidelijk een afwijkende teen- of voetstand kan ontstaan. Daar ligt vaak de oorzaak van een ulcus aan de onderzijde van de

voet. Natuurlijk spelen hierbij ook andere factoren een rol zoals verminderde doorbloeding en verandering van de beschermingsmechanismen van de huid. Als het voetprobleem dan enkel met klassieke 'externe' drukontlasting wordt aangepakt, is er na genezing een grote kans op nieuwe problemen in de toekomst, met meer dan 40% recidief binnen een jaar en 60% binnen 3 jaar."

Preventieve chirurgie

"Als het voetulcus het gevolg is van een standafwijking kunnen wij met de huidige kennis van de biomechanica de onderliggende oorzaak van de druk vaak wegnemen via een chirurgische ingreep. Dat biedt dan een veel meer permanente oplossing, met dus veel minder kans op recidief!

In deze gevallen spreken we van secundaire preventie. De patiënt heeft immers al minstens één episode met voetwonde gekend vooraleer een operatie wordt uitgevoerd. Niet alle standafwijkingen zijn goed te behandelen met orthopedisch schoeisel en sommige diabetespatiënten zien er tegenop om het steeds te dragen, wat aanleiding geeft tot recidief. Voor veel patiënten is een chirurgische ingreep echter een grote psychologische drempel, waardoor ze niet meteen overtuigd kunnen worden. Bij terugkerende wonden stappen ze dan uiteindelijk vaak toch over die drempel heen. Ze beseffen dan dat een klassieke aanpak geen blijvende oplossing biedt. Dergelijke voetchirurgie is enkel mogelijk als de voet voldoende doorbloed is. Daarom doen we deze chirurgie liefst zo vroeg mogelijk vooraleer er belangrijk vaatlijden optreedt, idealiter zelfs in primaire preventie. Moet een diabetespatiënt met een standafwijking van de teen of voet eerst een voetwonde hebben vooraleer we ingrijpen?

In de diabetesvoetkliniek wordt chirurgie ingezet voor drie types ingrepen:

Spoedoperaties - bijvoorbeeld bij infecties met abcesvorming of bij acute ischemie

Curatieve operaties - debridement (zuiveren) van wonden, mini-amputaties en chirurgische correctie voor drukontlasting om wonden te laten helen

Preventieve operaties - correctie van standafwijkingen ter voorkoming van voetwonden

Niet noodzakelijk! Voor diabetespatiënten met bepaalde voetafwijkingen kan je met grote zekerheid voorspellen dat ze daardoor vroeg of laat met diabetesvoetproblemen zullen geconfronteerd worden.

Met het voltallige team, inclusief de patiënt en zijn entourage, schatten we de veiligheid in, namelijk of het risico van een chirurgische voetcorrectie voldoende opweegt tegen het risico van recidiverende voet-ulcera. Vaak kan veel leed worden vermeden door tijdig in te grijpen.

Voor deze preventieve aanpak is het een vereiste dat de diabetesvoetpatiënten worden begeleid door een multidisciplinair team dat niet enkel over de nodige kennis en vaardigheden ter zake beschikt, maar ook goed overlegt met de patiënt, rekening houdend met diens psyche en leefomstandigheden. Gezien mijn eerdere ervaring in andere internationale voetklinieken, ben ik ervan overtuigd dat het team van de OLV-voetkliniek een hooggespecialiseerde zorg biedt die uniek is: kennis, inzicht, organisatie, systematiek, engagement, interactie met de patiënt, ... top!"

Minimaal invasieve en arthroscopische voetchirurgie

"Tegenover zoveel expertise van mijn collega's in het team mag ik niet uit de toon vallen (glimlachend). Ook op mijn domein verwachten mijn collega's en onze patiënten dat de meest innovatieve technieken worden toegepast. Het OLV Ziekenhuis heeft een sterke reputatie uitgebouwd op het vlak van minimaal invasieve ingrepen, en ook onze dienst sluit zich daar bij aan. Waar haalbaar, voer ik de correctieve ingreep percutaan uit, met behulp van minuscule chirurgische boortjes onder begeleiding van een röntgenapparaat of middels een kijkoperatie. Net als in de diabetesvoetkliniek kan ik ook in

We merken een groeiend aantal patiënten van ver buiten onze regio die naar hier komen voor een second opinion.

het operatiekwartier rekenen op de ondersteuning van een deskundige en gemotiveerde ploeg.

Voetchirurgie is precisiewerk, waarvoor de wetenschap permanent op zoek is naar steeds betere technieken en innovatieve concepten. Bijvoorbeeld een van de recente ontwikkelingen is het operatief behandelen van diabetische neuropathie. Tijdens de operatie wordt meer ruimte gecreëerd voor een aantal zenuwen van het onderbeen. Met het toepassen van deze techniek kan de kans op een nieuw ulcus of amputatie bij diabetesvoetpatiënten aanzienlijk afnemen.

Met deze ontwikkelingen kunnen we steeds méér patiënten helpen. We merken trouwens een groeiend aantal patiënten van ver buiten onze regio die naar hier komen voor een second opinion. Ik vermeld dit niet uit ijdelheid, maar omdat het een teken is dat we hier 'goed bezig zijn' in het belang van onze patiënten. Om hen draait het allemaal!"

25 jaar OLV Diabetesvoetkliniek

Diabetesvoet: een chirurgie met (soms) vallen en (altijd) opstaan

De voordracht die Dr. Jan Rumbaut geeft op het symposium "25 jaar diabetesvoetkliniek OLV Ziekenhuis" is geïnspireerd op de lezing die hij in november 2017 heeft gegeven op de conferentie van de Association of Diabetic Foot Surgeons, die plaatsvond in Venetië. De titel van deze voordracht was: "Anything that can go wrong, will go wrong, quote Murphy's law - the management of oddities and errors". Deze lezing was de aanleiding tot een reflectie over 25 jaar diabetesvoetchirurgie.

De behandeling van diabetesvoetproblemen is er niet alleen op gericht om wonden of necrose aan te pakken, maar ook om recidief te voorkomen of zo lang mogelijk uit te stellen. Door het onderliggend ziekteproces van neuropathie en vaatlijden, maar ook door verlies van voetweefsel door vroegere ulcera of mineure amputaties, liggen de volgende problemen immers steeds op de loer. De prognose van de aandoening wordt dan ook sterk bepaald door de alertheid van de patiënt en diens omgeving en van het behandelende team, zowel in de eerste lijn als in de diabetesvoetkliniek. Dokter Rumbaut vergelijkt dit met een oorlogssituatie, waarin men altijd waakzaam moet zijn en voorbereid op gevaar. Hij klasseert de problemen als "drijfzand" waar men geleidelijk kan inzakken. Men dient altijd op beide bedacht te zijn. Dat vergt inzicht en een reflexmatige houding."

Booby traps

Dokter Rumbaut: "Zoals een soldaat weet dat op gevaarlijk terrein altijd de mogelijkheid bestaat dat hij op een landmijn stuit, zo dienen wij er altijd op bedacht te zijn dat we met een plots gevaarlijk probleem worden geconfronteerd. Ook al is de kans dat dit gebeurt relatief klein, toch moeten we een scenario klaar hebben wanneer dit zich voordoet. Een typisch voorbeeld is een zich snel uitbreidende infectie of necrose van de voet. Men noemt zo'n probleem ook wel foot attack naar analogie met een hartinfarct (heart attack) of een herseninfarct (wat men in de volksmond ook wel een attaque noemt). Er

valt dan geen tijd te verliezen. Het team moet klaar staan om onmiddellijk in te grijpen."

Drijfzand

Problemen die dokter Rumbaut als "drijfzand" bestempelt, blijven meestal lange tijd onopgemerkt. "Het start met een zogezegd 'minieme' verwikkeling, die de patiënt zelf niet ziet of voelt, maar stilaan verder evolueert. Op een bepaald punt kan het probleem niet meer ontkend worden, maar is het vaak al gevorderd met verlies van kostbaar voetweefsel als gevolg. Daarom dienen wij altijd alert te zijn voor zelfs de kleinste signalen. Met veel discipline moeten we elke keer controles uitvoeren opdat drijfzandproblemen worden ontdekt in het vroegst mogelijke stadium."

Permanente aandacht, altijd voorbereid zijn voor een urgente ingreep

"Beide fenomenen - booby traps en drijfzand - kunnen optreden vanaf het eerste contact en tijdens het hele behandelingstraject." Een situatie die onder controle is, of lijkt, kan plots een gevaarlijke wending nemen die meestal start met één of meerdere van de volgende problemen: acute vasculaire achteruitgang, het ontstaan of de ontwikkeling van infecties met weefselnecrose, instabiliteit door niet-genezing van een fractuur (non-union) of ten gevolge van Charcot-arthropathie, en tenslotte kunnen er bij deze precare patiënten steeds algemene verwickelingen optreden zoals acuut nierfalen, hartdecompensatie, DRESS-syndroom of toxische colitis door antibiotica, enz. We kunnen er van meespreken."

Beslissen, bijsturen, beslissen,... samen met de patiënt en zijn familie

"Het beheersen van complicaties bij diabetesvoet is een dynamisch proces. Soms worden we geconfronteerd met een lidmaat- of levensbedreigende situatie. Een goed gestructureerd team dat met therapeutische behandelingschema's werkt, en

dat snel toegang kan krijgen tot operatietijd voor chirurgische infectiebestrijding (debridement) en vasculaire chirurgie, is essentieel.

Door herhaalde evaluaties dient de therapie stapsgewijs te worden uitgestippeld en bijgestuurd, waarbij het functionele resultaat primeert. Met andere woorden we streven naar een 'schoenbare' voet, ook al moet daar voetweefsel voor opgeofferd worden. Beperkte amputaties worden dus niet gezien als falen van de behandeling maar als een noodzaak om tot een goed functioneel resultaat te komen. Grote amputaties proberen we evident te vermijden, maar zijn soms de enige oplossing en ook dan streven we met bijvoorbeeld een goede onderbeenprothese naar een zo goed mogelijk functioneel resultaat waarbij we de patiënt mobiel willen houden.

Wanneer een ambulante patiënt zich voor het eerst aandient op consultatie, is het 'spookbeeld' van opeenvolgende complicaties reeds aanwezig. In moeilijke en uitdagende situaties is het cruciaal dat de patiënt en zijn familie actief worden betrokken bij elke beslissing in het ganse behandelingsproces. Enkel met deze aanpak kan men zinvol bezig zijn - ook als we 'op de grond gevallen zijn' of 'in de touwen hangen'."



Tot slot geeft Dr. Rumbaut enkele overwegingen mee, als hulpmiddel in moeilijke momenten:

"Raap iets op als je neerligt." Als je tegenslag hebt, probeer er dan toch iets positiefs uit te halen.

"De ziekte is onze vijand, niet de patiënt." Als de therapietrouw niet optimaal is dan moeten we dit trachten te begrijpen en naar oplossingen zoeken. Het is bijvoorbeeld niet eenvoudig van niet op een wonde te steunen als je door neuropathie geen pijn meer voelt.

"Succes leidt tot arrogantie, tegenslag brengt inzicht".

Urgentiedienst diabetesvoetkliniek

Foot attack? Time is tissue!

Bij een hartaanval of heart attack geldt: "time is muscle". Bij een acuut diabetesvoetprobleem - een foot attack - luidt het devies: "time is tissue". Veel amputaties kunnen worden voorkomen door de verwijzingstijd te verkorten.

Lage drempel voor verwijzing naar diabetesvoetkliniek

In vele gevallen ziet een voetwonde er in het begin niet bedreigend uit. Het lijkt dan dat klassieke wondzorg zal volstaan - ten onrechte! Meestal is een veel uitgebreidere multidisciplinaire behandeling in een voetkliniek nodig met drukontlasting, vaatingreep, enzovoort. Wanneer er te lang wordt gewacht met doorverwijzing, bestaat het risico dat er op een gegeven moment een infectie optreedt. Daardoor kan er plots veel weefsel worden vernietigd, wat dan weer het risico vergroot op amputatie, maar ook op verandering van de anatomie van de voet. Door een gewijzigde anatomie wordt de voet moeilijk "schoenbaar" waardoor dan weer de kans op nieuwe voetwonden erg groot wordt.

Spoeddienst voor diabetesvoet

De diabetesvoetkliniek van het OLV Ziekenhuis heeft een wachtpermanentie voorzien. In overleg met de eerste lijn geven wij urgent advies en beslissen

wij samen of de patiënt electief kan gezien worden op de diabetesvoetpolikliniek of dringend, al dan niet via de spoeddienst, gehospitaliseerd moet worden.

Tijdens de werkuren kunt u als huisarts contact opnemen met de behandelende endocrinoloog of met de voetchirurg via het secretariaat van de dienst Endocrinologie (telefoon 053 72 44 88).

Buiten de kantooruren contacteert u als huisarts de algemene spoeddienst op campus Aalst (telefoon 053 72 42 48), die u zal doorverbinden met de wachtpermanentie van de diabetesvoetkliniek.

Richtlijnen voor dringende doorverwijzing door de huisarts

Dringend doorverwijzen als ...

- de wonde diep ondermijnd is
- er botcontact is
- er tekens zijn van infectie
- er tekens zijn van ischemie

Superdringend doorverwijzen bij ...

- een zware lokale infectie
- natte necrose
- tekens van systemische infectie (rillen en/of koorts)
- een combinatie van voorgaande vaststellingen

Bij twijfel: bel met de voetkliniek, stuur eventueel een foto door. Gebruik dus je smartphone!

Bij dringende verwijzing voor hospitalisatie wordt er binnen de 4 uur beslist of er een urgent chirurgisch debridement voor infectiebestrijding en/of een snelle vasculaire ingreep bij ischemie dienen georganiseerd te worden.

Noot: ook bij de overige voetulcera is het aangewezen om door te verwijzen naar de diabetesvoetkliniek wanneer ze niet binnen de twee weken genezen zijn.

Foot Care Tech

In de loop van de geschiedenis van de diabetesvoetkliniek werden verschillende nieuwe technieken geïntroduceerd. Hier volgen enkel voorbeelden.

Hyperbare zuurstoftherapie

Het OLV ziekenhuis beschikt al bijna 20 jaar over een hyperbare zuurstofkamer. Deze wordt in geselecteerde indicaties ook gebruikt bij de behandeling van diabetesvoet. De tank lijkt een beetje op een ruimtecapsule. De patiënten stappen in deze drukcabine en kunnen plaatsnemen in comfortabele vliegtuigstoelen. Voor diabetesvoetpatiënten bedraagt de duurtijd van een sessie ongeveer 2 uur. Tijdens de eerste sessie is er een gespecialiseerde verpleegkundige aanwezig in de kabine, om de patiënt vertrouwd te maken met de omgeving. Door toediening van 100% zuurstof onder een verhoogde omgevingsdruk wordt de hoeveelheid zuurstof in het bloed veel groter. De overmaat aan zuurstof wordt opgelost in het plasma waardoor het zelfs op plaatsen geraakt waar geen rode bloedcellen meer door kunnen. Dit is gunstig voor de wondgenezing, bestrijdt anaërobe kiemen en stimuleert de aanmaak van nieuwe bloedvaatjes. De diabetesvoetkliniek gebruikt de tank vooral bij ernstige voetinfecties

met anaëroben en om de heling van chirurgische wondnaden - bijvoorbeeld van voorvoetamputaties - te bevorderen bij patiënten waarbij de arteriële doorbloeding onvoldoende kan verbeterd worden. Doorgaans volstaan een tiental hyperbare zuurstofsessies. De resultaten zijn zeer bevredigend.

Vacuüm wondverzorging

Vaak wordt hiervoor ook de term VAC gebruikt, die staat voor Vacuum Assisted Closure. Bij deze wondverzorgingsmethode maken we gebruik van een compact toestel dat via een slang luchtdicht wordt verbonden met de wonde die vervolgens vacuüm wordt gezogen. Er wordt gebruik gemaakt van een gecontroleerde negatieve druk in de wonde. Door de voetwonde vacuüm te trekken, worden de wondranden naar elkaar toe getrokken, worden immuuncellen in de wonde aangezogen, en worden bacteriën en teveel aan wondvocht weggezogen. Op die manier wordt meestal snel een goed opgroeiende wondbodem verkregen. Dergelijke vacuümthe-

rapie versnelt de wondheling en is de enige manier om nieuw weefsel te laten groeien over blootliggend bot. Deze techniek wordt zeer veel toegepast in de diabetesvoetkliniek, zowel tijdens hospitalisatie als ambulant (waarbij het vacuümverband op de ambulante diabetesvoetkliniek vervangen wordt).

In-shoe plantaire drukmetingen

Sinds 2017 beschikt de diabetesvoetkliniek over de vereiste hard- en software om 'in-shoe' plantaire drukmetingen uit te voeren. Daarbij worden speciale zooltjes bekleed met druksensoren in de schoenen van de patiënt gelegd. Als de patiënt dit schoeisel aantrekt, geven deze sensoren de drukmeting door naar een speciale software, die het mogelijk maakt om te analyseren op welke plekken van de voet de druk te hoog is. In overleg met de schoenmaker wordt na deze meting de schoen of de zool aangepast of wordt er een drukontlastende chirurgische ingreep uitgevoerd. Na elke aanpassing volgt een nieuwe drukmeting, tot een optimaal resultaat is behaald.

De hyperbare zuurstofkamer



Kwaliteit & sensibilisering

Een voorzet geven ...

Het team van de diabetesvoetkliniek wil in de eerste plaats elke individuele patiënt die zich bij hen aandient, zo goed mogelijk helpen. Maar de equipe onderneemt ook concrete initiatieven die bijdragen tot een verbeterde zorg voor alle diabetesvoetpatiënten. Enkele voorbeelden.

SMART-FOOT: op tournee naar Vlaamse huisartsen

De huisarts vervult een belangrijke taak in de begeleiding van diabetesvoetpatiënten en stelt een praktijkgerichte ondersteuning sterk op prijs. Dat bleek na de workshop die de diabetesvoetkliniek in 2015 had opgezet in het kader van OLV Ateljee. Meteen kwamen aanvragen binnen om deze workshop ook op andere locaties te herhalen. Daartoe werd het project SMART-FOOT ontwikkeld, met ondersteuning van de Diabetes Liga en financiële steun van AstraZeneca. SMART-FOOT staat voor Screening, Measures, Assessment, Reaction and Timely referral of diabetic FOOT problems. Al deze topics komen tijdens de les aan bod. Screening: de jaarlijkse screening met inspectie, pulsaties, monofilament en/of touch test. Measures: welke maatregelen dienen er genomen te worden als de screening afwijkend is? Assessment: wat als patiënt een won-

de heeft, hoe onderzoeken, hoe ernst beoordelen? Reaction: wat moet je als huisarts weten over de behandeling, welke rol kan je hierin opnemen? Timely referral: hoe tijdig verwijzen, waarbij de principes van 'FOOT attack' aangeleerd worden en overwogen wordt om bij twijfel de SMART-phone te gebruiken om een foto door te sturen naar de voetkliniek en telefonisch te overleggen. Dit plaatselijk initiatief werd ondertussen om-

gevormd naar een nationaal project met sessies door lokale diabetesvoetklinieken met hun verwijzende huisartsen in heel Vlaanderen en binnenkort ook in Franstalig België. En er is internationale interesse ...

IKED VOET: kwaliteitsbakens uitzetten ... en steeds verder leggen

Diabetesvoetklinieken moeten aan een aantal strikte criteria beantwoorden om erkend te worden door het Riziv. Een Riziv-erkenning geldt als het "olympisch minimum", maar "alles kan altijd nog beter". Vandaar het Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes, afgekort IKED, met een apart luik voor diabetesvoet. Het initiatief werd in 2005 opgestart en de diabetesvoetkliniek van het OLV Ziekenhuis was er van bij het begin sterk bij betrokken. De werkgroep ontwikkelde processen outcome-indicatoren voor de diabetesvoetklinieken. De



Bij een SMART-FOOT-sessie worden voetwonden gesimuleerd zodat de deelnemers op een veilige maar realistische manier kunnen oefenen.

procesindicatoren geven weer welk behandelingsproces werd doorlopen, terwijl het resultaat voor de patiënt via outcome-indicatoren wordt gemeten. Elke twee tot drie jaar worden de deelnemende diabetesvoetklinieken gevraagd om deze gegevens voor de patiënten in hun centrum gedurende zes maanden te verzamelen. De resultaten van deze audit worden anoniem verwerkt, maar elke diabetesvoetkliniek krijgt zijn eigen scores. Daardoor wordt het mogelijk om de kwaliteit van het eigen centrum te benchmarken met de totale deelnemersgroep. Deze aanpak stimuleert de deelnemende centra om telkens beter te willen scoren. In een open geest worden best practices uitgewisseld en besproken. Het doel is immers niet om beter te zijn dan een ander centrum, maar wel om de gezondheidswinst voor alle diabetespatiënten steeds verder te verbeteren. Ook dit project kent internationale interesse. Het werd recent in een review over diabetesvoet in de New England Journal of Medicine, samen met een analogo Duits initiatief, geciteerd als een voorbeeld van hoe kwaliteitsverbetering voor diabetesvoet zou moeten opgezet worden.

PROMS: hoe beoordeelt de patiënt zelf het resultaat van zijn behandeling?

Patient Reported Outcome Measures ... een term die recent wel vaker is te horen in de medische wereld. De meeste kwaliteitsindicatoren die in de gezondheidszorg worden gevolgd, meten hoé het therapeutisch proces is verlopen: in welke mate werden alle richtlijnen gevolgd? Meer en meer aandacht gaat nu ook naar outcome-indicatoren, waarmee het resultaat voor de patiënt wordt gemeten. Bij een diabetesvoetpatiënt wordt dan bijvoorbeeld gemeten in welke mate een voetwonde is genezen of verkleind over een bepaalde behandelingsperiode, of wat het recidief is. De meest recente trend is om bij de bepaling van outcome-indicatoren ook naar de patiënt zelf te luisteren. Hoe ervaart hij het resultaat van de gevolgde therapie? In plaats van enkel te peilen naar wondheling of recidieven, wordt ook bekeken in welke mate de patiënt een autonoom leven kan leiden, of hij pijn ervaart, of hij mobiel is ... Het OLV Ziekenhuis staat volledig achter deze Patient Reported Outcome Mea-

asures (PROMs) en ontwikkelde een app waarmee de patiënt via pc of smartphone een score op meerdere criteria kan aangeven. Deze app kan voor elke pathologie een aangepaste programmatie krijgen. De dienst Pneumologie heeft deze app al effectief in gebruik genomen en de dienst Urologie volgt heel binnenkort. De diabetesvoetkliniek is volop bezig met de voorbereidingen. Ze heeft een researchproject opgezet met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid om de criteria die zullen bevestigd worden wetenschappelijk te valideren. Wie weet wordt dit een voorzet voor de introductie van PROMs in IKED Voet. Verdere vooruitgang zult u via OLV Inside Out op de voet kunnen volgen.

Afscheid Dr. Jan Rumbaut

“Ik heb veel van mijn patiënten geleerd...”

Dokter Jan Rumbaut behoorde tot het pioniersteam van de diabetesvoetkliniek van het OLV Ziekenhuis en bleef tot zijn pensionering eind 2016 één van de sterkhouders binnen deze equipe. Ook vandaag nog is hij met zijn ruime ervaring en menselijk inzicht van onschatbare waarde voor het team, dat altijd met bewondering en een warm hart over hem spreekt.

Hoe ik bij de diabetesvoetkliniek ben terechtgekomen? Geen enkele chirurg doet graag amputaties en dus hebben ze dat maar in mijn schoenen geschoven (schertsend) ... Neen, ik had toen al ervaring opgebouwd met voetchirurgie en dus was het vrij logisch dat men bij mij terecht kwam toen in het OLV Ziekenhuis de idee groeide om met een diabetesvoetkliniek te starten. Het was dokter Van Crombrugge die als endocrinoloog met dit idee op de proppen kwam. Hij had toen al het inzicht dat diabetes een groeiend maatschappelijk probleem zou worden en dat er dus ook steeds meer diabetesvoetproblemen zouden komen. Hij kwam me polsen of ik openstond voor het toen nog prille concept van een multidisciplinaire voetkliniek, zoals dat in het UZA al sinds 1989 onder de impuls van dokter Kristien Van Acker in voege was.

Dat we hier in Aalst ondertussen zijn uitgegroeid tot één van de meest dynamische diabetesvoetklinieken van Vlaanderen,

“Met het concept van de multidisciplinaire consultaties staat de patiënt niet alleen figuurlijk, maar ook letterlijk centraal.”



is te danken aan de inzet van het voltallige team. Dokter Nobels is met de start van de diabetesvoetkliniek toegekomen en is sindsdien de sturende en stuwende kracht van de ploeg. Ik waardeer zijn menselijke en muzikale kwaliteiten, zijn indrukwekkende medische expertise, net als zijn gedrevenheid om bij de overheid en het Riziv op te komen voor het welzijn van de diabetespatiënten in ons land. Maar zijn talent als coach spreekt mij nog het meeste aan. Hij heeft een multidisciplinair team gebouwd dat de patiënt écht centraal stelt. Iedereen in het team - arts of niet - heeft een even belangrijke stem. De medewerkers van de twee betrokken medische diensten - Endocrinologie en Orthopedie - laat hij naadloos samenwerken, zonder enige concurrentie of naijver. Het is de patiënt die telt. De patiënt staat niet enkel in overdrachtelijke zin centraal



in de diabetesvoetkliniek. Met het concept van de multidisciplinaire consultaties staat hij ook letterlijk centraal. Niet de patiënt moet in het ziekenhuis van de ene medische dienst naar de andere verhuizen - neen, hij kan op één plek terecht, waar alle zorgverleners naar hem toekomen om samen de meest aangewezen behandeling en verzorging te bespreken. Dat we dit principe niet enkel voor consultaties realiseren, maar ook waarmaken met een geïntegreerde opnamedienst, maakt ons uniek in België.

Samen, dat wil ook zeggen mét de patiënt zelf. Want in al die jaren heb ik geleerd dat de patiënt zelf ook moet méé willen. Dan denk ik vooral aan de secundaire preventie: hoe te vermijden dat de problemen verslechteren wanneer er al een voetwonde of -letsel is. Daarvoor rekenen we op de zelfdiscipline van de patiënt om op heel regelmatige tijdstippen zijn voeten te inspecteren en te letten op kleine signalen. Wij verwachten dat hij altijd aangepast schoeisel draagt, ook al voelt het misschien comfortabeler om thuis met pantoffels in de zetel naar tv te zitten kijken.

En ik heb evenzeer geleerd dat we bij het bepalen van de meest aangewezen therapeutische optie ook naar de wensen van de patiënt moeten luisteren. Dat klinkt vanzelfsprekend, maar ik heb ervaren dat het niet altijd zo evident is. Als arts denken we dat een amputatie kost

Profiel Dokter Jan Rumbaut

Geboren en getogen in Erembodegem als zoon van een huisarts met een gezin van vijf kinderen, van wie er later vier een loopbaan in de zorgsector uitbouwden.

Liep college in Aalst en ging daarna geneeskunde studeren in Leuven, waar hij promoveerde in 1976.

Liep in 1974 gedurende acht maanden stage in het OLV Ziekenhuis in Aalst, in de diensten Inwendige ziekten en Heelkunde bij het toenmalige diensthoofd Dr. Cuvelier. De ontmoeting met Dr. Gillardin als jonge chirurg was mede bepalend in de keuze voor een opleiding Algemene heelkunde.

Heeft zich daarna gedurende zes jaar verder gespecialiseerd in de heelkunde en traumatologie aan de KU Leuven, en via opdrachten in Bochum (Duitsland), Bazel (Zwitserland), Eupen en Oostende.

Is in mei 1982 zijn loopbaan als traumatoloog gestart in het OLV Ziekenhuis in Aalst, binnen de dienst Algemene heelkunde.

Als medestichter van Artsen zonder vakantie en via chirurgische missies in het toenmalige Zaïre van 1983 tot 1992 deed hij ruime ervaring op als voetchirurg.

Maakte in 1993 de overstap van de dienst Algemene heelkunde naar Orthopedie, toen traumatologie in laatstgenoemde dienst werd geïntegreerd. Onder impuls van Dr. Van de Meulebroucke is de dienst Orthopedie uitgegroeid tot een sterkhouder in het ziekenhuis.

Maakte als voetchirurg deel uit van het eerste multidisciplinaire team van de in 1992 opgerichte Diabetesvoetkliniek.

Heeft eind 2016, na meer dan 34 jaar, zijn actieve loopbaan in het OLV Ziekenhuis beëindigd om tijdens zijn pensioen meer tijd te gaan besteden aan familie, hobby's en interesses.

In 1980 gehuwd met Beth Wellekens, uit een gekend Aalsters geslacht, gelukkige vader van 3 zonen en 3 dochters, en grootvader van (voorlopig) 4 kleinkinderen.

Is een reflecterend wandelaar, mens- en natuurvriend, en verwoed schapenhouder.

wat het kost moet vermeden worden. Maar ik ken een patiënt die zelf vragende partij was om twee onderbeenamputaties uit te voeren en daar nu heel tevreden om is. Hij wou ambulans zijn en niet afhankelijk zijn van anderen. Dat bleek niet haalbaar wanneer hij nauwelijks kon stappen omwille van voetwonden die maar niet wilden genezen. Daardoor kwam hij nauwelijks nog het huis uit, terwijl hij daar echt naar uitkeek. Vandaar zijn vraag. Met zijn protheses kan hij nu wel gaan waarheen hij wil en heeft hij zijn leven terug in eigen handen kunnen nemen. (Mijmert) Ik heb véél van mijn patiënten geleerd ...

Sommige zorgverleners denken dat ze iets doen. Wij, in ons team, doen wat we denken (lachend). Een doordenkertje ... Om de beste therapeutische weg voor een patiënt te bepalen, moet er grondig nagedacht worden. Iedereen in het team wordt daarbij betrokken, ook de patiënt zelf. Als we zo met onze gezamenlijke kennis dan een beslissing nemen, is het 'doen' de kroon op het werk. Ik hou er wel van om te filosoferen. Als chirurg of zorgverlener is dat een sterkte. De diabetesvoetklinik is eigenlijk de ideale omgeving om dat te doen. Ik heb hier veel geleerd over het leven. In de diabetesvoetklinik krijgen we als zorgverlener vaak lessen in bescheidenheid. In termen van kansen op genezing is diabetesvoet niet de

gemakkelijkste aandoening. Dankzij nieuwe technologieën is de geneeskunde in staat om vele ziekten te genezen, maar bij chronische ziekten moeten we ons toch nog vaak gewonen geven. Dat ontslaat ons echter niet van onze missie en opdracht om zorg te dragen voor de lijdende mens. Patiënten met diabetesvoet moeten we begeleiden in hun ziekte.

"Ik ben een heel gelukkig mens, hé. Ik ben met een gerust hart op pensioen kunnen gaan omdat ik wéét dat de ploeg, zowel op orthopedie als de voetklinik, haar werk kan voortzetten en verbetert."

We proberen hun een functionele voet te bieden en een recipiënt zo ver mogelijk uit te stellen. Nogmaals: een optimale begeleiding is enkel haalbaar in groep. Dat schept ook een band. Ik stel vast dat iedereen in het team van de diabetesvoetklinik lang samen blijft. Er is weinig verloop. Ook als er iemand vertrekt, zoals ik met mijn pensionering, dan blijft de eigenheid van de groep toch intact. Dat wijst op de sterkte van de equipe.

Ik ben een heel gelukkig mens, hé. Ik ben met een gerust hart

op pensioen kunnen gaan omdat ik wéét dat de ploeg haar werk kan verderzetten zoals het hoort. Ik heb mijn opvolger (n.v.d.r. Dr. Wahid Rezaie) leren kennen als een mens met een warm hart en als een voetchirurg met een enorme expertise. Fantastisch! Het gaf me grote voldoening dat ik hem in het jaar vóór mijn pensioen nog heb kunnen introduceren bij alle grote namen in onze discipline op internationaal niveau. De andere teamleden van de diabetesvoetklinik ken ik al langer. Mijn collega's zijn mijn vrienden geworden. Stuk voor stuk fantastische mensen die de patiënt nooit in de steek zullen laten. Mensen die hun vak kennen en hun verantwoordelijkheid nemen. Als zij me als arts dan 's nachts opbelden voor een patiënt, dan wist ik: "trek uw schoenen maar al aan, want het is ernstig". Ik heb het volste vertrouwen in hen. Mijn engagement naar deze groep is groot. Weet je dat ik op de laatste dag vóór mijn pensioen nog tot twaalf uur consultaties heb gehouden? Dat zegt véél, hé? We laten elkaar in de ploeg niet in de steek, en ook onze patiënten niet. En die beseffen dat ook. Vele patiënten kennen we al jaren. Op een dag kreeg ik een telefoontje van een OCMW uit de regio; er was iemand overleden die geen familie had en niemand om de begrafenis te regelen. In zijn portefeuille hadden ze één briefje gevonden; daarop stond mijn naam en telefoonnummer ...

Teamwerk

Enkele getuigenissen van een aantal medewerkers van de diabetesvoetklinik.

Frank Borghs, orthopedisch schoentechneiker: "Ik heb als schoentechneiker een jarenlange ervaring met diabetesvoet, met activiteiten op verschillende plaatsen in Vlaanderen. Ik ben van in het prille begin bij de voetklinik van het OLV ziekenhuis betrokken. Door de enorme groei van de activiteiten in Aalst heb ik veel opdrachten elders moeten afbouwen. Ik moest kiezen ... en als Antwerpenaar koos ik overtuigd voor Aalst, bij OLV. Waarom? Respect en erkenning voor mijn bijdrage, de uitstekende organisatie en de geweldige sfeer in het team, dat zich echt ten dienste stelt van de patiënt. En als je deel bent van een ploeg die zich volledig geeft, dan draag je die spirit mee. Zo zal ik altijd streven naar een optimale verdeling van de drukken over de voet, ben ik steeds bereid correcties aan te brengen aan mijn schoeisel en zal ik, wanneer het speciaal schoeisel van een patiënt met diabetesvoet moet gecorrigeerd of hersteld worden, er voor zorgen dat het 's anderendaags in orde is, want ik beseft het belang om altijd dit aangepast schoeisel te dragen."



Betty De Muyter, diabeteseducator-wondzorgverpleegkundige: "Toen de diabetesvoetklinik van het OLV Ziekenhuis werd opgericht, was ik hoofdverpleegkundige van het Wit-Gele Kruis in Ninove. We hadden toen een aantal patiënten in de thuiszorg die ook hier werden geholpen. De contacten tussen eerste en tweede lijn verliepen heel vlot. Er was duidelijke communicatie en respect voor ons werk. Een tiental jaar terug koos ik voor een carrièreswitch en startte ik met een opleiding als diabeteseducator. De keuze voor mijn stageplaats was snel gemaakt. De aanpak van zorg voor de patiënt, het professionalisme en de team spirit bevielen mij ten zeerste. Zo maakte ik de overstap. Sindsdien werk ik met volle goesting in deze fantastisch gemotiveerde en warme ploeg waarin alle aandacht gaat naar onze chronische patiënt en zijn diabetische voet."

Karolien De Vis, podoloog: "Het is telkens een plezier om te komen werken op de voetkliniek. Het geeft mij veel voldoening dat wij als team de patiënt stap per stap op de juiste weg helpen naar genezing toe. De klassieke ambulante verzorging voor patiënten met diabetesvoet bestaat uit wondzorg, eelt wegnemen, druk wegnemen met bijvoorbeeld siliconen orthesen als de tenen tegen elkaar gedrukt zijn of met een dikke laag vilt, steeds gecombineerd met speciaal drukontlastend wondschoeisel. Wij krijgen als podoloog in dit team een brede verantwoordelijkheid, waarbij we ook ingeschakeld worden in de educatie, bij technische onderzoeken zoals teendrukmetingen en plantaire drukmetingen, in het overleg met de schoenmaker, en zelfs in de wondzorg. Ieder draagt zijn steentje bij in het team en door jarenlang met elkaar samen te werken kunnen we mekaar optimaal aanvullen."



Annick Staelens, podoloog: "Het leuke aan dit team is dat het nooit stilstaat. Er waait altijd een wind van vernieuwing. Ik heb al enkele vernieuwingen mogen trekken, wat veel voldoening geeft. Zo heb ik 3 jaar geleden de teendrukmetingen mogen oppuntstellen. Bij deze techniek meten we de bloeddruk in de teen wat de beste indicatie geeft van de doorbloeding. En vorig jaar heb ik de 'in-shoe' plantaire drukmetingen mogen opstarten. Hierbij leggen we speciale zooltjes bekleed met druksensoren in de schoenen. Via speciale software kunnen we analyseren op welke plekken van de voet de druk nog te hoog is. Dan komt het erop aan om de schoen of de zool aan te passen. Dat gebeurt in overleg met Frank, onze schoenmaker. Na elke aanpassing volgt een nieuwe drukmeting, om er zeker van te zijn dat het probleem opgelost is en zich niet verschuift naar een andere plek op de voet. Soms volstaat één aanpassing, maar in andere gevallen kan het puzzelwerk zijn. Onze voetchirurg Dr. Rezaie heeft hier ook een belangrijke bijdrage in. Hij heeft verschillende nieuwe chirurgische methoden van drukontlasting geïntroduceerd. Ik herinner me een patiënt met een 'charcotvoet' met een uitsteeksel op het plantair deel van zijn voet. We slaagden er niet in om met aanpassing van het schoeisel de druk op die zone voldoende te reduceren, waardoor er telkens opnieuw wonden ontstonden. Een chirurgische ingreep met correctie van het prominente bot gaf de oplossing."



Miranda Spruyt, verantwoordelijke diabetesverpleegkundigen: "Ik was er in 1992 bij toen de voetkliniek opstartte. Nu ben ik coördinator van de ploeg diabetesverpleegkundigen voor de gehele dienst Endocrinologie-diabetologie. Maar de voetkliniek ligt me nog altijd heel nauw aan het hart. Ik ben 'eerste invaller' wanneer nodig. Vooral de educatieve opdracht ligt me: patiënten bewust maken van het belang om hun voeten en schoenen te inspecteren, altijd aangepast schoeisel te dragen, nooit op blote voeten te lopen ... Ik begrijp ook wel de dames die graag een elegant schoentje dragen, maar dan maak ik een afdruk van hun voet op een blad papier en plaatst vervolgens hun schoen bovenop die afdruk ... Zo maak je het probleem meteen zichtbaar, want uiteraard is die voetafdruk véél groter dan de omtrek van de voetzool. Je houdt het ook niet voor mogelijk welke voorwerpen we al uit de schoenen van onze patiënten hebben gehaald, zonder dat zij dit door hun neuropathie voelen: muntstukken, papierpropjes, legoblokjes, flessenstopjes tot zelfs een fopspeen ... allemaal oorzaken voor verwondingen!"



Sonja Bockstaal en Veerle Vermeir, secretariaatsmedewerkers (resp. rechts en links op de foto): "Hoewel het tijdens de consultaties van de diabetesvoetkliniek altijd erg druk is willen we ze voor geen geld missen. We hebben immers een belangrijke rol om alles in goede banen te leiden en voelen dat de patiënten en ons team ons werk appreciëren. Je kan je voorstellen dat we er ons hoofd moeten bijhouden. We zien zo'n 30-40 patiënten op een namiddag. Ze worden doorgaans begeleid door iemand van hun familie omdat ze moeilijk kunnen stappen of in een rolstoel zitten. En we moeten zorgen dat ze door de juiste medewerkers van het team worden gezien voor de wondzorg, misschien moeten ze nog naar de radiologie, naar de gipskamer, bij de schoenmaker ... Eigenlijk moeten we het medisch aspect toch ook wel een beetje kennen. Als een patiënt ons belt voor een afspraak moeten we kunnen inschatten hoe snel we die moeten inplannen, en welke collega's van het team er dan allemaal aanwezig moeten zijn. Het helpt al dat we de meeste patiënten vrij goed kennen, maar toch moeten we nog verder dóórvragen, zijn er tekens van infectie, hebben ze gerild of koorts gehad, heeft de thuisverpleegkundige verdachte zaken gezien ... We hadden toen we begonnen als medisch secretaresses nooit kunnen indenken dat we zo'n belangrijk deel van het team zouden zijn."



Christa Van Der Gucht, voetverpleegkundige: "Diabetesvoetzorg is dŭren: durven een eeltkap over een wonde te verwijderen en de wonde volledig proper te maken, durven te inspecteren hoe diep de wonde is ... Ik kreeg net een telefoontje voor een patiënt hier op de gang. In zijn voetwonde moesten wicken aangebracht worden, maar die blijken niet diep genoeg te zitten ... Dan helpen die uiteraard niet. In diabetesvoetzorg moet je doortastend zijn. Doortastend en dus vaak ook streng voor de patiënt maar anderzijds ook begripvol en bezorgd. Ik ben erg geboeid door wondzorg; toch wil ik niet enkel naar de wonde kijken, maar naar de totale mens en zijn entourage ... dat heb je nog al gehoord als je met mijn collega's sprak, vermoed ik? (lacht). Beeld je maar eens in dat je hier in een bed ligt. Er komt een groot team langs, die vriendelijk zijn maar waar je toch door beangstigd wordt, want je hebt niet alles verstaan wat ze gezegd hebben en je hebt uit hun lichaamstaal menen op te maken dat het er niet goed uitziet. Ik ga dan nadien nog eens praten met de patiënt en leg alles nog eens eenvoudig uit, welke aanpak we voorstellen, welke weg we samen zullen moeten afleggen. Ik leg hierbij steeds verantwoordelijkheid bij de patiënt, die niet mag steunen op de wonde, moet helpen toezien dat de verbanden niet te hard spannen, moet vragen dat ze hem het juiste schoeisel aandoen, enz. Doorgaans verblijven de patiënten lange tijd op onze hospitalisatiedienst met ingewikkelde voetwonden. Dan doet het goed dat er iemand is om naar hen te luisteren, om hun moed in te spreken, om hun te helpen om over een moeilijke beslissing te stappen."



Nele Vermeulen, klinisch apotheker: "Eenmaal per week sluit ik aan bij de toer op de hospitalisatieafdeling van de diabetesvoetklinik. Een diabetesvoetpatiënt heeft veelal meerdere aandoeningen waarvoor medicatie wordt genomen. Dat leidt soms tot een lange medicatielijst. Als apotheker streef ik naar een doeltreffend, veilig en economisch gebruik van geneesmiddelen. Zijn alle geneesmiddelen nog aangewezen? Moet bepaalde thuismedicatie preoperatief worden gestopt? Zijn er geen interacties tussen nieuw opgestarte geneesmiddelen en thuismedicatie? Wat is de ideale verduunning en inloopsnelheid voor intraveneuze medicatie? Is er een efficiënt oraal alternatief voor de intraveneuze medicatie? Kan de keuze van de medicatie worden geoptimaliseerd? - waarbij ik vooral focus op antibiotica. Moet de dosis tijdelijk worden aangepast in functie van de nierfunctie? ... Dat soort zaken wordt allemaal afgestemd met het team."

Lieven Decavele, verpleegkundig specialist wondzorg: "Al méér dan tien jaar leg ik me professioneel volledig toe op wondverzorging en wondbeleid - zowel voor patiënten van heekunde als van andere medische diensten, waaronder dus ook de diabetesvoetklinik. Twee keer per week ga ik mee op toer bij de gehospitaliseerde diabetesvoetpatiënten: eenmaal met het basisteam en op woensdag met het voltallige multidisciplinaire team. Endocrinoloog, voetchirurg, klinisch apotheker, voetverpleegkundige, podoloog, wondzorgspecialist én nog een assistent in opleiding: iedereen heeft zijn of haar inbreng bij de beoordeling en bijsturing van de behandeling van elke patiënt. Multidisciplinariteit is hier niet zomaar een vrijblijvend begrip; het is écht doorlééfd. Ik ervaar dat als uiterst waardevol bij het uitstippelen van het wondbeleid. En met Christa als voetverpleegkundige kan ik op mijn twee oren slapen, want zij zorgt voor een perfecte uitvoering van het wondzorgbeleid. Net als mijn collega's op hŭn vakgebied, zoek ik ook voortdurend naar innovatie op het vlak van wondzorg. Nieuwe inzichten, nieuwe actieve producten en verbanden ... ik volg alles op de voet. Uiteraard passen we ook geavanceerde technieken toe, zoals negatieve druktherapie, al dan niet in combinatie met instillatie. Wij starten deze therapie op in het ziekenhuis, maar begeleiden ook de zorgverleners die betrokken zijn bij de ambulante voortzetting."



Nele Palsterman, operationeel verantwoordelijke: "Ons ziekenhuis hecht veel belang aan initiatieven om de patiënt centraal te stellen, om de zorg te stroomlijnen rond de patiënt. De diabetesvoetklinik vormt daarvan een perfecte illustratie. Het goed op elkaar ingespeelde ambulante team, maar ook de diabetesvoethospitalisatiedienst waar alle expertise rond de patiënt gebracht wordt, zijn voorbeelden van hoe warme menselijke zorg toch kan samenvallen met strakke organisatie en gebundelde expertise. Proficiat voor het team! Als we 'out of the box' moeten denken om zulke initiatieven beheersmatig mogelijk te maken, dan doen we dat met plezier."

Kim De Wolf, hoofdverpleegkundige hospitalisatieafdeling: "Onze hospitalisatieafdeling combineert Endocrinologie, Nefrologie en Diabetesvoetklinik. Daardoor zijn we gespecialiseerd geraakt in het zorgen voor chronische patiënten met een hoge zorgwaarde (lacht). Dat is veel werk: we dienen vele verbanden aan te brengen en intensieve wondzorg te bieden. Ook op Nefrologie liggen vaak diabetespatiënten met voetproblemen. Doordat veel van deze patiënten niet mogen steunen op de wonde dienen ze voor alle verplaatsingen te worden geholpen. Dat is niet alleen fysiek uitdagend voor mijn ploeg, maar de problemen van deze patiënten laten je ook mentaal niet onberoerd. Als je op zo'n afdeling werkt besef je pas welke een immens probleem diabetesvoet is, welke uitdaging het is om het tijt te keren, de wondheling op het goede spoor te zetten en al de andere gezondheidsproblemen van deze mensen in goede banen te leiden. Je kan dit alleen efficiënt doen met teamaanpak. Onze ploeg is fier om daarin een belangrijke rol te kunnen spelen."





Diabetesvoetklinik

T 053 72 44 88 - F 053 72 41 87 - diabetessecretariaat@olvz-aalst.be

Voor dringende zaken buiten de kantooruren kan u contact opnemen met de hospitalisatiedienst X+4 Zuid, Campus Aalst: 053 72 45 63

OLV Ziekenhuis Campus Aalst

Moorselbaan 164
9300 Aalst

T 053 72 41 11
F 053 72 45 86

OLV Ziekenhuis Campus Asse

Bloklaan 5
1730 Asse

T 02 300 61 11
F 02 300 63 00

OLV Ziekenhuis Campus Ninove

Biezenstraat 2
9400 Ninove

T 054 31 21 11
F 054 31 21 21

