

'Folder voor de diabetische voet'

De ontwikkeling van een folder voor patiënten met een diabetische voet aan het Universitair Medisch Centrum Groningen

Ma-stage	Onderdeel Begeleiders UMCG Begeleider universiteit Opleiding	Ma-stage CIW dr. M. Stevens A. Kuipers dr. W. Vuijk Communicatie- en Informatiewetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen
Datum		14-11-13
Auteur	Naam Studentnummer Adres Telefoonnummer E-mail	Bram Schreuder s2248727 Grote Beerstraat 330 9742 SL Groningen 06-53948564 b.schreuder@student.rug.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1 Vraagstelling	1
1.2 Motivatie voor vraagstelling.....	1
1.3 Belang van het onderzoek	1
2. Theorie, literatuurbespreking.....	2
2.1 Theoretisch kader	2
2.2 Factoren die een rol kunnen spelen bij het informeren, overtuigen en instrueren	3
2.3 Informatie die in de folder dient te worden aangeboden	7
2.4 Manieren waarop effectief kan worden geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd.....	9
3. Methode	12
3.1 Onderzoeksvragen.....	12
3.2 Onderzoeksgroep, -materiaal en dataverwerking.....	13
4. Analyse/resultaten	15
4.1 Onderzoek	15
4.2 Data	15
5. Discussie en conclusie	19
5.1 Inhoudelijke discussie.....	19
5.2 Methodische discussie	22
5.3 Conclusie	23
Bijlagen	26
Bijlage 1. Conceptversie folder	26
Bijlage 2. Vragenlijst intentie (Hoeken, Hornikx, & Hustinx, 2012 ₂ : 212-213)	35
Bijlage 3. Resultaten vragenlijst intentie.....	38
Bijlage 4. Vragenlijst folder.....	50
Bijlage 5. Resultaten vragenlijst folder.....	52
Bijlage 6. Uiteindelijke versie folder	57

1. Inleiding

1.1 Vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Op welke wijze kunnen patiënten met een diabetische voet aan het UMCG het meest effectief worden geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd door een folder?

1.2 Motivatie voor vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om een folder te ontwikkelen voor patiënten met een diabetische voet aan het UMCG. Op dit moment is een dergelijke folder nog niet beschikbaar. De folder heeft vier doelen. Het eerste doel is het informeren van patiënten met een diabetische voet over de aandoening en behandeling. Het tweede doel is om de doelgroep te overtuigen van het belang van therapie, om verergering van de ziektebeelden te voorkomen. Het derde doel is om de patiënten te instrueren over het toepassen van zelfzorg, om hen hiertoe in staat te stellen. Het vierde en laatste doel is om de patiënten te informeren over praktische zaken, door hen te wijzen op de hulplijnen waarvan zij gebruik kunnen maken.

1.3 Belang van het onderzoek

Voor dit onderwerp is gekozen omdat er op dit moment nog geen folder beschikbaar is voor mensen met een diabetische voet aan het UMCG. De groep patiënten is moeilijk te bereiken en vooral de therapietrouw vormt een probleem. Het inzetten van een folder zou dit probleem kunnen bestrijden.

Tussen 2001 en 2011 is de prevalentie van diabetes in Nederland voor mannen ruim verdubbeld en voor vrouwen met ongeveer 65% gestegen. Op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen zal de prevalentie van diabetes voor de periode 2011-2030 naar verwachting verder stijgen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Geschat wordt dat een op de vier diabetespatiënten ooit in hun leven een voetprobleem zal ontwikkelen (Van Vliet, 2001: 8). De omvang van de groep patiënten met een diabetische voet zal naar verwachting dus alleen maar toenemen. Dit vormt een bijkomende reden om de voorlichting over dit onderwerp te verbeteren.

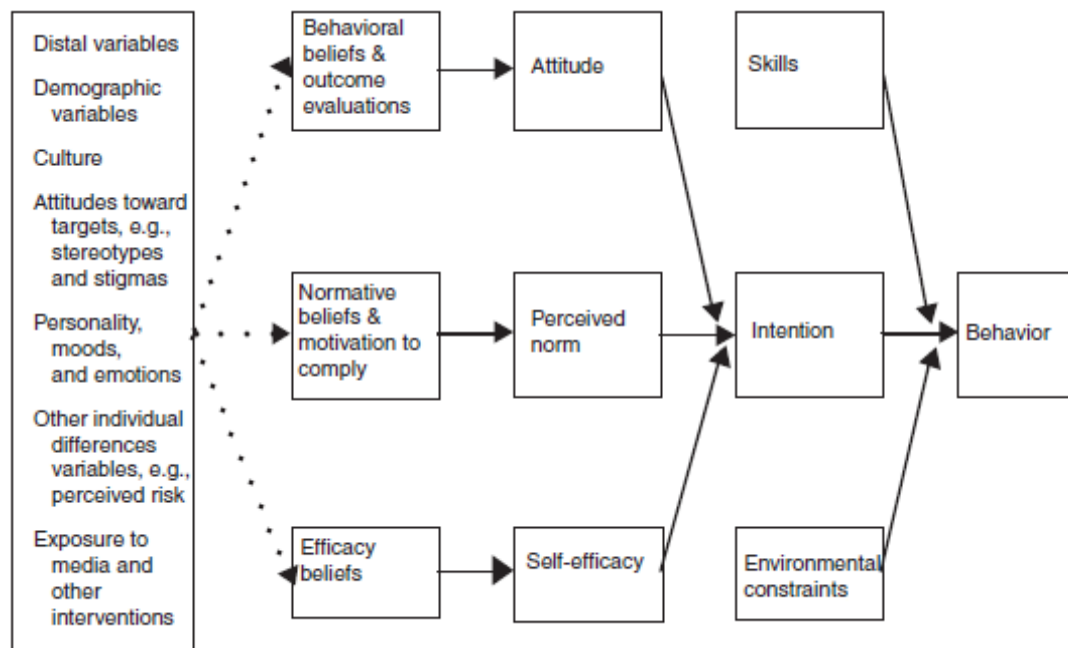
Ten slotte heeft dit onderzoek als doel om meer inzicht te verkrijgen in de manier waarop patiënten met een diabetische voet het best kunnen worden geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd. Hierbij wordt de informatie die aan patiënten dient te worden verstrekt gekoppeld aan de groeiseigenschappen. Daarmee kan dan rekening worden gehouden bij het ontwikkelen van andere voorlichting voor deze patiëntengroep.

2. Theorie, literatuurbespreking

2.1 Theoretisch kader

Bij de ontwikkeling van manieren om menselijk gedrag te veranderen neemt gedragstheorie een steeds belangrijkere plaats in. Aan de hand van theorieën over het voorspellen en veranderen van gedrag kunnen een aantal determinanten van gedrag worden onderscheiden. Wanneer duidelijk is wat de determinanten van een bepaald soort gedrag zijn, kan hiervan gebruik worden gemaakt bij de ontwikkeling van effectieve communicatiemiddelen die als doel hebben om het gedrag van mensen te veranderen (Fishbein & Capella, 2006: S1).

Een invloedrijk model om de determinanten van gezondheidsgedrag te bepalen is het Integrative Model of Behavioral Prediction (IMBP) van Fishbein & Yzer (2003). In figuur 1 wordt het model schematisch weergegeven. Dit model is ontwikkeld op basis van verschillende andere theorieën over (gezondheids)gedrag, namelijk het Health Belief Model, de Social Cognitive Theory en de Theory of Reasoned Action. Volgens het IMBP wordt het gedrag van mensen onder andere bepaald door de overtuigingen die zij hebben. Het model kan worden gebruikt bij het vaststellen van de overtuigingen die de intentie van mensen beïnvloeden om een bepaald soort gedrag aan te wenden (Broersma & Jansen, 2012: 22); cf. (Fishbein & Yzer, 2003: 165).



Figuur 1: Het Integrative Model of Behavioral Prediction (Fishbein & Yzer, 2003: 167).

Volgens het IMBP is een bepaald soort gedrag het meest waarschijnlijk wanneer iemand sterk de intentie heeft om het gedrag uit te voeren, beschikt over de benodigde vaardigheden om dit te doen en wanneer er geen omgevingsfactoren zijn die het gedrag in de weg staan. De factoren die bepalen of het gedrag wordt uitgevoerd kunnen dus verschillen tussen groepen mensen. Drie belangrijke determinanten hebben invloed op de intentie, namelijk de attitude over het uit te voeren gedrag (attitude), de waargenomen normen van het gedrag (perceived norms) en het vertrouwen in de eigen bekwaamheid om het gedrag uit te voeren (self-efficacy) (Broersma & Jansen, 2012: 23); cf. (Fishbein & Yzer, 2003: 165).

De attitude, perceived norms en self-efficacy worden weer bepaald door andere factoren. De attitude wordt bepaald door de overtuigingen wat betreft het resultaat van het gedrag en de waardering daarvan (behavioral beliefs & outcome evaluations). De perceived norms hebben betrekking op de overtuigingen wat betreft de opvattingen van anderen en de mate waarin de persoon zich daarnaar wil schikken (normative beliefs & motivation to comply). De self-efficacy ten slotte wordt bepaald door de overtuigingen die bepalen of een persoon denkt het beoogde gedrag te kunnen uitvoeren (efficacy beliefs) (Broersma & Jansen, 2012: 23-24); cf. (Fishbein & Yzer, 2003: 167).

Het gedrag wordt indirect beïnvloed door de volgende variabelen: demografische factoren; cultuur; attitudes ten opzichte van bepaalde zaken; persoonlijkheid, gemoedstoestand en emoties; andere individuele verschillen en blootstelling aan media. Deze factoren hebben ook invloed op de hiervoor besproken overtuigingen (Broersma & Jansen, 2012: 24); cf. (Fishbein & Yzer, 2003: 168).

2.2 Factoren die een rol kunnen spelen bij het informeren, overtuigen en instrueren

Deze paragraaf gaat over de factoren die een rol kunnen spelen bij het informeren, overtuigen en instrueren van deze specifieke patiëntengroep. Op basis van het IMBP zijn de determinanten, onderliggende overtuigingen en indirecte variabelen beschreven die mogelijk invloed hebben op de therapietrouw van de patiëntengroep. Bij de indirecte variabelen worden belangrijke eigenschappen van de doelgroep beschreven, waarmee ook rekening moet worden gehouden bij het informeren en instrueren van de patiënten.

Voor het schrijven van deze paragraaf is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de determinanten, onderliggende overtuigingen en indirecte variabelen die mogelijk invloed hebben op de therapietrouw van de onderzoeksgroep. Daarbij is er informatie verkregen door gesprekken met nurse practitioner Paul Scholten en orthopeed Elvira Tijdens. Zij zijn beiden werkzaam aan het UMCG, onder andere bij het spreekuur voor mensen met een diabetische voet. Het spreekuur is bijgewoond voor aanvullende informatie. Tevens zijn verschillende studies gebruikt over patiënten met een diabetische voet. Vooral de studie 'De diabetische voet: Behandeling in sociale context' van Scholten (2004) is veel gebruikt. Hierin wordt de groep diabetische voetpatiënten op de afdeling Orthopedie van het UMCG in kaart gebracht.

2.2.1 Indirecte variabelen

Demografische factoren

De onderzoeksgroep in het onderzoek van Scholten (2004) naar patiënten met een diabetische voet bestond voornamelijk uit mannen. De leeftijd van de onderzoekspopulatie lag rond de 57 jaar, wat overeenkwam met de non-response groep. Waarschijnlijk kampte het grootste deel van de onderzoeksgroep met overgewicht.

Bijna de helft van de patiënten was alleenstaand. Van de samenwonende respondenten had het grootste deel alleen de lagere school afgemaakt en meestal was dit bij de partner ook het geval. De alleenstaande patiënten hadden over het algemeen mulo, mavo of een hogere opleiding genoten.

Het inkomen van de patiënten lag net boven het minimum, 42% van hen deed betaald werk. In het onderzoek gaf 8% van de respondenten aan door de voetproblemen zonder werk te zitten, wat als een groot probleem werd ervaren. Ook gaf 8% van hen aan dat de werkgever geen begrip kon opbrengen voor regelmatige ziekmelding vanwege een recidiverend voetulcus. De uitkomsten van het onderzoek maken het aannemelijk dat de populatie diabetische voetpatiënten voor een groot deel bestaat uit patiënten met een lage sociaaleconomische status (Scholten, 2004: 18, 20-21, 24).

Cultuur

Veel van de patiënten met een diabetische voet in het onderzoek van Scholten (2004) hadden een ongezonde leefwijze. Van de onderzoeksgroep deed 25% van de respondenten niets om gezond te blijven, zij beperkten zich voornamelijk tot televisie kijken. Van de respondenten was 33% actief met een dieet bezig. Ondanks dat zij allen aangaven te zijn voorgelicht over de gezondheidsrisico's, rookte 25% van de patiënten (Scholten, 2004: 21). Scholten (2013) gaf in een gesprek aan dat de patiënten vaak slecht voor zichzelf zorgen.

Persoonlijkheid, gemoedstoestand en emoties

Volgens Bakker & Schaper (2000: 409) zorgt een diabetische voetulcus of een amputatie voor een verminderde levenskwaliteit van de patiënten. De gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van de patiënten in het onderzoek van Scholten (2004) lag veel lager dan het landelijk gemiddelde. Gemiddeld waren de patiënten ontevreden over de kwaliteit van leven. Vooral voor fysiek en sociaal functioneren, fysieke en emotionele rolbeperking, algemene gezondheidsbeleving en gezondheidsverandering was dit het geval.

Meer dan de helft van de patiënten gaf aan 's nachts pijn te hebben. Van de respondenten gaf 83% aan seksuele problemen te hebben, maar zij stelden allen dat dit hen niet wezenlijk stoorde. Door 8% van de patiënten werd vanwege een ziektegerelateerd copingprobleem maatschappelijk werk ingeroepen.

In het onderzoek gaf 42% van de patiënten aan een goede toekomstverwachting te hebben. Daarvan was 80% niet bekend met een diabetisch voetulcus. De patiënten met een doorgemaakt voetulcus waren over het algemeen onzeker over de toekomst en 17% van hen zag de toekomst ronduit somber in (Scholten, 2004: 19, 21).

Scholten (2013) stelde dat de patiënten vaak depressief en eenzaam zijn. Tijdens (2013) gaf aan dat mensen met een voet of been in het gips over het algemeen net zo depressief worden als iemand met een tumor. Psychisch hebben de patiënten veel lasten. Het thuis stilzitten heeft consequenties op sociaal en psychisch vlak. Op psychosociaal gebied is er ook een verschil tussen wanneer iemand alleen in het gips zit, wat eigenlijk iedereen kan overkomen, en wanneer er meer hulpmiddelen bij komen kijken.

Andere individuele verschillen

Uit het onderzoek van Scholten (2004) bleek dat juist de patiënten die de minste dagelijkse bezigheden hadden afspraken vaker afzegden of niet nakwamen (Scholten, 2004: 21). Van de patiënten had 67% in het verleden een voetulcus ontwikkeld en 88% daarvan had een lagere of middelbare opleiding genoten.

Blootstelling aan media

Naast mondelinge voorlichting krijgen patiënten met een diabetische voet op dit moment voorlichting in de vorm van een uitdraai, met daarin informatie over de aandoening en de preventie van voetproblemen.

2.2.2 Behavioral beliefs & outcome evaluations

De helft van de patiënten in het onderzoek van Scholten (2004) dacht zelf invloed te hebben op de gezondheid.

2.2.3 Attitude

Bij sommige patiënten in het onderzoek van Scholten (2004) was een zekere nonchalance te bespeuren jegens de diabetische voetproblemen (Scholten, 2004: 21).

2.2.4 Normative beliefs & motivation to comply

Tijdens (2013) stelde dat het zeker in Groningen zo is dat een minderheid van de patiënten het belangrijk vindt wat voor schoenen ze dragen. Vermoedelijk heeft dit betrekking op de normative beliefs van de patiënten en komt dit voort uit de overtuiging dat andere mensen het niet belangrijk vinden wat voor schoenen zij dragen. Er is bijvoorbeeld wel een Turkse patiënt die moeite heeft met de schoenen die hij moet dragen, omdat dit in zijn cultuur en omgeving belangrijker is.

Volgens Tijdens (2013) is het voor patiënten vaak moeilijk om de voeten te laten controleren door anderen als zij daar zelf niet toe in staat zijn. Wellicht heeft dit betrekking op de normative beliefs van de patiënten, omdat zij denken dat anderen het vervelend zouden vinden om dit te doen.

2.2.5 Efficacy beliefs

Tijdens (2013) stelde dat patiënten vaak juist denken goed te zijn in het uitvoeren van zelfcontroles, maar dat het veelal zo is dat zij zichzelf overschatten.

2.2.6 Skills

Volgens Scholten (2004) hebben de patiënten onvoldoende kennis over voetverzorging. Van de respondenten was 33% onwetend over het niet op blote voeten mogen lopen. Van de patiënten gaf 67% aan geen aanwijzingen over de voetenzorg te krijgen van de internist of endocrinoloog (Scholten, 2004: 19, 22).

2.2.7 Environmental constraints

Een diabetische voetulcus of een amputatie zorgt voor een verminderde mobiliteit, een grotere afhankelijkheid en een verlies van zelfstandigheid van de patiënten (Bakker & Schaper, 2000: 409). Door de voetproblemen was 83% van de patiënten in het onderzoek van Scholten (2004) minder mobiel. Daarvan was 40% rolstoelgebonden. Van de respondenten moest 75% de leefstijl aanpassen en had 58% minder energie. Van de patiënten gaf 41% aan thuiszorg nodig te hebben door de voetproblemen. Veel patiënten gaven aan dat gewichtsbeheersing door bewegingsbeperking werd bemoeilijkt (Scholten, 2004: 20, 23).

De verminderde mobiliteit zou een probleem kunnen vormen, omdat het voor de patiënten moeilijker wordt om zich te verplaatsen naar de huisarts of het ziekenhuis. Ook de verminderde energie zou hierbij een probleem kunnen zijn. Daarnaast is het wegens de verminderde energie van de patiënten wellicht moeilijker om zelfcontroles uit te voeren.

2.2.8 Behavior

Bij 50% van de patiënten in het onderzoek van Scholten (2004) werden de voeten niet gecontroleerd met een spiegel of door anderen. Deze frequentie van controle is onvoldoende. Glucose werd door 58% van de patiënten niet zelf gecontroleerd. Daarvan had 43% problemen met de manier waarop controlerende instanties de controle uitvoerden. Zij onttrokken zich aan dagelijkse of regelmatige controles (Scholten, 2004: 19, 22).

Ruggiero, Glasgow, Dryfoos e.a. (1997: 573) stellen dat het dagelijks uitvoeren van de verschillende zelfzorgactiviteiten voor veel patiënten moeilijk blijkt te zijn. De gevraagde leefstijlaanpassingen zijn levenslang en veelal zonder direct merkbare positieve consequenties voor de patiënt. Diabetespatiënten geven volgens hen zelf aan het meest trouw te zijn in het opvolgen van medicatievoorschriften en het minst trouw in het naleven van levensstijladviezen.

2.2.9 Conclusie

Op basis van de gegevens in deze paragraaf lijken vooral behavioral beliefs & outcome evaluations en skills belangrijke voorspellers te zijn van het gedrag van de doelgroep. Door de patiënten te overtuigen van het belang van de therapie zouden de behavioral beliefs & outcome evaluations kunnen worden beïnvloed. Door de patiëntengroep te instrueren over het toepassen van zelfzorg zou invloed kunnen worden uitgeoefend op de skill van de patiënten. Wanneer er sprake is van voldoende intentie en skill zou het gedrag van de doelgroep moeten veranderen. Hierbij moet rekening worden gehouden met de sociale context. Het lage opleidingsniveau en de lage sociaaleconomische omstandigheden wijzen erop dat er in de folder gebruik moet worden gemaakt van eenvoudig taalgebruik.

2.3 Informatie die in de folder dient te worden aangeboden

Om vast te stellen welke informatie er in de folder dient te worden aangeboden zijn de gegevens uit de vorige paragraaf gebruikt. Daarnaast is er gebruikgemaakt van de studie 'De diabetische voet: Behandeling in sociale context' van Scholten (2004). Ook zijn er gesprekken gevoerd met de heer Scholten en mevrouw Tijdens.

2.3.1 Algemeen

Scholten (2013) stelde dat er in de folder aandacht moet worden besteed aan de gezamenlijke belangen van de patiëntengroep. Volgens hem zou in de folder informatie moeten worden herhaald. De informatie die hierin moet worden verstrekt zou in dezelfde lijn moeten liggen als de informatie die wordt verstrekt door de behandelaars van patiënten met een diabetische voet. De folder zou moeten dienen om patiënten meer bewust te maken van bepaalde zaken.

Scholten (2013) gaf aan dat de medische informatie die de patiënten momenteel krijgen in de vorm van een uitdraai kan worden gebruikt als basis bij het ontwikkelen van een nieuwe folder. Zodra er eenmaal een folder is ontwikkeld kan er worden gekeken of deze de patiënten voldoende informatie biedt. Volgens Scholten (2004) moet de patiënt inzicht krijgen in alle factoren die bij de voetproblemen een rol spelen (Scholten, 2004: 24). Tijdens (2013) stelde dat er in de folder gebruik moet worden gemaakt van "extreem makkelijk taalgebruik", omdat zeker 90% van de patiënten laagopgeleid is.

2.3.2 Informeren over de aandoening en behandeling

Diabetes kan gevolgen hebben voor de voeten, omdat het zenuwen en bloedvaten kan beschadigen. Deze gevolgen zijn: minder gevoel, breuken en ontwrichtingen (Charcotvoet) en slechtere wondgenezing. Als diabetes gevolgen heeft voor de voeten is er sprake van een diabetische voet.

Tijdens (2013) gaf aan dat er altijd een röntgenfoto wordt gemaakt van de voeten van de patiënten. Indien er sprake is van een wond dan wordt deze altijd behandeld met modern verbandmateriaal, eventueel met gips of een verbandschoen. Wanneer er sprake is van een Charcotvoet dan moet deze langdurig worden gegipst. Wanneer er wondzorg plaatsvindt, krijgen de patiënten hierover een formulier met een duidelijke uitleg.

Tijdens (2013) gaf in het gesprek aan dat veel patiënten verschillende afdelingen van het ziekenhuis bezoeken. Daarom moet er in de folder worden gezegd: "U komt bij Orthopedie, maar meerdere vakgroepen kijken en werken samen." Het moet heel eenvoudig worden gehouden. De patiënten bezoeken slechts één onderdeel of afdeling van het ziekenhuis, maar er wordt maandelijks een gezamenlijk spreekuur gehouden, waarbij ook specialisten van andere afdelingen aanwezig zijn. Daarbij hoeft niet te worden uitgelegd bij welke problemen de patiënten door welke specialist worden geholpen. Er zijn wekelijks spreekuren op maandag en donderdag. Op het spreekuur van maandag is er een uitgebreid team aanwezig, met daarbij een schoenmaker en een orthopeed. Elke derde maandag van de maand vindt er een gezamenlijk spreekuur plaats met verschillende specialisten. Hierbij zijn een vaatchirurg, internist, revalidatiearts en orthopeed aanwezig, en indien nodig een dermatoloog en plastisch chirurg. Op donderdag is er een kleiner team aanwezig dat zich richt op de wondzorg.

2.3.3 Overtuigen van het belang van therapie

Volgens Scholten (2004) dient er met grotere regelmaat gewezen te worden op het belang van de zelfcontrole en verzorging. De patiënt moet volgens hem overtuigd raken van de relatie tussen de voetenzorg en het behoud van mobiliteit en daardoor het behoud van de kwaliteit van leven. Bij de eigen voetverzorging en controle moet er meer nadruk komen te liggen op het risico van op blote voeten lopen (Scholten, 2004: 24-25).

Tijdens (2013) stelde dat het voornaamste struikelblok is dat de patiënten geen probleem ervaren. Vaak hebben de patiënten geen pijn en worden zij niet beperkt door de aandoening. De patiënten moeten therapietrouw zijn, ondanks dat zij geen pijn hebben. Wanneer er sprake is van een complicatie hebben de patiënten daar geen last van en gaan zij door met hun dagelijkse bezigheden. Doordat de patiënten geen pijn voelen geven zij dit ook niet aan en daardoor hebben anderen ook minder aandacht voor de aandoening. De patiënten moeten zich ervan bewust worden dat het uitblijven van pijn niet betekent dat er niets aan de hand is. Er gaat iets mis in het systeem. Er moet aan de patiënten worden uitgelegd dat dit niet hun fout is, maar wel hun probleem.

De patiënten kunnen worden gewezen op de verstrekkende gevolgen die het wel of niet volgen van de therapie met zich kan meebrengen. Hierbij kan bijvoorbeeld een waarschijnlijkhedenclaim worden aangevoerd over complicaties.

2.3.4 Instrueren over het toepassen van zelfzorg

Scholten (2004: 24) geeft aan dat hij verwacht dat de patiëntengroep meer ondersteuning nodig heeft bij het toepassen van zelfcontrole en verzorging. Volgens hem dient de patiënt mentale, fysieke en sociale vaardigheden aangeleerd te krijgen waardoor hij of zij beter om kan gaan met de voetproblemen. Daarbij staat het verbeteren van de zelfzorg van de patiënt voorop. Uiteindelijk moet de patiënt meer actieve controle krijgen over zijn of haar eigen klachten en daarmee samenhangend zijn of haar kwaliteit van leven. Om die reden lijkt het volgens hem zinvol om de eigen effectiviteit te verbeteren.

Scholten (2013) gaf aan dat de patiënten met een diabetische voet vaak ook op andere gebieden achteruit gaan. Er moet bijvoorbeeld aandacht worden besteed aan of de patiënten wel goed kunnen zien. Het zicht van de patiënten is iets waarmee rekening moet worden gehouden bij het advies dat wordt gegeven voor het controleren op wonden aan de voet.

Tijdens (2013) stelde dat de patiënten dagelijks hun voeten en schoeisel moeten controleren. Diabetes tast ook vaak de ogen aan, waardoor het controleren van de voet wordt bemoeilijkt. In dat geval is het belangrijk dat de patiënten hulp krijgen van anderen. Hierbij kan worden gedacht aan familie, vrienden, de huisarts of de pedicure. Bij de twee laatstgenoemden is het echter wel moeilijk om dagelijks controles uit te laten voeren.

2.3.5 Informeren over praktische zaken

Volgens Scholten (2004) kan de kwaliteit van leven van de patiënten worden verbeterd door hen advies te geven over mogelijke voorzieningen en aanpassingen om fysieke stoornissen te compenseren. De diabetesfederatie geeft aan dat het mogelijk is om een lotgenotencursus te volgen. Door deze cursus zou de patiënt de ziekte een plaats kunnen geven in zijn of haar leven en mogelijk nieuwe inspiratie op kunnen doen. Er moeten interventies op persoonlijk en sociaal niveau plaatsvinden om de kwaliteit van het leven van de patiënten te verbeteren (Scholten, 2004: 25).

Scholten (2013) stelde dat er in de folder aandacht zou moeten worden besteed aan de hulplijnen waarvan patiënten gebruik kunnen maken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de psychologische hulp die hen kan worden geboden vanuit het ziekenhuis, maatschappelijk werkers en thuiszorg. Er zou in de folder een beeld moeten worden geschept van de mogelijkheden die patiënten hebben. Er zou bijvoorbeeld aandacht kunnen worden besteed aan de manier waarop de patiënten met lotgenoten in contact zouden kunnen komen. Zoals al werd aangegeven heeft het thuis stilzitten consequenties voor de patiënten op sociaal en psychisch vlak. Tijdens (2013) gaf aan dat de patiënten erop moeten worden gewezen dat dit heel normaal is.

2.4 Manieren waarop effectief kan worden geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd

In deze paragraaf wordt de informatie uit de vorige twee paragrafen gecombineerd en vertaald in de structuur, het tekst- en beeldgebruik en de stijl van de folder. Bij het schrijven van deze paragraaf is er gebruikgemaakt van informatie uit een gesprek met Marijke Greydanus, adviseur patiëntencommunicatie aan het UMCG. Daarnaast is er gebruikgemaakt van de handleiding 'Schrijfverband: Handleiding voor het schrijven van patiëntenvoorlichtingsmateriaal' van Bureau Voorlichting AZG (1999).

2.4.1 Structuur

In de richtlijnen van Bureau Voorlichting AZG (1999: 9) staat dat een folder altijd begint met een inleiding. Hierin staat onder meer voor wie de informatie is bedoeld en wat het doel van de informatie is. Verder staat in de richtlijnen dat een folder altijd eindigt met een telefoonnummer waar de patiënt meer informatie kan krijgen.

De structuur van de folder is gebaseerd op de doelen hiervan. Het eerste deel van de folder heeft als doel om patiënten met een diabetische voet te informeren over de aandoening en behandeling. Zij moeten namelijk over voldoende kennis op dit gebied beschikken voordat de andere doelen kunnen worden bereikt. Het tweede deel van de folder heeft twee doelen, namelijk de doelgroep instrueren over het toepassen van zelfzorg en deze overtuigen van het belang van therapie. Hiervoor is gekozen omdat deze doelen met elkaar samenhangen. De verschillende aspecten van zelfzorg en therapie hebben namelijk elk specifieke belangen waarvan de patiënten moeten worden overtuigd. Het derde en laatste deel van de folder heeft als doel om de patiënten te informeren over praktische zaken, door hen te wijzen op de hulplijnen waarvan zij gebruik kunnen maken. Wanneer de patiënten over voldoende kennis beschikken over de aandoening en behandeling en in staat zijn om zelfzorg toe te passen kunnen zij beoordelen aan welke hulplijnen zij behoefte hebben.

2.4.2 Tekstgebruik

Zoals in paragraaf 2.2 al werd aangegeven moet er in de folder gebruik worden gemaakt van eenvoudig taalgebruik, vanwege het lage opleidingsniveau en de lage sociaaleconomische omstandigheden van veel patiënten. Veldonderzoek door het spreekuur voor patiënten met een diabetische voet bij te wonen leek dit te bevestigen.

In de richtlijnen van Bureau Voorlichting AZG (1999: 9) staat dat er in een folder in principe geen namen van personen mogen worden genoemd, maar alleen de functie. De reden hiervoor is dat gegevens als namen over het algemeen vrij snel achterhaald raken. Ook staat er in de richtlijnen dat patiëntenverenigingen alleen mogen worden genoemd als het om landelijke verenigingen gaat.

Volgens Bureau Voorlichting AZG (1999: 13) moet een tekst meestal van een 'gemiddeld' niveau zijn. Vaak is een tekst in de praktijk eerder te moeilijk dan te eenvoudig. De organisatie (Bureau Voorlichting AZG, 1999:15) stelt dat het zaak is eenvoudig te formuleren. Er moet gebruik worden gemaakt van bekende woorden en onbekende woorden moeten worden verklaard. De informatie moet voor de patiënt helder en begrijpelijk zijn. De gebiedende wijs moet worden vermeden, omdat de tekst daarmee eerder een instructie wordt dan dat het informatie geeft. Er moet gebruik worden gemaakt van korte zinnen, onder andere door de actieve vorm te gebruiken en omhaal van woorden te vermijden. Er moeten zo min mogelijk hulpwerkwoorden worden gebruikt. Een richtlijn van Bureau Voorlichting AZG (1999: 15) is om per zin maar één nieuw onderwerp te behandelen en lange bijzinnen te vermijden. Het is goed de lezer direct aan te spreken door 'u' te gebruiken, omdat de lezer dan meer bij de tekst wordt betrokken.

Greydanus (2013) stelde dat de informatie die aan patiënten wordt aangeboden vrij specifiek moet zijn. Er moet rekening worden gehouden met bepaalde aannames. Als er tegen een patiënt wordt gezegd dat hij of zij moet bellen bij koorts, moet er bijvoorbeeld worden aangegeven bij hoeveel graden iemand koorts heeft. Twee eisen die Greydanus (2013) aan de voorlichting stelt is dat deze in correct Nederlands is geschreven en dat het vriendelijk is, maar niet betuttelend. De woorden 'hebt' en 'kunt' moeten worden vervangen door 'heeft' en 'kan'. Verder moet de functie van de persoon die de handeling uitvoert altijd worden genoemd bij het beschrijven van de behandeling.

2.4.3 Beeldgebruik

Greydanus (2013) gaf aan dat er in de folder alleen puur functionele tekeningen mogen worden gebruikt. Over het algemeen dienen deze tekeningen om aan te geven waar bepaalde organen zich bevinden. Er mag in de folder geen gebruik worden gemaakt van foto's.

2.4.4 Stijl

Bureau Voorlichting AZG (1999: 8) schrijft:

“Patiëntenvoorlichtingsmateriaal wordt via bureau Voorlichting opgemaakt en uitgegeven in de stijl van het AZG. U hoeft bij het maken van de tekst geen aandacht te besteden aan zaken als vorm, layout en lettertype. Dit betekent dat u de tekst zo ‘plat’ mogelijk aanlevert. Wel kunt u vet en cursief gebruiken om kopjes te accentueren.” (Bureau Voorlichting AZG 1999: 8)

Greydanus (2013) gaf in een gesprek aan dat er een standaardopmaak is voor folders van het UMCG. Voor voorlichtingsfolders wordt platte tekst aangeleverd, met daarbij ‘kop 1’ en ‘kop 2’. De stijl van de folder ligt dus al vast door de voorschriften van het UMCG.

3. Methode

3.1 Onderzoeksvragen

Zoals in de inleiding al werd aangegeven luidde de vraagstelling van dit onderzoek:

Op welke wijze kunnen patiënten met een diabetische voet aan het UMCG het meest effectief worden geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd door een folder?

Hierbij werd bestudeerd: (1) De factoren die bij deze specifieke patiëntengroep een rol kunnen spelen bij het informeren, overtuigen en instrueren, (2) de informatie die aan de patiënten dient te worden aangeboden en (3) de manier waarop deze patiënten effectief kunnen worden geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd.

De subvragen van dit onderzoek waren:

1. Welke factoren kunnen een rol spelen bij het informeren, overtuigen en instrueren van deze specifieke patiëntengroep?
 - 1.1 Welke factoren kunnen een rol spelen bij het informeren, overtuigen en instrueren van deze specifieke patiëntengroep?
 - 1.2 Welke overtuigingen moeten worden beïnvloed om de therapietrouw van de patiënten te verhogen?
2. Welke informatie dient er in de voorlichtingsfolder over de diabetische voet te worden aangeboden?
 - 2.1 Welke informatie over de aandoening en behandeling moet er aan de patiënten worden aangeboden?
 - 2.2 Hoe moeten de patiënten worden overtuigd van het belang van therapie?
 - 2.3 Hoe moeten de patiënten worden geïnstrueerd over het toepassen van zelfzorg?
 - 2.4 Welke informatie over praktische zaken moet er aan de patiënten worden aangeboden?
3. Op welke manieren kan deze specifieke patiëntengroep effectief worden geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd?
 - 3.1 Op welke manier kunnen de antwoorden op subvragen 1 en 2 worden vertaald in de structuur van de folder?
 - 3.2 Op welke manier kunnen de antwoorden op subvragen 1 en 2 worden vertaald in het tekstgebruik van de folder?
 - 3.3 Op welke manier kunnen de antwoorden op subvragen 1 en 2 worden vertaald in het beeldgebruik van de folder?
 - 3.4 Op welke manier kunnen de antwoorden op subvragen 1 en 2 worden vertaald in de stijl van de folder?

Deze vragen werden geformuleerd om een compleet antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen geven.

3.2 Onderzoeksgroep, -materiaal en dataverwerking

Het onderzoek werd gedaan met twee vragenlijsten die werden afgenomen bij patiënten, en een conceptversie van de folder die zij voorzagen van commentaar. Zie 'bijlage 1' voor deze conceptversie. De dataverzameling is geanonimiseerd. De data werd onderzocht tot er theoretische saturatie optrad. Hiervan is sprake wanneer nieuw materiaal niet meer tot nieuwe inzichten leidt (Mazeland, 2003: 249).

De onderzoeksgroep bestond uit patiënten met een diabetische voet aan het UMCG die geselecteerd werden aan de hand van 'purposive sampling'. Hiervoor was gekozen omdat de onderzoeksgroep met deze steekproef op eenvoudige wijze kon worden benaderd, waardoor tijd kon worden bespaard. Het onderzoek was hierdoor wel in mindere mate generaliseerbaar, doordat niet iedereen een gelijke kans had om te worden gekozen (Baxter & Babbie, 2003: 135).

Om de vragenlijsten af te nemen werd er twee keer meegelopen met het spreekuur voor patiënten met een diabetische voet aan het UMCG. Scholten verstreekte beide keren voor aanvang van het spreekuur een lijst met namen van patiënten die geschikt waren om te benaderen voor het onderzoek. De criteria waaraan zij moesten voldoen waren dat zij neuropathische klachten hadden en konden lezen. In totaal waren er 27 patiënten geschikt. In de wachtkamer van de poli Orthopedie werden negentien van hen benaderd. De overige acht patiënten werden direct behandeld, of zaten in de wachtkamer terwijl de vragenlijst bij een ander werd afgenomen.

Van de negentien patiënten waren er dertien bereid om mee te werken aan het onderzoek. Bij deze patiënten werd allereerst mondeling een vragenlijst afgenomen in een aparte ruimte op de poli. Voor deze ruimte was gekozen om ervoor te zorgen dat de antwoorden niet werden beïnvloed door andere aanwezigen. Wel werden twee patiënten bijgestaan door een echtgenoot. De eerste vragenlijst was afkomstig van Hoeken, Hornikx, & Hustinx (2012₂: 212-213). Deze diende om de determinanten en onderliggende overtuigingen die mogelijk invloed hebben op de therapietrouw van de onderzoeksgroep vast te stellen. De vragenlijst bestond uit negen open vragen: drie over de behavioral beliefs & outcome evaluations, vier over de normative beliefs en motivation to comply en twee over de efficacy beliefs. Zie 'bijlage 2' voor deze vragenlijst. Er was voor gekozen om de vragenlijst mondeling af te nemen omdat er daarbij op antwoorden kon worden doorgevraagd en de vragen indien nodig konden worden verduidelijkt.

Vervolgens werd aan de patiënten gevraagd om thuis een conceptversie van de folder te lezen en hierin aan te geven wat zij daar goed of slecht aan vonden. Ook werd hen gevraagd om na het lezen van de folder hierover een vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst bevatte allereerst zes meerkeuzevragen om vast te stellen of de voorlichting voldoende begrijpelijk was. Daarna werd de overtuigingskracht van de tekst werd gemeten aan de hand van de antwoorden op vier vragen, waarbij er gebruik werd gemaakt van een vijfpunts Likertschaal. De antwoordmogelijkheden bestonden uit: (1) helemaal mee eens, (2) mee eens, (3) neutraal, (4) mee oneens, (5) helemaal mee oneens. Hiermee gaven de patiënten aan in welke mate zij waren overgehaald om twee keer per dag de voeten te controleren, of zij dit van plan waren, of zij dit wilden en of zij hiertoe bereid waren. Ten slotte werden er twee open vragen gesteld om vast te stellen of de folder voldoende informatief was. Daarnaast werd hiermee vastgesteld of de beoogde informatie aansloot op de wensen van de doelgroep. Zie 'bijlage 4' voor deze vragenlijst. Aan de patiënten werd gevraagd om de folder en de vragenlijst op te sturen naar de onderzoeker. Zij kregen een geadresseerde en gefrankeerde envelop om dit zo eenvoudig mogelijk te maken. Er was voor gekozen om de patiënten te vragen om dit alles thuis te doen omdat de folder erg uitgebreid was, en zij op deze manier over voldoende tijd zouden beschikken. Elf van de patiënten gaven aan hiertoe bereid te zijn, en acht van hen hebben dit daadwerkelijk gedaan. Op basis van de resultaten van de vragenlijsten en het commentaar op de folder is de uiteindelijke versie van de folder ontwikkeld.

3.3 Analyseprocedure

Het onderzoeksmateriaal werd geanalyseerd aan de hand van het IMBP. Het doel was daarbij om een beschrijving te geven van de factoren die invloed hebben op hoe de doelgroep effectief kan worden geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd. Aan de hand daarvan werd vervolgens een beschrijving gegeven van de manier waarop de informatie in de folder dient te worden aangeboden.

Het onderzoeksverslag is voorzien van een literatuurbespreking, analyse, discussie en conclusie. Het ging hier om een kwalitatief onderzoek. Het onderzoek had namelijk een inductief karakter, wat inhoudt dat er vanuit de data werd gewerkt. Het onderzoek richtte zich op een vrij kleine dataset, welke intensief werd bestudeerd. Er was dus sprake van casestudies en niet van statistisch onderzoek (Baxter & Babbie, 2003: 62, 69, 304).

4. Analyse/resultaten

4.1 Onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Allereerst zal er worden ingegaan op de determinanten en onderliggende overtuigingen die mogelijk invloed hebben op de therapietrouw van de onderzoeksgroep. Hiervoor bestaat het uiteindelijk verworven databestand uit de antwoorden van dertien participanten op negen open vragen, waarbij de antwoorden zijn gecategoriseerd.

Voor de tweede vragenlijst bestaat het uiteindelijk verworven databestand uit vier delen, te weten:

1. De antwoorden van acht participanten op zes meerkeuzevragen. Deze zes vragen hadden elk als doel om de begrijpelijkheid van de tekst te meten.
2. De antwoorden van acht participanten op vier vragen in de vorm van een score op een vijfpunts Likertschaal. Deze vier vragen hadden elk als doel om de overtuigingskracht van de tekst te meten.
3. De antwoorden van drie participanten op een open vraag over de informatie die volgens hen ontbrak in de folder.
4. De antwoorden van vier participanten op een open vraag over of zij nog advies of opmerkingen hadden.

Ten slotte hebben er vijf participanten opmerkingen in de conceptversie van de folder geplaatst over wat zij hier goed of slecht aan vonden.

4.2 Data

4.2.1 Resultaten vragenlijst intentie

De belangrijkste resultaten van dit eerste deel van het onderzoek worden hieronder besproken. Soms gaf een patiënt op één vraag antwoorden in verschillende categorieën en bepaalde categorieën zijn buiten beschouwing gelaten vanwege het geringe formaat. Hierdoor komt het totaal van de categorieën die hieronder worden besproken vaak niet precies uit op 100%. Zie 'bijlage 3' voor een volledig overzicht van de resultaten.

Behavioral beliefs & outcome evaluations

Tabel 1: Voordelen twee keer per dag de voeten (laten) controleren

Controle conditie	62%
Direct reageren bij problemen	38%
Problemen voorkomen	23%
Voeten verzorgen	15%
Geen voordelen	15%

Allereerst werd aan de patiënten gevraagd welke voordelen het heeft om twee keer per dag de voeten te controleren. Zie tabel 1 voor de resultaten hiervan. Van de patiënten noemde het grootste deel (62%) het controleren van de conditie van de voeten als voordeel. Ook werd het direct kunnen reageren bij problemen door veel respondenten (38%) genoemd. Bijna een kwart van de patiënten (23%) stelde dat het een voordeel is dat hierdoor problemen kunnen worden voorkomen. Enkele patiënten (15%) zeiden dat daarbij de voeten kunnen worden verzorgd en enkele anderen (15%) stelden dat het geen voordelen heeft.

Tabel 2: Nadelen twee keer per dag de voeten (laten) controleren

Geen nadelen	38%
Moeten thuisblijven	23%
Afspraken moeten maken	15%
Lang moeten wachten	15%

De tweede vraag die aan de patiënten werd gesteld was welke nadelen het heeft om twee keer per dag de voeten te controleren. Zie tabel 2 voor de resultaten hiervan. Een groot deel van de patiënten (38%) stelde dat hieraan geen nadelen zijn verbonden. Bijna een kwart van de respondenten (23%) vond het een nadeel om hiervoor te moeten thuisblijven. Enkele patiënten (15%) vonden het een nadeel om afspraken te moeten maken en enkele anderen (15%) noemden lang moeten wachten op deze afspraken als nadeel.

Er werd aan de patiënten gevraagd welke andere gedachten bij hen opkomen als zij nadenken over twee keer per dag de voeten controleren. Daarop gaf bijna een kwart van de patiënten (23%) als antwoord dat er hierbij geen andere gedachten bij hen opkwamen.

Normative beliefs & motivation to comply

Tabel 3: Personen of groepen op die het een goed idee zouden vinden om twee keer per dag de voeten te (laten) controleren

Ziekenhuispersoneel	23%
Partner	23%
Kan geen mensen noemen	23%
Familie	15%
Zelf	15%

Zie tabel 3 voor de resultaten van de vraag welke personen of groepen het een goed idee zouden vinden om twee keer per dag de voeten te controleren. Hierbij noemde bijna een kwart van de patiënten (23%) het ziekenhuispersoneel of de partner. Nog eens bijna een kwart (23%) van de respondenten kon geen personen of groepen noemen. Enkele patiënten (15%) noemden familie of zichzelf in het antwoord.

Verreweg het grootste deel van de patiënten (85%) kon geen mensen noemen die het een slecht idee zouden vinden om twee keer per dag de voeten te controleren.

Welke personen of groepen zeer waarschijnlijk wel twee keer per dag hun voeten zouden controleren als zij een diabetische voet zouden hebben konden veel patiënten (38%) niet bedenken. Enkele patiënten (15%) zeiden dat iedereen dit wel zou doen.

Bijna de helft van de patiënten (46%) kon geen personen of groepen noemen die zeer waarschijnlijk niet twee keer per dag hun voeten zouden controleren als zij een diabetische voet zouden hebben. Enkele respondenten (15%) noemden hierbij andere patiënten.

Efficacy beliefs

Het grootste deel van de patiënten (62%) kon geen factoren of omstandigheden noemen die hen in staat zouden stellen of het gemakkelijk zouden maken om twee keer per dag de voeten te controleren. Enkele respondenten (15%) zeiden dat een betere toegankelijkheid tot de zorg of een pedicure hiervoor zou zorgen.

Tabel 4: Factoren of omstandigheden die het de patiënt onmogelijk of moeilijk zouden maken om twee keer per dag de voeten te (laten) controleren

Gebrek aan lenigheid	23%
Kan geen omstandigheden noemen	23%
Wegvallen partner	15%
Afhankelijkheid thuiszorg	15%

Zie tabel 4 voor de resultaten van de vraag naar factoren of omstandigheden die het de patiënt onmogelijk of moeilijk zouden maken om twee keer per dag de voeten te controleren. Hierbij noemde bijna een kwart van de patiënten (23%) een gebrek aan lenigheid. Nog eens bijna een kwart van de respondenten (23%) kon geen factoren of omstandigheden noemen die hiervoor zouden zorgen. Enkele patiënten (15%) noemden het wegvallen van de partner of afhankelijkheid van de thuiszorg.

4.2.2 Resultaten vragenlijst folder

De belangrijkste resultaten van dit tweede deel van het onderzoek worden hieronder besproken. Zie 'bijlage 5' voor een volledig overzicht van de resultaten.

Begrijpelijkheid

Het overgrote deel van de meerkeuzevragen in de tweede vragenlijst van het onderzoek werd goed beantwoord (85%). De vraag hoe vaak het nodig is dat de voeten worden gewassen werd het vaakst onjuist beantwoord. Het grootste deel gaf wel het juiste antwoord (62,5%), namelijk dat het nodig is om de voeten dagelijks te wassen. De andere respondenten (37,5%) gaven echter als antwoord dat dit twee keer per dag nodig is. De reden hiervoor is waarschijnlijk dat de patiënten het gewenste antwoord wilden geven. Alle patiënten wisten wat een orthooped is en wanneer er op blote voeten kan worden gelopen.

Overtuigingskracht

Uit de antwoorden op de vragen over de overtuigingskracht van de tekst kwam naar voren dat de meeste patiënten (62,5%) ervan overtuigd waren om twee keer per dag de voeten te controleren. Een enkele patiënt (12,5%) wist niet of hij of zij was overgehaald om dit te doen. Een andere patiënt (12,5%) gaf aan niet te zijn overgehaald, en stelde tevens niet bereid te zijn om twee keer per dag de voeten te controleren. Ten slotte gaf een patiënt (12,5%) aan niet van plan te zijn om twee keer per dag de voeten te controleren, dit niet te willen en hier niet toe bereid te zijn.

Ontbrekende informatie

Eén patiënt had graag meer informatie in de folder gezien over de vergoeding van de thuiszorg door zorgverzekeraars. Verder waren er geen patiënten die vonden dat er informatie ontbrak die zij graag in de folder hadden gezien.

Advies of opmerkingen

Eén patiënt gaf aan dat veel van de informatie die in de folder werd gegeven voor hem of haar vanzelfsprekend was. Daarmee doelde de patiënt vooral op de informatie over het letten op de voeten. Verder gaf de participant aan dat hij of zij het iedereen kan aanraden om naar de regels te leven die aan hen worden opgedragen door het ziekenhuis, omdat het voor hun eigen bestwil is.

Opmerkingen folder

Drie patiënten gaven positief commentaar op de folder. Eén van hen gaf aan de folder duidelijk te vinden. Een ander stelde dat de tekst goed leesbaar was, in duidelijk Nederlands geschreven en door iedereen te begrijpen. Deze patiënt gaf aan dat het interview keurig was afgenomen en er sprake was van een vertrouwde sfeer waarin hij of zij alles zou durven te zeggen. Een derde respondent vond dat de folder goed was samengesteld, duidelijk en helder was en een goede checklist was voor het onderhouden van een been of voet.

Eén patiënt was minder positief over de folder. Deze respondent vond de folder vooral te uitgebreid. Volgens de patiënt bevatte de folder teveel informatie en was deze daarom onoverzichtelijk. Om die reden adviseerde de patiënt om de informatie te verdelen in verschillende kleinere doelgerichte brochures. Zo gaf hij of zij aan dat het overzichtelijker zou zijn om een aparte brochure te maken van het gedeelte over de controle van de voet.

5. Discussie en conclusie

5.1 Inhoudelijke discussie

De resultaten van het onderzoek dat in hoofdstuk 4 wordt beschreven komen grotendeels overeen met de bevindingen uit het literatuuronderzoek in hoofdstuk 2. In deze paragraaf wordt ingegaan op in hoeverre de conceptversie van de folder voldoende begrijpelijk, overtuigend en informatief was. Daarna wordt er beschreven wat er nog moest worden aangepast aan de conceptversie van de folder.

Behavioral beliefs & outcome evaluations

Op de vraag naar de voordelen van twee keer per dag de voeten controleren werden vier voordelen het meest genoemd door de patiënten. Deze voordelen waren: (1) controle conditie, (2) direct reageren bij problemen, (3) problemen voorkomen, (4) voeten verzorgen. Aan elk van deze voordelen wordt aandacht besteed in de volgende passage van de folder:

“Het is belangrijk om uw voeten twee keer per dag zelf of door een familielid, vriend of huisgenoot te (laten) controleren en te verzorgen. U loopt dan minder risico op het ontstaan van wonden en de gevolgen ervan.”

Enkele patiënten stelden dat het geen voordelen heeft, maar dit wordt door dit deel van de tekst weerlegd.

Als tweede werd er gevraagd naar de nadelen van twee keer per dag de voeten controleren. Hierbij werden drie nadelen genoemd, namelijk: (1) moeten thuisblijven, (2) afspraken moeten maken, (3) lang moeten wachten. Hoewel er in de folder minder expliciet wordt ingegaan op deze nadelen dan op de voordelen, wordt ook hier aandacht aan besteed, namelijk in het gedeelte:

“Uw ziekte en de problemen die zich daarbij voordoen zorgen voor een lang behandeltraject, met veel afspraken bij behandelaars. Wij weten dat er hierbij veel van u wordt gevraagd. Als Diabetisch Voetenteam doen wij ons best voor u. Echter, uw eigen inspanning is hard nodig om samen met ons voor kleine overwinningen in de behandeling te zorgen.”

Het meest voorkomende antwoord was dat het geen nadelen heeft. Het kan daarom goed zijn dat de hiervoor genoemde nadelen niet heel nadrukkelijk worden behandeld.

Normative beliefs & motivation to comply

Op de vraag welke personen of groepen het een goed idee zouden vinden om twee keer per dag de voeten te controleren, werden vier personen of groepen vaak genoemd door de patiënten. Deze personen of groepen waren: (1) ziekenhuispersoneel, (2) partner, (3) familie, (4) patiënt zelf. Dat het ziekenhuispersoneel dit een goed idee vindt wordt onder andere benadrukt in de volgende passage van de folder:

“U bent geïnformeerd over verschillende kanten van de behandeling en u heeft het Diabetische Voetenteam toestemming gegeven om u te behandelen. Daarom rekenen wij op uw medewerking, die nodig is om de behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen.”

Dat de partner of familie van de patiënt of de patiënt zelf dit waarschijnlijk een goed idee vinden kan moeilijk in de folder worden verwerkt. Daarom is ervoor gekozen om hieraan geen aandacht te besteden. Een groot deel van de patiënten kon geen mensen noemen die het een goed idee zouden vinden om twee keer per dag de voeten te controleren, maar in de folder wordt duidelijk gemaakt dat het ziekenhuispersoneel dit wel een goed idee vindt.

Verreweg het grootste deel van de patiënten kon geen mensen noemen die het een slecht idee zouden vinden om twee keer per dag de voeten te controleren. Hieraan is dan ook geen aandacht besteed in de folder.

Bij de vraag welke personen of groepen zeer waarschijnlijk wel twee keer per dag hun voeten zouden controleren als zij een diabetische voet zouden hebben konden veel patiënten geen mensen bedenken. Enkele patiënten zeiden dat iedereen dit wel zou doen. Het leek dus niet nodig om hieraan aandacht te besteden in de folder.

Ook bij de vraag welke personen of groepen zeer waarschijnlijk niet twee keer per dag hun voeten zouden controleren als zij een diabetische voet zouden hebben konden veel patiënten geen mensen bedenken. Enkele respondenten noemden andere patiënten, omdat zij dit in hun omgeving zagen. Hieraan is geen aandacht besteed in de folder.

Efficacy Beliefs

Op de vraag welke factoren of omstandigheden de patiënt in staat zouden stellen of het gemakkelijk zouden maken om twee keer per dag de voeten te controleren, werden twee omstandigheden genoemd, namelijk: (1) toegankelijkheid zorg, (2) toegankelijkheid pedicure. Aan de toegankelijkheid van de zorg wordt aandacht besteed in het gedeelte:

“Het Diabetische Voetenteam kan u adressen geven van thuiszorgorganisaties.”

Aan de toegankelijkheid van de pedicure wordt aandacht besteed in de passage:

“Adressen van pedicures kunt u krijgen bij het Diabetische Voetenteam. Vaak worden pedicures (gedeeltelijk) vergoed door uw zorgverzekeraar.”

Het grootste gedeelte van de patiënten kon geen factoren of omstandigheden noemen die hen in staat zouden stellen of het gemakkelijk zouden maken om twee keer per dag de voeten te controleren.

Bij de vraag naar factoren of omstandigheden die het de patiënt onmogelijk of moeilijk zouden maken om twee keer per dag de voeten te controleren, werden drie factoren of omstandigheden genoemd, namelijk: (1) gebrek aan lenigheid, (2) wegvallen partner, (3) afhankelijkheid thuiszorg. Aan het gebrek aan lenigheid wordt aandacht besteed in de passage:

“De onderkant van uw voeten kunt u eenvoudig bekijken met een spiegel. Zet de spiegel bijvoorbeeld schuin tegen de muur op de grond. Ga op een stoel voor de spiegel zitten en bekijk zo de onderkant van uw voeten. [...] Ook kunnen de huisarts en de pedicure u helpen bij het controleren van uw voeten.”

Het wegvallen van de partner en afhankelijkheid van de thuiszorg zijn omstandigheden die het de patiënten inderdaad moeilijk zouden maken om twee keer per dag de voeten te controleren. Hieraan wordt geen aandacht besteed in de folder. Veel patiënten konden geen factoren of omstandigheden noemen die het hen moeilijk of onmogelijk zouden maken om twee keer per dag de voeten te controleren.

Begrijpelijkheid

Het overgrote deel van de vragen om de begrijpelijkheid van de folder te testen werd goed beantwoord. Afgezien van de vraag hoe vaak het nodig is dat de voeten worden gewassen, waarbij een aantal respondenten dachten dat dit vaker nodig was, werden alle vragen door ten minste driekwart van de respondenten juist beantwoord. De folder leek dus voldoende begrijpelijk te zijn.

Overtuigingskracht

Uit de antwoorden om de overtuigingskracht van de folder te testen kwam naar voren dat de meeste patiënten ervan overtuigd waren om twee keer per dag de voeten te controleren. Eén patiënt wist niet of hij of zij was overgehaald om dit te doen, maar stelde wel dit van plan te zijn, te willen en hiertoe bereid te zijn. Waarschijnlijk was deze patiënt al van plan om dit te doen en kon hij of zij hier om die reden niet meer toe worden overgehaald. Twee patiënten leken echter niet door de folder te zijn overtuigd.

Ontbrekende informatie

Eén patiënt had graag meer informatie in de folder gezien over de vergoeding van de thuiszorg door zorgverzekeraars. Omdat dit per zorgverzekeraar verschilt en deze informatie vrij snel achterhaald kan raken, is ervoor gekozen om hier geen aandacht aan te besteden in de folder. Verder waren er geen patiënten die vonden dat er informatie ontbrak die zij graag in de folder hadden gezien.

Advies of opmerkingen

Eén patiënt gaf aan dat veel van de informatie die in de folder werd gegeven over het letten op de voeten voor hem of haar vanzelfsprekend is. Hieruit blijkt dat deze patiënt over voldoende kennis beschikt op dit gebied, wat goed is.

Opmerkingen folder

Drie patiënten gaven positief commentaar op de folder. Eén patiënt was minder positief over de folder, omdat de folder volgens hem of haar te uitgebreid was. Het betreft inderdaad een vrij uitgebreide folder, en het zou daarom een idee kunnen zijn om de informatie te verdelen in verschillende kleinere folders. Omdat er maar één patiënt was die hier moeite mee had is er echter voor gekozen om dit niet te doen.

Veranderingen uiteindelijke versie folder

Aan de hand van de hiervoor besproken bevindingen leek het niet nodig te zijn om de conceptversie van de folder aan te passen. Wel is een gedeelte over Buurtzorg aangepast, vanwege een liaisonverpleegkundige die verantwoordigd was omdat er een voorkeur werd uitgesproken voor deze organisatie. In de uiteindelijke versie van de folder gaat het stuk over thuiszorg in het algemeen, zodat concurrerende thuiszorgorganisaties hier niet over zullen struikelen. Zie 'bijlage 6' voor deze uiteindelijke versie.

5.2 Methodische discussie

5.2.1 Literatuur

De patiëntengroep is beschreven aan de hand van het IMBP. Hoeveel invloed de verschillende determinanten hebben op de intentie is afhankelijk van zowel het soort gedrag als de groep mensen. Om deze reden is het van belang om vast te stellen in welke mate de determinanten invloed hebben op de intentie van mensen binnen de groep (Broersma & Jansen, 2012: 23); cf. (Fishbein & Yzer, 2003: 165). In dit onderzoek is niet vastgesteld hoeveel invloed de verschillende determinanten hebben op de intentie om zelfcontroles uit te voeren. Er is alleen onderzocht van welke determinanten er sprake is. Er was echter onvoldoende tijd om vast te stellen in welke mate de verschillende determinanten invloed hebben op de intentie om zelfcontroles uit te voeren.

De eerste vragenlijst die bij patiënten is afgenomen diende om vast te stellen wat de determinanten en onderliggende overtuigingen zijn die mogelijk invloed hebben op de intentie om zelfcontroles uit te voeren. De onderzoeksvraag heeft echter betrekking op hoe de patiënten effectief kunnen worden overtuigd. Er is dus geen sprake van een een-op-een-relatie tussen wat met de vragenlijst werd onderzocht en waar de onderzoeksvraag op was gericht.

In het onderzoek wordt gebruikgemaakt van de studie 'De diabetische voet: Behandeling in sociale context' van Scholten (2004). Hieraan zijn enkele nadelen verbonden. Allereerst betreft het een studie uit 2004, waardoor het risico bestaat dat de informatie hierin enigszins gedateerd is. Daarnaast bestond de onderzoeksgroep van deze studie slechts uit twaalf personen. Hierdoor kunnen de onderzoeksresultaten hiervan niet worden gegeneraliseerd. Toch is ervoor gekozen om gebruik te maken van deze studie. De diepte-interviews hierin bieden namelijk veel inzicht in de achtergrond van de patiëntengroep. Daarnaast betreft het een groep patiënten die werd behandeld aan het UMCG, wat tevens de doelgroep is van de folder.

5.2.2 Uitvoering onderzoek

De non-responsgroep in dit onderzoek was erg groot. De onderzoekspopulatie bestond uit 27 personen. Daarvan werden er negentien benaderd en wilden er slechts dertien meewerken aan het eerste deel van het onderzoek, namelijk het beantwoorden van de vragen in de vragenlijst over de intentie om zelfcontroles uit te voeren. Van deze dertien mensen wilden er elf meewerken aan het tweede deel van het onderzoek, namelijk de folder voorzien van commentaar en hierover een vragenlijst invullen. Slechts acht van hen hebben dit daadwerkelijk gedaan. Hierdoor is het onderzoek minder betrouwbaar. De omvang van de onderzoeksgroep was erg gering. Ook dit zou een gevaar kunnen vormen voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Het is echter een noodzakelijk kwaad vanwege de geringe tijd waarin dit onderzoek moest worden uitgevoerd.

De patiënten die wilden meewerken aan het onderzoek waren erg welwillend. Zo was er een patiënt die een chocoladereep meestuurd met de ingevulde vragenlijst over de folder en was er een patiënt die hier een brief aan toevoegde met een persoonlijk verhaal. De kans bestaat dat deze patiënten over het algemeen meer sociaal wenselijke antwoorden geven. Daardoor zou het zo kunnen zijn dat deze patiënten de folder over het algemeen voldoende begrijpelijk, overtuigend en informatief vinden. Hierin zou de groep patiënten die wel wilde meewerken kunnen verschillen van de groep die dit niet wilde. Waarschijnlijk behoren veel van de patiënten die niet wilden meewerken tot het deel van de patiëntengroep dat moeilijk te bereiken is.

Er werd de patiënten verzocht om de folder eerst thuis door te lezen en daarna de vragenlijst hierover in te vullen. Doordat dit deel van het onderzoek plaatsvond bij de patiënten thuis was er geen sprake van een gecontroleerde setting. Het zou bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat de patiënten de folder nalazen om zo de vragen in de vragenlijst te kunnen beantwoorden, terwijl dit niet de opzet van het onderzoek was. Hierdoor is dit deel van het onderzoek minder betrouwbaar. Het betrof hier echter een noodzakelijk kwaad, omdat er op de poli Orthopedie onvoldoende tijd was om dit deel van het onderzoek uit te voeren.

De onderzoeksvraag behandelt onder andere hoe de patiënten effectief kunnen worden geïnstrueerd. Hierbij is er wel gekeken naar de begrijpelijkheid van de tekst, maar is niet onderzocht of de patiënten in staat waren om deze instructies uit te voeren.

5.3 Conclusie

Op basis van dit onderzoek wordt geadviseerd om bij het ontwikkelen van een folder voor patiënten met een diabetische voet deze onder te verdelen in drie delen, te weten:

1. Patiënten met een diabetische voet informeren over de aandoening en behandeling.
2.
 - 2.1 De doelgroep overtuigen van het belang van therapie, om verergering van de ziektebeelden te voorkomen.
 - Hierbij is het goed om aandacht te besteden aan de controle van de conditie van de voet, zodat er direct kan worden gereageerd bij problemen en de voet kan worden verzorgd.
 - 2.2 De patiënten instrueren over het toepassen van zelfzorg, om hen hiertoe in staat te stellen.
3. Patiënten informeren over praktische zaken, door hen te wijzen op de hulplijnen waarvan zij gebruik kunnen maken.

Daarbij wordt aangeraden om gebruik te maken van eenvoudig taalgebruik.

Aan de hand hiervan is er een conceptversie van de folder ontwikkeld en is onderzocht of de doelgroep hiermee effectief werd geïnformeerd, overtuigd en geïnstrueerd. Uit het onderzoek bleek dat dit het geval was. Vervolgens is de uiteindelijke versie van de folder ontwikkeld. Zie 'bijlage 6' voor deze uiteindelijke versie.

Literatuur

- Bakker, K. & Schaper, N.C. (2000). Het diabetisch voetulcus. Nieuwe ontwikkelingen in de behandeling. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 144, 409-412.
- Baxter, L.A. & Babbie, E. (2003). *The basics of communication research*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Broersma, A. & Jansen, C. (2012). "Why should I?": on selecting the content of persuasive HIV counselling and testing messages for students at a previously disadvantaged university in South Africa. *Communicare*, 31 (1), 19-35.
- Bureau Voorlichting AZG (1999). *Schrijfverband. Handleiding voor het schrijven van patiëntenvoorlichtingsmateriaal*.
- Fishbein, M. & Yzer, M. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*, 13 (2), 164-183.
- Fishbein, M. & Capella, J.N. (2006). Role of Theory in Effective Health Communications. *Journal of Communication*, 56, S1-S17.
- Greydanus, M. (2013). Bespreking folder. (28 augustus 2013).
- Hoeken, H., Hornikx, J. & Hustinx, L. (2012₂). *Overtuigende teksten. Onderzoek en ontwerp (eerste druk: 2009)*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2013). Neem het aantal mensen met diabetes mellitus toe of af. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/endocriene-voedings-en-stofwisselingsziekten-en-immuniteitsstoornissen/diabetes-mellitus/trend> (24 juli 2013).
- Ruggiero, L., Glasgow, R.E., Dryfoos, J.M., Rossi, J., Prochaska, J.O., Orleans, C.T., Prokhorov, A.V., Rossi, S.R., Greene, G.W., Reed, G.R., Kelly, K., Chobanian, L., Johnson, S. (1997). Diabetes self-management. Self-report recommendations and patterns in a large population. *Diabetes Care*, 4, 568-576.
- Scholten, P. (2004). *De diabetische voet. Behandeling in sociale context*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen.
- Scholten, P. (2013). Bespreking folder. (25 april 2013).

Tijdens, E. (2013). Bespreking folder. (25 juli 2013).

Vliet, A.C. van. (2001). *Het triagespreekuur diabetische voet in het Academisch Ziekenhuis Groningen*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Bijlagen

Bijlage 1. Conceptversie folder

Diabetische voet, wat kan eraan worden gedaan?

U bent verwezen naar het spreekuur voor patiënten met een diabetische voet. Deze folder beschrijft wat een diabetische voet is. U krijgt informatie over de behandeling, wat u zelf kunt doen en welke schoenen u kunt dragen. Ten slotte beschrijft de folder hoe u in contact kunt komen met hulpverleners en lotgenoten.

Als u na het lezen van deze folder nog vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met de verpleegkundig specialist van het Diabetische Voetenteam Orthopedie. Deze is op werkdagen telefonisch bereikbaar via het telefoonnummer (050) 361 61 61.

Inhoud

1. Wat is een diabetische voet
2. Behandeling door het Diabetische Voetenteam
3. Wat u zelf kunt doen
4. Schoenen
5. Hulp van anderen
6. Belangrijke telefoonnummers
7. Aantekeningen

1. Wat is een diabetische voet

Diabetes kan gevolgen hebben voor uw voeten, omdat het zenuwen en bloedvaten kan beschadigen. Deze gevolgen zijn:

1. Minder gevoel (neuropathie)
2. Breuken en ontwrichtingen (Charcotvoet)
3. Slechtere wondgenezing

Als diabetes gevolgen heeft voor uw voeten is er sprake van een diabetische voet. Hieronder worden mogelijke gevolgen beschreven.

Minder gevoel (neuropathie)

Neuropathie zorgt meestal voor de grootste problemen bij een diabetische voet. Neuropathie betekent dat zenuwen in de voeten, enkels en onderbenen steeds slechter werken. Daardoor voelt u steeds minder. Oudere mensen lopen meer risico om neuropathie te krijgen. Dat geldt vooral voor mensen die al tien tot vijftien jaar diabetes hebben. Neuropathie begint meestal langzaam. Misschien merkt u het eerst niet, omdat het niet opvalt. Het Diabetische Voetenteam van het UMCG heeft speciale testjes om te onderzoeken of u neuropathie heeft.

Doordat de zenuwen steeds slechter werken kunt u tintelingen, schietende pijnen, een branderig gevoel, prikken of elektrische schokjes voelen. Hoe erg de zenuwen zijn aangetast kan verschillen. De ernst van uw diabetes heeft hierop geen invloed. Neuropathie komt vooral in de voeten voor, maar soms ook in de enkels en onderbenen. Meestal zijn de klachten heviger in de voeten dan in de enkels en onderbenen. Bij hevige klachten in de onderbenen bestaat de mogelijkheid dat u ook neuropathische klachten in uw handen krijgt.

Breuken en ontwrichtingen (Charcotvoet)

Door neuropathie kan een Charcotvoet (uitgesproken als sjarkoo) ontstaan. Een Charcotvoet bestaat uit breuken en ontwrichtingen van de voet of enkel. Vaak is er een zwelling en soms doet het pijn. De voet is dan meestal extra warm en soms ook rood. Dat heet een 'actieve Charcotvoet'. Na verloop van tijd zijn er op de röntgenfoto veranderingen te zien die passen bij de diagnose Charcotvoet, echter de zwelling kan al maanden eerder ontstaan. Bij een Charcotvoet verliest de voet zijn stevigheid. Daardoor kan de vorm van de voet veranderen.

Slechtere wondgenezing door verminderde bloedcirculatie

Een gevolg van diabetes is dat slagaders vernauwen. Daardoor kan het bloed minder goed door de voeten en onderbenen worden gepompt. Het bloed vervoert zuurstof en voedingsstoffen naar de huid. Als het bloed niet goed genoeg wordt rondgepompt krijgt de huid te weinig zuurstof en voedingsstoffen. Daardoor kunnen wonden en beschadigingen slecht genezen en kan de huid afsterven.

Een diabetische voet raakt eerder beschadigd. Kleine beschadigingen kunnen wonden worden. Doordat wonden vaak minder goed genezen is het risico groter dat ze gaan ontsteken. Bij diabetes kunnen ontstekingen aan de voet zich verspreiden zonder dat u het merkt. Daarbij hoeft de voet niet eens altijd rood te worden. Soms denken patiënten dat ze griep hebben, terwijl de voet ernstig ontstoken is.

De ontsteking kan in de diepte ontstaan, soms zelfs tot aan het bot. Bij een diepe ontsteking is er vaak een operatie nodig. Daarbij wordt soms gedurende lange tijd antibiotica gegeven. Het is mogelijk dat u zelfs een deel van de voet verliest. Daarom is het belangrijk dat u bij een wond of dreigende wond altijd naar uw behandelaar gaat.

2. Behandeling door het Diabetische Voetenteam

Hieronder volgt een beschrijving van de wondbehandeling door het Diabetische Voetenteam.

Doel behandeling door het Diabetische Voetenteam

Het doel van de behandeling is om ervoor te zorgen dat u zo goed mogelijk kunt blijven lopen en zo min mogelijk hulp van anderen nodig heeft. Uw ziekte en de problemen die zich daarbij voordoen zorgen voor een lang behandeltraject, met veel afspraken bij behandelaars. Wij weten dat er hierbij veel van u wordt gevraagd. Als Diabetisch Voetenteam doen wij ons best voor u. Echter, uw eigen inspanning is hard nodig om samen met ons voor kleine overwinningen in de behandeling te zorgen.

Aan het begin van uw behandeltraject heeft u een toestemmingsformulier (informed consent) voor uw behandeling ondertekend. U bent geïnformeerd over verschillende kanten van de behandeling en u heeft het Diabetische Voetenteam toestemming gegeven om u te behandelen. Daarom rekenen wij op uw medewerking, die nodig is om de behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen.

Wondbehandeling

Wanneer u een wond aan uw voet heeft dan wordt deze behandeld met verbandmateriaal. Soms wordt daarbij ook gips of een verbandschoen gebruikt. Als u een Charcotvoet heeft dan is het nodig dat uw onderbeen meerdere maanden in het gips gezet wordt. Bij de behandeling van uw wonden krijgt u hierover uitgebreid uitleg.

Spreekuur

Het spreekuur van het Diabetische Voetenteam vindt twee keer per week plaats. Eén keer per week is er een team aanwezig dat vooral wonden verzorgt en gipswissels doet. Op het andere spreekuur is het volledige Diabetische Voetenteam aanwezig, dat bestaat uit de volgende specialisten:

Orthopeed	Medisch specialist op het gebied van botten, pezen en spieren.
Gipsverbandmeester	Legt gipsverbanden aan.
Verpleegkundig specialist	Behandelt patiënten met een diabetische voet.
Verpleegkundige met de aantekening Medisch pedicure	Doet wondzorg en kan bij nagelproblemen oplossingen en advies geven.
Orthopedisch schoenmaker	Maakt aangepaste schoenen.

Eén keer per maand vindt er een gezamenlijk spreekuur plaats. Dat betekent dat er bij het spreekuur ook specialisten aanwezig zijn van andere afdelingen dan Orthopedie. Deze specialisten zijn:

Vaatchirurg	Verantwoordelijk voor de behandeling van de bloedvaten.
Internist	Betrokken bij uw diabetesregulatie.
Revalidatiearts	Verantwoordelijk voor het zo zelfstandig mogelijk laten functioneren van patiënten.

Als het nodig is zijn dan ook aanwezig:

Dermatoloog	Verantwoordelijk voor de behandeling van de huid.
Plastisch chirurg	Kan ingezet worden bij oplossingen op het gebied van de wondsluiting.

Als u voor het eerst op het spreekuur komt wordt er meestal een röntgenfoto van uw voeten gemaakt. Daarop is te zien of er sprake is van breuken of ontwrichtingen, of botinfecties.

3. Wat u zelf kunt doen

Het lastige van een diabetische voet is dat u het niet merkt als er iets met uw voeten aan de hand is. Door de neuropathie voelt u geen pijn. Uw voeten kunnen beschadigd raken zonder dat u daar last van heeft. Hierdoor kan het zijn dat u wonden of dreigende wonden oploopt zonder dat u dat merkt. Ook kunnen er bij het lopen op blote voeten scherpe voorwerpen in uw voeten dringen zonder dat u het merkt, dit kan grote gevolgen hebben en zelfs in sommige gevallen leiden tot een amputatie.

3.1 Controle

Zelf controleren

Het is belangrijk om uw voeten twee keer per dag zelf of door een familielid, vriend of huisgenoot te (laten) controleren en te verzorgen. U loopt dan minder risico op het ontstaan van wonden en de gevolgen daarvan. Ga bij het controleren van uw voeten op zoek naar roodheid van de huid, wondjes, blaren, ontstoken nagels, benige uitsteeksels en veranderingen in de vorm van uw voeten. Ziet u een drukplek of wondje dan is het belangrijk dat u direct een afspraak maakt met het Diabetische Voetenteam.

De onderkant van uw voeten kunt u eenvoudig bekijken met een spiegel. Zet de spiegel bijvoorbeeld schuin tegen de muur op de grond. Ga op een stoel voor de spiegel zitten en bekijk zo de onderkant van uw voeten. Bij slechter werkende ogen is het handig om een vergrootglas te gebruiken. Ook kunnen de huisarts en de pedicure u helpen bij het controleren van uw voeten.

Waarop letten

Als uw voet dikker, warmer of roder is dan normaal is het belangrijk dat u direct contact opneemt met het Diabetische Voetenteam, ook als u geen pijn heeft. Uw voet kan dan namelijk ontstoken zijn en dit kan ingrijpende gevolgen hebben voor uw mobiliteit en de toekomst van de voet.

Als u een onverklaarbare temperatuurstijging of een lichaamstemperatuur van 38 graden of hoger heeft, samen met open wonden of blaren aan uw voet, kan de voet ontstoken zijn. Als u twijfelt over mogelijke problemen, maak dan dezelfde dag nog een afspraak bij het Diabetische Voetenteam of uw huisarts.

Likdoorns

Likdoorns zijn harde stukken eelt, die vooral in de buurt van de tenen voorkomen. Likdoorns ontstaan bijna altijd door teveel druk op uw huid. Als u last heeft van een likdoorn betekent dit dat uw schoenen te krap zijn. Het Diabetische Voetenteam kan u advies geven bij de aanschaf van nieuwe schoenen. Soms zijn op maat gemaakte orthopedische schoenen nodig. Daarbij kan een orthopedisch schoenmaker helpen. De orthopedisch schoenmaker is onderdeel van het Diabetische Voetenteam.

3.2 Verzorging

Wassen

Was dagelijks uw voeten met een washandje met zachte zeep, bijvoorbeeld baby lotion. Gebruik geen agressieve zeepsoorten, omdat die ervoor zorgen dat de vaak al droge huid nog verder uitdroogt en uiteindelijk klooft en inscheurt. Gebruik lauw water. Geen warm of heet water, omdat u door de neuropathie niet voelt of het water te warm is. Daardoor kunnen brandblaren ontstaan. Droog uw voeten zachtjes maar grondig rondom en tussen de tenen.

Gebruik een hydraterende lotion voor de droge huid. Er zijn speciale verzorgingsmiddelen voor een diabetische voet. Uw pedicure kan u hierin adviseren. Door uw voeten op deze manier te verzorgen blijft de huid zacht en soepel. Daardoor is uw huid minder kwetsbaar.

Eelt of huidkloven behandelen

Door de verminderde bloedcirculatie wordt de huid vaak droger en ontstaan er vaker eelt en huidkloven. Eelt kan problemen veroorzaken als de eeltlaag te dik of te droog wordt. Er kunnen kloven ontstaan die scheurwondjes veroorzaken in de diepte. Bij een dikkere eeltlaag is er minder ruimte in de schoenen. Doordat de huid minder soepel is kan de druk op de voeten minder goed worden opgevangen. De eeltlaag kan zo hard en stug worden dat daaronder een bloedblaar ontstaat. Een bloedblaar kan een diepe ontsteking of infectie veroorzaken. Een pedicure met diabetische voetaantekening kan u helpen om problemen met de huid en nagels te beperken.

Nagels knippen

Als u goed kunt zien en gemakkelijk bij uw nagels kunt, knip ze dan recht af met een nagelknipper. Rond de hoeken nooit af. Het kan veiliger zijn om uw nagels te vijlen met een metalen nagelvijs. Als het te moeilijk is om uw nagels te knippen of u zich hier onzeker over voelt, kunt u uw nagels laten verzorgen door een pedicure met diabetische voetaantekening. Adressen van pedicures kunt u krijgen bij het Diabetische Voetenteam. Vaak worden pedicures (gedeeltelijk) vergoed door uw zorgverzekeraar.

4. Schoenen

Het is belangrijk dat u nooit op blote voeten loopt. Door het verminderde gevoel in uw voeten is het risico groot dat uw voeten beschadigd raken zonder dat u het merkt. Hieronder staat informatie over schoenen nakijken, schoenen kiezen, sokken, sandalen en steunzolen.

Schoenen nakijken

Het is belangrijk dat u altijd uw schoenen nakijkt voordat u ze aantrekt. Controleer de binnenkant van uw schoenen op losse voorwerpen, bolletjes stof of haren (vooral als u een huisdier heeft). Hou de schoenen op de kop. Kijk of de schoenen in goede staat verkeren, en of ze geen losse naden of kapotte delen hebben.

Bij nieuwe schoenen is het belangrijk dat u de schoenen geleidelijk inloopt. Draag nieuwe schoenen de eerste dagen één a twee uur per dag en controleer uw voeten daarna op eventuele roodheid, verkleuring of drukplekken. Als u een van deze verschijnselen ziet, trek de schoenen dan niet meer aan en overleg eerst met de orthopedisch schoenmaker of het Diabetische Voetenteam. Een week nadat u nieuwe schoenen heeft gekregen wordt er op de polikliniek meestal gekeken of de schoenen het bedoelde resultaat hebben. Soms doet de schoenmaker op de polikliniek kleine aanpassingen aan de schoenen.

Schoenen kiezen

Kies schoenen die goed passen. Als u schoenen draagt die niet goed passen kunnen er in minder dan een uur tijd blaren of wonden ontstaan. Eerst zorgen die voor kleine problemen, maar die kunnen steeds ernstiger worden. De voeten kunnen zelfs blijvend beschadigen. Soms kunnen er ook blaren of wonden ontstaan door een verandering van de vorm van de voeten.

Goed passende schoenen kunnen helpen om beschadigingen aan de voeten te voorkomen. Goede schoenen, zijn schoenen die:

- Veel ruimte geven rondom de tenen
- Netjes aansluiten op de wreef en de hiel
- Aan de binnenkant zacht beklede zolen hebben
- Een bovengedeelte hebben dat is gemaakt van zacht, ademend materiaal, bijvoorbeeld van leer

Instappers zijn meestal niet geschikt en plastic schoenen worden sterk afgeraden. De orthopedisch chirurg of verpleegkundig specialist kan een verwijzing schrijven voor orthopedische schoenen.

Als u neuropathie heeft krijgt u advies van het Diabetische Voetenteam over de schoenen die u kunt dragen. Welke schoenen worden geadviseerd hangt af van de vorm en de soepelheid van de voeten. Als de voeten van vorm veranderen en stugger worden zal er meestal van standaard schoenen op orthopedische schoenen worden overgestapt. In de periode tussen de standaard schoenen en de orthopedische schoenen in is het soms al genoeg om een aangepaste inlegzool te gebruiken.

Sokken, sandalen en steunzolen

Katoenen of dunne wollen sokken beschermen de voeten het best tegen druk. Vermijd sokken die van kunstmatig materiaal zijn gemaakt. Draag geen sokken met gaten, plooiën of oneffenheden, zoals sokken met dikke naden. Draag geen sokken met een strakke elastische boord, omdat deze de bloedcirculatie kunnen afklemmen.

Sandalen kunnen ervoor zorgen dat er meer druk tussen de tenen komt. Door het loszitten van sandalen is het risico groter dat uw voeten gaan glijden. Als uw voeten gaan glijden kan dat blaren en beschadigingen veroorzaken. Laat daarom uw sandalen beoordelen door het Diabetische Voetenteam.

Het is geen goed idee om zelf inlegzolen uit te proberen. Doordat u minder gevoel in uw voeten heeft merkt u het niet als inlegzolen niet goed passen en kan de huid beschadigen.

5. Hulp van anderen

De behandeling van een diabetische voet is een langdurig traject. Veel mensen hebben behoefte aan hulp of ondersteuning. Deze kan worden geboden door middel van lotgenotencontact, psychologische hulp, maatschappelijk werk en buurtzorg.

Lotgenotencontact

Het kan prettig zijn om in contact te komen met lotgenoten, om te praten over hoe zij omgaan met het hebben van een diabetische voet. Dat kan via Diabetesvereniging Nederland (DVN), een patiëntenvereniging voor mensen met diabetes. De vereniging biedt informatie, cursussen en andere bijeenkomsten.

Diabetesvereniging Nederland

Telefoonnummer (033) 462 20 55

Ook de Nederlandse Diabetesfederatie (NDF) organiseert een lotgenotencursus voor mensen met diabetes.

Nederlandse Diabetesfederatie

Telefoonnummer (033) 448 08 45

Buurtzorg

Een diabetische voet kan het moeilijker maken om alledaagse handelingen uit te voeren. Buurtzorg kan u helpen hiermee om te gaan en oplossingen te zoeken. Het is een thuiszorgorganisatie die verpleging en verzorging aan huis biedt. Medewerkers van Buurtzorg helpen u bijvoorbeeld met wassen, aan- en uitkleden en het klaarzetten en toedienen van medicijnen. Ook kunnen zij insuline spuiten, wonden verzorgen en helpen bij pijnbestrijding. Een persoonlijk begeleider biedt u adviezen en ondersteuning.

Buurtzorg

Telefoonnummer (0900) 69 06 69 06

Maatschappelijk werk

Op lichamelijk en emotioneel gebied komt er veel op u af. Een maatschappelijk werker kan helpen bij het leren omgaan met een diabetische voet en het accepteren daarvan. Maatschappelijk werkers kunnen algemene steun of advies bieden, helpen bij het nemen van beslissingen en u leren omgaan met uw problemen. Gesprekken met maatschappelijk werkers vinden plaats op de afdeling Orthopedie of in een gesprekskamer op de polikliniek. Er zijn geen kosten aan verbonden. Via de telefooncentrale van het UMCG kunt u worden doorverbonden met een maatschappelijk werker van de afdeling Orthopedie.

Telefooncentrale UMCG

Telefoonnummer (050) 361 61 61

Bijlage 2. Vragenlijst intentie (Hoeken, Hornikx, & Hustinx, 2012₂: 212-213)

Zou u ons willen helpen door ons te vertellen wat u denkt over de mogelijkheid om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren? Er zijn geen foute antwoorden; we zijn geïnteresseerd in uw mening. Hieronder volgen enkele vragen. Schrijf alstublieft de gedachten op die onmiddellijk bij u opkomen. Schrijf iedere gedachte op een aparte regel.

1. Welke voordelen heeft het twee keer per dag uw voeten (laten) controleren voor u?

2. Welke nadelen heeft het twee keer per dag uw voeten (laten) controleren voor u?

3. Welke andere gedachten komen bij u op als u nadenkt over twee keer per dag uw voeten (laten) controleren?

Er zijn misschien personen of groepen die vinden dat u wel of juist niet twee keer per dag uw voeten moet (laten) controleren.

- 4. Schrijf de personen of groepen op die het een *goed* idee zouden vinden als u twee keer per dag uw voeten zou (laten) controleren.**

- 5. Schrijf de personen of groepen op die het een *slecht* idee zouden vinden als u twee keer per dag uw voeten zou (laten) controleren.**

- 6. Soms, als we niet zeker weten wat te doen, kijken we naar wat andere mensen doen. Schrijf de personen of groepen op die *zeer waarschijnlijk wel* twee keer per dag hun voeten zouden (laten) controleren als zij een diabetische voet zouden hebben.**

7. Schrijf de personen of groepen op die *zeer waarschijnlijk niet* twee keer per dag hun voeten zouden (laten) controleren als zij een diabetische voet zouden hebben.

8. Schrijf alstublieft alle factoren of omstandigheden op die u in staat zouden stellen of het gemakkelijk voor u zouden maken om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren.

9. Schrijf alstublieft alle factoren of omstandigheden op die het u onmogelijk of moeilijk zouden maken om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren.

Bijlage 3. Resultaten vragenlijst intentie

Uitgeschreven antwoorden

1.	Welke voordelen heeft het twee keer per dag uw voeten (laten) controleren voor u?
V1	Vindt het goed om haar voeten te controleren bij het aantrekken en uittrekken van haar sokken. Daardoor kan ze gelijk reageren wanneer er iets met haar voeten aan de hand is.
V2	Vindt dat het geen voordelen heeft om haar voeten twee keer per dag te controleren, omdat haar voeten er goed uitzien. Ze heeft alleen een Charcotvoet. Ze controleert haar voeten wel.
M1	Vindt het een voordeel dat er continu een vinger aan de pols wordt gehouden wat betreft de conditie van de voet.
M2	Vindt het een voordeel dat hij de controles kan uitvoeren wanneer dat hem het best uitkomt. Ook is het een voordeel dat er wordt gecontroleerd of de wond schoon blijft, omdat de patiënt last heeft van een open zweer.
M3	Vindt het een voordeel dat er controle plaatsvindt. Dat is volgens hem belangrijk omdat je daarmee zorgt dat je infecties voor kan zijn.
V3	Vindt het een voordeel dat er wordt gekeken of er niets aan de voeten mankeert. Dat vindt de patiënt belangrijk omdat zij neuropathische klachten heeft. Door de controle worden de voeten in de gaten gehouden. De patiënt geeft aan dat ze soms wel spijbelt en de controle niet uitvoert.
M4	Vindt dat het geen voordelen heeft. Hooguit dat er een pleister op een wond kan worden geplakt.
M5	Geeft aan dat de voordelen afhangen van de medicatie waarvan mensen gebruikmaken. Deze patiënt heeft gevoelloze voeten wegens een ontsteking door splinters. Bij hem moet dagelijks mahonie op de wond worden vervangen, dus hij controleert zijn voeten maar één keer per dag. Er moet controle plaatsvinden omdat er sprake is van een ontsteking.
M6	Geeft aan dat zijn voeten 's morgens en 's avonds worden gecontroleerd. Het voordeel daarvan is dat zijn wond nu in een betere conditie verkeert. Het gaat om een gat van twee centimeter. Deze wordt twee keer per dag gespoeld, dus eigenlijk is er twee keer per dag sprake van controle en verzorging. De wond wordt goed in de gaten gehouden, zodat deze niet verergert. De verpleegsters die de wond verzorgen zien alles.
M7	Vindt het een voordeel dat hij dan kan kijken of hij wondjes heeft, omdat hij die niet voelt. Door de neuropathie heeft de patiënt last van een slechte wondgenezing, en door zijn voeten goed te controleren kan ervoor worden gezorgd dat de wonden niet verergeren. Als er sprake is van teveel eelt dan kan de patiënt naar de pedicure gaan, om dit te laten weghalen.
V4	Vindt het een voordeel dat problemen eerder gevonden worden en er daardoor hopelijk sneller kan worden ingegrepen als er iets mis is.
V5	Geeft aan dat ze haar voeten niet twee keer per dag laat controleren als ze rustig zijn, maar één keer. Door de controle kan ze er snel bij zijn als er iets aan de hand is. Ze ziet dan wat er aan de hand is, en kan dan ingrijpen.
M8	Vindt het een voordeel dat hij het merkt als er een verschil optreedt en kan zien of hij wonden heeft opgelopen. Als je goed nadenkt dan doe je dat. Je moet niet op blote voeten douchen of op verkeerde schoenen lopen.

2.	Welke nadelen heeft het twee keer per dag uw voeten (laten) controleren voor u?
V1	Vindt het voldoende om haar voeten dagelijks te controleren. Een nadeel vindt ze dat ze er dan teveel mee bezig is.
V2	Vindt dat het geen nadelen heeft om haar voeten twee keer per dag te controleren.
M1	Vindt het een nadeel dat hij ervoor thuis moet blijven als er mensen langskomen voor de controle. Hij moet daar dan rekening mee houden. Ook moet hij contact opnemen met deze mensen.
M2	Vindt dat het geen nadelen heeft om zijn voeten twee keer per dag te controleren.
M3	Vindt dat het geen nadelen heeft om zijn voeten twee keer per dag te controleren.
V3	Vindt het een nadeel dat ze vaak en lang moet wachten bij de controles.
M4	Vindt het een nadeel dat er rekening moet worden gehouden met hoe laat de thuiszorg langskomt. Soms laten de controles volgens hem te wensen over, bijvoorbeeld omdat de thuiszorg dan geen pleister op een wond plakt. Daarnaast zijn de verschillende medewerkers van de thuiszorg onderling te weinig op de hoogte van wat zij doen.
M5	Vindt het een nadeel dat hij afhankelijk is van de thuishulp. Meestal worden daarmee afspraken gemaakt met een vrij brede tijdspanne.
M6	Vindt het vervelend dat de zusters hem plagen en dat hij ervoor moet thuisblijven.
M7	Vindt dat het geen nadelen heeft om zijn voeten te controleren. Het is een vast ritueel en automatisme, net als het spuiten van insuline.
V4	Vindt het een nadeel dat er altijd afspraken voor moeten worden gemaakt. Op moment vinden die afspraken om de dag plaats. Doordat de patiënt de aandoening al zo lang heeft neemt zij het niet meer zo nauw met de controles.
V5	Geeft aan dat het een nadeel is dat ze er de tijd voor moet nemen, het moet toch gebeuren.
M8	Vindt dat het geen nadelen kan hebben.

3.	Welke andere gedachten komen bij u op als u nadenkt over twee keer per dag uw voeten (laten) controleren?
V1	Heeft geen andere gedachten over het controleren van haar voeten.
V2	Heeft geen andere gedachten over het controleren van haar voeten.
M1	Vindt het allemaal wel erg veel worden. Soms heeft hij het gevoel geleefd te worden, in plaats van te leven. Hij vindt het onprettig dat hij zoveel bezig moet zijn met zijn gezondheid. Naast dat hij een diabetische voet heeft is hij Hiv-positief en heeft hij hartproblemen.
M2	Vindt dat hij zijn voeten wel een beetje in de gaten moet houden.
M3	Geeft aan dat hij zijn voeten automatisch controleert, voor zijn eigenbehoud.
V3	Geeft aan dat haar voeten achteruit gaan.
M4	Geeft aan dat hij aan de bel trekt als de voeten er niet uitzien zoals het hoort, omdat de wond anders groter wordt.
M5	Vindt het beter dan één keer per dag controleren als het gevaarlijk wordt. Eerst moest de patiënt zelfs drie keer per dag zijn voeten controleren. Verder vindt de patiënt het een nadeel dat iedereen wonden op een andere manier verbindt. Volgens hem moet er een goed wondplan komen, waarbij de verpleging gebruik maakt van een vragenlijst.
M6	Geeft aan dat hij wordt geholpen door een prachteam van zusters. De patiënt hoeft zelf niet na te denken, want de zusters doen alles voor hem.
M7	Geeft aan dat hij het heel normaal vindt om dagelijks zijn voeten te controleren, net als zijn schoenen.
V4	Geeft aan dat ze weet wat er mis kan gaan, ook als ze kijkt naar andere patiënten. De patiënt is al heel lang diabeet, dus ze weet dat de controles nodig zijn. De patiënt controleert haar voeten minimaal vier keer per dag.
V5	Geeft aan dat het ziekenhuispersoneel het goed doet, dat geeft haar een veilig gevoel.
M8	Geeft aan dat er geen andere gedachten bij hem opkomen. Als je goed bij je verstand bent dan doe je het wel.

4.	Schrijf de personen of groepen op die het een goed idee zouden vinden als u twee keer per dag uw voeten zou (laten) controleren.
V1	Geeft aan dat haar omgeving en familie het een goed idee zouden vinden, omdat zij bezorgd zijn.
V2	Kan geen mensen noemen die dit een goed idee zouden vinden.
M1	Geeft aan dat iemand die werkzaam is op de afdeling Interne Geneeskunde dat een goed idee zou vinden. Deze persoon heeft ervoor gezorgd dat het nog relatief goed gaat met de patiënt.
M2	Kan geen mensen noemen die dit een goed idee vinden omdat hij het er met niemand over heeft.
M3	Geeft aan dat zijn vrouw dit een goed idee vindt, zij hamert er altijd op dat hij zijn voeten moet controleren.
V3	Geeft aan dat iedereen dit een goed idee vindt.
M4	Kan geen mensen noemen die dit een goed idee zouden vinden.
M5	Geeft aan dat de thuiszorg dit een goed idee vindt. Wel geeft de patiënt aan dat de thuiszorg buiten hem om contact had opgenomen met het ziekenhuis, om door te geven dat zijn voeten maar één keer per dag hoeven te worden gecontroleerd.
M6	Geeft aan dat de huisarts, de heer Scholten, de zusters en het hele UMCG-team dit een goed idee vinden. Het team helpt de patiënt altijd, wat hem een veilig idee geeft.
M7	Geeft aan dat zijn vrouw het een goed idee vindt, en mensen die ook een diabetische voet hebben.
V4	Geeft aan dat haar man het een goed idee vindt. Zij vindt het belastend om hem te vragen om haar voeten te controleren. In de praktijk is het anders om de controles uit te voeren dan in theorie. De patiënt is er zat van en geeft aan dat dit een gevaar is als je lang patiënt bent. Het is anders wanneer patiënten de ziekte nog maar net hebben en achteruit gaan. De patiënt geeft aan dat de problemen toch wel komen, of dat ze tenminste rekening moet houden met de mogelijkheid dat dit het geval is.
V5	Vindt het zelf een goed idee, wat het is gevaarlijk om het niet te doen. Ook haar moeder en haar vrienden vinden het een goed idee. Zij zijn op de hoogte van haar medische situatie, dus zij begrijpen hoe belangrijk het is.
M8	Geeft aan dat de verpleegkundige, de internist, de gipsmeester, zichzelf en de zorgverzekeraar het een goed idee vinden.

5.	Schrijf de personen of groepen op die het een slecht idee zouden vinden als u twee keer per dag uw voeten zou (laten) controleren.
V1	Kan geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden.
V2	Kan geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden.
M1	Kan geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden.
M2	Kan geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden omdat hij het er met niemand over heeft.
M3	Kan geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden.
V3	Sommige mensen gaan niet naar de pedicure, die vinden het misschien een slecht idee. De patiënt doet dit wel.
M4	Kan geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden.
M5	Kan geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden.
M6	Kan in de eerste instantie geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden, maar noemt later zijn collega's. Zij hebben geen begrip voor de situatie omdat zij niet bekend zijn met de aandoening.
M7	Kan geen mensen noemen die dit een slecht idee zouden vinden. Misschien mensen die niet bekend zijn met suikerziekte.
V4	Heeft dit nooit besproken met andere mensen.
V5	Denkt dat niemand dit een slecht idee vindt.
M8	Denkt dat de pedicure het een slecht idee vindt, omdat zij dan minder werk krijgt.

6.	Soms, als we niet zeker weten wat te doen, kijken we naar wat andere mensen doen. Schrijf de personen of groepen op die zeer waarschijnlijk wel twee keer per dag hun voeten zouden (laten) controleren als zij een diabetische voet zouden hebben.
V1	Kan geen mensen noemen die dit wel zouden doen.
V2	Denkt dat mensen die wondjes op hun voeten hebben zitten hun voeten wel twee keer per dag zouden controleren.
M1	Geeft aan dat verstandige mensen dit wel zouden doen.
M2	Geeft aan dat er misschien mensen zijn die dit wel zouden doen.
M3	Kan geen mensen noemen die dit wel zouden doen.
V3	Denkt dat iedereen die een diabetische voet heeft dit zou doen.
M4	Geeft aan dat zijn broer het wel deed, omdat hij steeds verschillende thuishulp had.
M5	Denkt dat de pedicure dit zou doen. De pedicure heeft de patiënt foto's gestuurd van zijn voeten.
M6	Kan geen mensen noemen die dit wel zouden doen.
M7	Geeft aan dat zijn familieleden dit wel zouden doen.
V4	Geeft aan dat ze al te lang diabetes heeft om zich daar nog mee bezig te houden.
V5	Geeft aan dat iedereen dit wel zou doen.
M8	Geeft aan dat de gipsmeester en de internist dit waarschijnlijk wel zouden doen.

7.	Schrijf de personen of groepen op die zeer waarschijnlijk niet twee keer per dag hun voeten zouden (laten) controleren als zij een diabetische voet zouden hebben.
V1	Kan geen mensen noemen die dit niet zouden doen.
V2	Denkt dat mensen die voeten hebben die er goed uitzien hun voeten niet twee keer per dag zouden controleren.
M1	Geeft aan dat onverstandige mensen dit niet zouden doen.
M2	Geeft aan dat er misschien mensen zijn die dit niet zouden doen.
M3	Kan geen mensen noemen die dit niet zouden doen.
V3	Kan geen mensen noemen die dit niet zouden doen.
M4	Kan geen mensen noemen die dit niet zouden doen, maar denkt dat deze er vast wel zijn.
M5	Denkt dat oudere mensen, die niet voor zichzelf opkomen, dit niet zouden doen. Zij zouden niet weten dat dit nodig is. De thuiszorg of een arts zou het voor deze mensen kunnen doen.
M6	Kan in de eerste instantie geen mensen noemen die dit niet zouden doen, maar noemt later mensen die in dezelfde situatie zitten als hij. In het verpleeghuis waar de patiënt verbleef zaten mensen die niet twee keer per dag de voeten controleerden.
M7	Denkt dat mensen het misschien niet doen als zij net diabetes hebben, maar als zij eenmaal voldoende bekend zijn met de ziekte doet iedereen het.
V4	Geeft aan dat ze mensen in het ziekenhuis ziet die er niet goed genoeg op letten. Ook doen mensen die er te weinig discipline voor hebben dit niet.
V5	Geeft aan dat ze er vanuit gaat dat er geen mensen zijn die dit niet zouden doen.
M8	Geeft aan dat mensen met een lager IQ, die werkzaam zijn op de sociale werkplaats dit niet zouden doen.

8.	Schrijf alstublieft alle factoren of omstandigheden op die u in staat zouden stellen of het gemakkelijk voor u zouden maken om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren.
V1	Zou gemakkelijker haar voeten controleren als ze geen been in het gips zou hebben zitten. Als de thuiszorg langskomt, is het ook makkelijker om de voeten te kunnen laten controleren.
V2	Kan geen omstandigheden noemen die het haar makkelijker zouden maken om haar voeten te controleren.
M1	Geeft aan dat een pedicure het makkelijker zou maken om zijn voeten te laten controleren.
M2	Geeft aan dat hij het in zijn eigen tijd en op zijn eigen manier doet. De patiënt zegt dat je toch niet veel anders kunt doen.
M3	Geeft aan dat het controleren gewoon makkelijk gaat.
V3	Kan geen omstandigheden noemen die het haar makkelijker zouden maken om haar voeten te controleren.
M4	Kan geen omstandigheden noemen die het hem makkelijker zouden maken om zijn voeten te controleren. Hij is toch altijd thuis en heeft alle tijd.
M5	Geeft aan dat meer lenigheid het makkelijker voor hem zou maken. Daarnaast helpt een spiegel daarbij. Mensen met minder medische kennis weten niet hoe zij een spiegel moeten gebruiken. Voor oudere mensen is het lastiger om de voeten te controleren.
M6	Kan geen omstandigheden noemen die het hem makkelijker zouden maken om zijn voeten te controleren, omdat de zusters die hem helpen ideaal zijn. Zelfs als hij weg moet met zijn vrouw wordt het altijd geregeld.
M7	Kan geen omstandigheden noemen die het hem makkelijker zouden maken om zijn voeten te controleren.
V4	Geeft aan dat de mogelijkheid om meer afspraken te maken met mensen uit de zorg het makkelijker zouden maken om haar voeten te controleren.
V5	Geeft aan dat het altijd goed gaat door haar man.
M8	Geeft aan dat de toegankelijkheid tot de pedicure en de zorg dit makkelijker zouden maken. Door een betere vergoeding door de zorgverzekeraar zou de drempel ook omlaag gaan.

9.	Schrijf alstublieft alle factoren of omstandigheden op die het u onmogelijk of moeilijk zouden maken om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren.
V1	Omdat de patiënt haar voet in het gips heeft zitten wordt het voor haar moeilijker om haar voeten te controleren, ze kan het daardoor namelijk niet zelf.
V2	Kan geen omstandigheden noemen die het haar moeilijker zouden maken om haar voeten te controleren.
M1	Kan moeilijker zijn voeten controleren omdat hij niet al zijn vingers meer heeft. Daarnaast moet hij alles aanpassen aan de afspraken die hij maakt met de thuiszorg. De afspraken vinden meestal plaats tussen 12.00 en 14.00 uur, dus het neemt veel tijd in beslag. De patiënt heeft soms het gevoel dat hij wordt opgegeten.
M2	Kan geen omstandigheden noemen die het hem moeilijker zouden maken om zijn voeten te controleren.
M3	Geeft aan dat hij in het verleden last had van zijn knieën en dat dit de controle belemmerde.
V3	Geeft aan dat een gebrek aan lenigheid het moeilijk voor haar maakt om haar voeten te controleren. De patiënt heeft moeite om een van haar benen omhoog te krijgen.
M4	Geef aan dat hij zelf een uitkering krijgt, maar geeft aan dat het moeilijker is om twee keer per dag de voeten te controleren voor iemand die nog werkt.
M5	Geeft aan dat minder lenigheid het moeilijker zou maken om zijn voeten te controleren.
M6	Kan geen omstandigheden noemen die het hem moeilijker zouden maken om zijn voeten te controleren.
M7	Kan geen omstandigheden noemen die het hem moeilijker zouden maken om zijn voeten te controleren. Misschien als hij er zelf niet meer toe in staat zou zijn.
V4	Geeft aan dat ze het lastig vindt om het zelf te doen. Lichamelijk wordt het lastiger, omdat er lastige bewegingen moeten worden gemaakt om de voeten te bekijken. Als haar man niet meer zou kunnen meekijken zou het ook moeilijker worden.
V5	Geeft aan dat het moeilijker wordt als haar man weg zou vallen. De patiënt zou dan afhankelijk zijn van de thuiszorg, en daarmee van de tijd van afspraken en dergelijke.
M8	Geeft aan dat slecht ter been zijn en geen vervoer hebben het moeilijker maakt om de voeten te controleren.

Gekwantificeerde antwoorden

1. Welke voordelen heeft het twee keer per dag uw voeten (laten) controleren voor u?		
Controle conditie	M1, M2, V3, M6, M7, V4, V5, M8	8
Direct reageren bij problemen	V1, M4, M7, V4, V5	5
Problemen voorkomen	M3, M6, M7	3
Voeten verzorgen	M5, M6	2
Geen voordelen	V2, M4	2

2. Welke nadelen heeft het twee keer per dag uw voeten (laten) controleren voor u?		
Geen nadelen	V2, M2, M3, M7, M8	5
Moeten thuisblijven	M1, M4, M6	3
Afspraken moeten maken	M1, V4	2
Lang wachten	V3, M5	2
Lage kwaliteit thuiszorg	M4	1
Afhankelijkheid thuiszorg	M5	1

3. Welke andere gedachten komen bij u op als u nadenkt over twee keer per dag uw voeten (laten) controleren?		
Geen andere gedachten	V1, V2, M8	3
Gevoel geleefd te worden	M1	1
Moet gebeuren	M2	1
Gaat automatisch	M3	1
Voeten gaan achteruit	V3	1
Problemen voorkomen	M4	1
Verpleging moet wondplan hebben	M5	1
Tevreden over zusters	M6	1
Normaal om te doen	M7	1
Weet wat er mis kan gaan	V4	1
Tevreden over ziekenhuispersoneel	V5	1

4. Schrijf de personen of groepen op die het een goed idee zouden vinden als u twee keer per dag uw voeten zou (laten) controleren.		
Ziekenhuispersoneel	M1, M6, M8	3
Partner	M3, M7, V4	3
Kan geen mensen noemen	V2, M2, M4	3
Familie	V1, V5	2
Zelf	V5, M8	2
Omgeving	V1	1
Iedereen	V3	1
Thuiszorg	M5	1
Huisarts	M6	1
Andere patiënten	M7	1
Vrienden	V5	1
Zorgverzekeraar	M8	1

5. Schrijf de personen of groepen op die het een slecht idee zouden vinden als u twee keer per dag uw voeten zou (laten) controleren.		
Kan geen mensen noemen	V1, V2, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, V4, V5	11
Mensen die niet naar de pedicure gaan	V3	1
Collega's	M6	1
Mensen die niet bekend zijn met diabetes	M7	1
Pedicure	M8	1

6. Soms, als we niet zeker weten wat te doen, kijken we naar wat andere mensen doen. Schrijf de personen of groepen op die zeer waarschijnlijk wel twee keer per dag hun voeten zouden (laten) controleren als zij een diabetische voet zouden hebben.		
Kan geen mensen noemen	V1, M2, M3, M6, V4	5
Iedereen	V3, V5	2
Mensen met voetwonden	V2	1
Verstandige mensen	M1	1
Broer	M4	1
Pedicure	M5	1
Familieleden	M7	1
Ziekenhuispersoneel	M8	1

7. Schrijf de personen of groepen op die zeer waarschijnlijk niet twee keer per dag hun voeten zouden (laten) controleren als zij een diabetische voet zouden hebben.		
Kan geen mensen noemen	V1, M2, M3, V3, M4, V5	6
Andere patiënten	M6, V4	2
Mensen met voeten die er goed uitzien	V2	1
Onverstandige mensen	M1	1
Oudere mensen die niet weten dat het nodig is	M5	1
Mensen die net diabetes hebben	M7	1
Mensen met te weinig discipline	V4	1
Minder intelligente mensen	M8	1

8. Schrijf alstublieft alle factoren of omstandigheden op die u in staat zouden stellen of het gemakkelijk voor u zouden maken om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren.		
Kan geen omstandigheden noemen	V2, M2, M3, V3, M4, M6, M7, V5	8
Toegankelijkheid zorg	V4, M8	2
Toegankelijkheid pedicure	M1, M8	2
Geen been in het gips	V1	1
Thuiszorg	V1	1
Lenigheid	M5	1
Spiegel	M5	1
Betere vergoeding zorgverzekeraar	M8	1

9. Schrijf alstublieft alle factoren of omstandigheden op die het u onmogelijk of moeilijk zouden maken om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren.		
Gebrek aan lenigheid	V3, M5, V4	3
Kan geen omstandigheden noemen	V2, M2, M6	3
Wegvallen partner	V4, V5	2
Afhankelijkheid thuiszorg	M1, V5	2
Been in het gips	V1	1
Gebrek aan vingers	M1	1
Last van de knieën	M3	1
Werk	M4	1
Zelf niet toe in staat zijn	M7	1
Geen vervoer	M8	1

Antwoorden verslag

Behavioral beliefs & outcome evaluations

1. Welke voordelen heeft het twee keer per dag uw voeten (laten) controleren voor u?

Controle conditie	8
Direct reageren bij problemen	5
Problemen voorkomen	3
Voeten verzorgen	2
Geen voordelen	2

2. Welke nadelen heeft het twee keer per dag uw voeten (laten) controleren voor u?

Geen nadelen	5
Moeten thuisblijven	3
Afspraken moeten maken	2
Lang moeten wachten	2

3. Welke andere gedachten komen bij u op als u nadenkt over twee keer per dag uw voeten (laten) controleren?

Geen andere gedachten	3
-----------------------	---

Normative beliefs & motivation to comply

1. Schrijf de personen of groepen op die het een goed idee zouden vinden als u twee keer per dag uw voeten zou (laten) controleren.

Ziekenhuispersoneel	3
Partner	3
Kan geen mensen noemen	3
Familie	2
Zelf	2

2. Schrijf de personen of groepen op die het een slecht idee zouden vinden als u twee keer per dag uw voeten zou (laten) controleren.

Kan geen mensen noemen	11
------------------------	----

3. Soms, als we niet zeker weten wat te doen, kijken we naar wat andere mensen doen. Schrijf de personen of groepen op die zeer waarschijnlijk wel twee keer per dag hun voeten zouden (laten) controleren als zij een diabetische voet zouden hebben.

Kan geen mensen noemen	5
Iedereen	2

4. Schrijf de personen of groepen op die zeer waarschijnlijk niet twee keer per dag hun voeten zouden (laten) controleren als zij een diabetische voet zouden hebben.

Kan geen mensen noemen	6
Andere patiënten	2

Efficacy beliefs

1. Schrijf alstublieft alle factoren of omstandigheden op die u in staat zouden stellen of het gemakkelijk voor u zouden maken om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren.

Kan geen omstandigheden noemen	8
Toegankelijkheid zorg	2
Toegankelijkheid pedicure	2

2. Schrijf alstublieft alle factoren of omstandigheden op die het u onmogelijk of moeilijk zouden maken om twee keer per dag uw voeten te (laten) controleren.

Gebrek aan lenigheid	3
Kan geen omstandigheden noemen	3
Wegvallen partner	2
Afhankelijkheid thuiszorg	2

Bijlage 4. Vragenlijst folder

1. Wat is een gevolg van neuropathie?

- A. Minder gevoel in de voet
- B. Een ontstoken voet
- C. Een pijnlijke voet
- D. Verminderde bloedcirculatie

2. Wat is een orthopeed?

- A. Verantwoordelijk voor de behandeling van de bloedvaten
- B. Betrokken bij uw diabetesregulatie
- C. Medisch specialist op het gebied van botten, pezen en spieren
- D. Verantwoordelijk voor de behandeling van de huid

3. Waar kunt u naar op zoek gaan bij het (laten) controleren van uw voeten?

- A. Roodheid van de huid, wondjes en blaren
- B. Ontstoken nagels en veranderingen in de vorm van uw voeten
- C. Een dikkere, warmere of roedere voet dan normaal
- D. Al het bovenstaande

4. Hoe vaak is het nodig dat uw voeten worden gewassen?

- A. Twee keer per dag
- B. Dagelijks
- C. Om de dag
- D. Wekelijks

5. Wanneer kunt u op blote voeten lopen?

- A. In de zomer
- B. Binnenshuis
- C. Altijd
- D. Nooit

6. Hoe vaak is het nodig dat u uw schoenen controleert?

- A. Als ze pijn beginnen te doen
- B. Als u nieuwe schoenen heeft
- C. Altijd voordat u ze aantrekt
- D. Twee keer per dag

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen:

7. 'Ik ben overgehaald om twee keer per dag mijn voeten te (laten) controleren'

Helemaal mee eens Mee eens Neutraal Mee oneens Helemaal mee oneens

8. 'Ik ben van plan om twee keer per dag mijn voeten te (laten) controleren'

Helemaal mee eens Mee eens Neutraal Mee oneens Helemaal mee oneens

9. 'Ik wil twee keer per dag mijn voeten (laten) controleren'

Helemaal mee eens Mee eens Neutraal Mee oneens Helemaal mee oneens

10. 'Ik ben bereid om twee keer per dag mijn voeten te (laten) controleren'

Helemaal mee eens Mee eens Neutraal Mee oneens Helemaal mee oneens

11. Ontbreekt er nog informatie die u graag in de folder had gezien?

12. Heeft u nog advies of opmerkingen?

Bijlage 5. Resultaten vragenlijst folder

1. Wat is een gevolg van neuropathie?

7/8

- A. Minder gevoel in de voet
P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8
- B. Een ontstoken voet
- C. Een pijnlijke voet
P2
- D. Verminderde bloedcirculatie
~~P1~~

2. Wat is een orthooped?

8/8

- A. Verantwoordelijk voor de behandeling van de bloedvaten
- B. Betrokken bij uw diabetesregulatie
- C. Medisch specialist op het gebied van botten, pezen en spieren
P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8
- D. Verantwoordelijk voor de behandeling van de huid

3. Waar kunt u naar op zoek gaan bij het (laten) controleren van uw voeten? 6/8

- A. Roodheid van de huid, wondjes en blaren
~~P6~~
- B. Ontstoken nagels en veranderingen in de vorm van uw voeten
~~P7~~
- C. Een dikkere, warmere of roedere voet dan normaal
- D. Al het bovenstaande
P1, P2, P3, P4, P5, P8

4. Hoe vaak is het nodig dat uw voeten worden gewassen?

5/8

- A. Twee keer per dag
~~P1, P4, P7 (schrijft: "Indien mogelijk: Ouderdom, thuiszorg.")~~
- B. Dagelijks
P2, P3, P5, P6, P8
- C. Om de dag
- D. Wekelijks

5. Wanneer kunt u op blote voeten lopen?

8/8

- A. In de zomer
- B. Binnenshuis
- C. Altijd
- D. Nooit
P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8

6. Hoe vaak is het nodig dat u uw schoenen controleert?

7/8

- A. Als ze pijn beginnen te doen
- B. Als u nieuwe schoenen heeft
- C. Altijd voordat u ze aantrekt
P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8
- D. Twee keer per dag
P6

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen:

7. 'Ik ben overgehaald om twee keer per dag mijn voeten te (laten) controleren'

- Helemaal mee eens P2, P4
- Mee eens P1, P3, P6, P8
- Neutraal P7
- Mee oneens P5
- Helemaal mee oneens

8. 'Ik ben van plan om twee keer per dag mijn voeten te (laten) controleren'

- Helemaal mee eens P2, P4, P5, P7
- Mee eens P1, P3, P6
- Neutraal
- Mee oneens P8
- Helemaal mee oneens

9. 'Ik wil twee keer per dag mijn voeten (laten) controleren'

- Helemaal mee eens P2, P4, P5, P7
- Mee eens P1, P3, P6
- Neutraal
- Mee oneens P8
- Helemaal mee oneens

10. 'Ik ben bereid om twee keer per dag mijn voeten te (laten) controleren'

- Helemaal mee eens P2, P4, P7
- Mee eens P1, P3, P6
- Neutraal
- Mee oneens P5, P8
- Helemaal mee oneens

11. Ontbreekt er nog informatie die u graag in de folder had gezien?

P1: Mist informatie over de vergoeding van de thuiszorg door zorgverzekeraars. De patiënt is ontevreden over de kosten van de thuiszorg. Er wordt namelijk 52 euro per uur gerekend. Voor het aantrekken of uittrekken van sokken, wat vijf minuten in beslag neemt, wordt een kwartier in rekening gebracht.

P6: Ik vind het een heel duidelijke informatie folder met goede tips en aanwijzingen dat een dergelijke voet zón naam droeg wist ik niet nou ja ieder beestje moet een naam hebben he!

P7: 7 t/m 10 Is alleen mogelijk. Indien mogelijk – thuiszorg/eigen kunnen Ik weet niet goed of de vraagstelling de juiste is.

12. Heeft u nog advies of opmerkingen?

P1:

- Geeft aan dat veel van de informatie die in de folder wordt gegeven voor hem vanzelfsprekend is. Daarbij bedoelt hij vooral de informatie over het letten op de voeten.
- Verder geeft de patiënt aan dat hij iedereen kan aanraden om naar de regels te leven die aan hen worden opgedragen door het ziekenhuis, omdat het voor hun eigen bestwil is.

P2:

- “Ik kom geregeld in het UMCG en dit vind ik het hoogste adres.”

P4:

- “Voor verdere informatie, mag u mij gerust bellen.”

P6:

- “Ik ben jullie van het team heel dankbaar voor alle goede zorgen. Hoop dat dit mag bijdragen tot beter toekomst v.h. team. Hartstikke bedank toe nu! groeten”

Opmerkingen in de folder

P0:

- Geeft aan dat ze nog nooit met het Diabetische Voetenteam te maken heeft gehad. Reden hiervoor is dat haar huisarts niet bekend was met de diabetische voet. Daarom had hij haar te laat doorverwezen. De patiënt gaf aan al wel vaker op het spreekuur voor patiënten met een diabetische voet te zijn geweest.
- Bij de zin “Vaak is er een zwelling en soms doet het pijn” gaf de patiënt aan dat er ‘soms’ staat, maar dat het écht pijn doet. Of dit het geval is bij alle patiënten met een Charcotvoet kon ze niet zeggen.

P4:

- Bij elke alinea in de folder heeft de patiënt een krul gezet.
- Bij de zin "Uw ziekte en de problemen die zich daarbij voordoen zorgen voor een lang behandeltraject, met veel afspraken bij behandelaars" schrijft de patiënt: "Ja, ik ben al 1 jaar bezig, alle weken."
- Bij de zin "Wij weten dat er hierbij veel van u wordt gevraagd" schrijft de patiënt: "Ja, het is heel zwaar, goed geschreven."
- Bij de zin "Deze kan worden geboden door middel van lotgenotencontact, psychologische hulp, maatschappelijk werk en buurtzorg" schrijft de patiënt: "Familie en vrienden."
- Bij de aantekeningen schrijft de patiënt: "Zeer goed gedaan! Duidelijk. Hartelijke groeten."

P5:

- "Ik heb jouw tekst voor de folder over de 'diabetische voet' helemaal doorgelezen. Ik vond de tekst goed leesbaar, in duidelijk Nederlands geschreven, en door iedereen (jong en oud) te begrijpen. Na het lezen van de tekst was het totaal niet moeilijk om de vragen te beantwoorden."
- "Het interview deed je keurig en er was een vertrouwde sfeer waarin ik alles zou durven zeggen."

P6:

- "Charcotvoet spreek uit als: sjarkoo voet"
- Voor het nummer van de verpleegkundig specialist voetenspreekuur Orthopedie heeft de patiënt een vinkje gezet.
- "Tot gauw me nieuwe schoenen zijn in de maak groeten"
- Bij de aantekeningen schrijft de patiënt: "ik vond het prima samen gesteld, duidelijk, helder. en een goede checklist voor het te onderhouden been, voet of derg."

P7:

- Bij de zin "Als u na het lezen van deze folder nog vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met de verpleegkundig specialist van het Diabetische Voetenteam Orthopedie" schrijft de patiënt: "Wel erg uitgebreid."
- Bij de zin "Daardoor kan het bloed minder goed door de voeten en onderbenen worden gepompt" schrijft de patiënt: "Kan circuleren".
- Bij de zin "Als het bloed niet goed genoeg wordt rondgepompt krijgt de huid te weinig zuurstof en voedingsstoffen" schrijft de patiënt: "2x gepompt."
- Bij de zin "Daarom is het belangrijk dat u bij een wond of dreigende wond altijd naar uw behandelaar gaat" schrijft de patiënt: "Aktie thuiszorg. Zie neuropathie, niet opmerken. In mijn geval splinters onder het eelt."
- Bij de term "Verpleegkundig specialist" heeft de patiënt een kruis gezet.
- Bij de term "Plastisch chirurg" heeft de patiënt een kruis gezet, en schrijft de patiënt: "Op welk moment is een plastisch chirurg nodig?"
- Bij de titel "Controle" schrijft de patiënt: "Ik zou hier een aparte brochure van maken. Overzichtelijker."
- Bij de titel "Zelf controleren" schrijft de patiënt: "Leeftijdafhankelijk".
- Bij de zin "Ook kunnen de huisarts en de pedicure u helpen bij het controleren van uw voeten" schrijft de patiënt: "Thuiszorg."
- De patiënt heeft de zin "Als u neuropathie heeft krijgt u advies van het Diabetische Voetenteam over de schoenen die u kunt dragen" onderstreept.
- Bij de titel "Buurtzorg" schrijft de patiënt: "Thuiszorg."
- Bij de zin "Vraag naar de pieper" schrijft de patiënt: "Poli-telefoniste? Beetje vreemd klant naar pieper vragen?"
- Bij de aantekeningen schrijft de patiënt: "Het betreft hier heel veel info. Dus een onoverzichtelijke brochure. Ik zou het verdelen in verschillende kleinere doelgerichte brochures.

Wondbehandeling – thuiszorg. Een goede en een up to date behandelingsplan meegeven. Wondbehandelingsaanpak per hulppersoon verschilt nogal.

Verder zou ik een opbergmapje adviseren waarin je alles kan bewaren, brochures, behandelplan, afspraken etc. Zie bijv. oogpoli umcg."

Bijlage 6. Uiteindelijke versie folder

Diabetische voet, wat kan eraan worden gedaan?

U bent verwezen naar het spreekuur voor patiënten met een diabetische voet. Deze folder beschrijft wat een diabetische voet is. U krijgt informatie over de behandeling, wat u zelf kunt doen en welke schoenen u kunt dragen. Ten slotte beschrijft de folder hoe u in contact kunt komen met hulpverleners en lotgenoten.

Als u na het lezen van deze folder nog vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met de verpleegkundig specialist van het Diabetische Voetenteam Orthopedie. Deze is op werkdagen telefonisch bereikbaar via het telefoonnummer (050) 361 61 61.

Inhoud

8. Wat is een diabetische voet
9. Behandeling door het Diabetische Voetenteam
10. Wat u zelf kunt doen
11. Schoenen
12. Hulp van anderen
13. Belangrijke telefoonnummers
14. Aantekeningen

1. Wat is een diabetische voet

Diabetes kan gevolgen hebben voor uw voeten, omdat het zenuwen en bloedvaten kan beschadigen. Deze gevolgen zijn:

4. Minder gevoel (neuropathie)
5. Breuken en ontwrichtingen (Charcotvoet)
6. Slechtere wondgenezing

Als diabetes gevolgen heeft voor uw voeten is er sprake van een diabetische voet. Hieronder worden mogelijke gevolgen beschreven.

Minder gevoel (neuropathie)

Neuropathie zorgt meestal voor de grootste problemen bij een diabetische voet. Neuropathie betekent dat zenuwen in de voeten, enkels en onderbenen steeds slechter werken. Daardoor voelt u steeds minder. Oudere mensen lopen meer risico om neuropathie te krijgen. Dat geldt vooral voor mensen die al tien tot vijftien jaar diabetes hebben. Neuropathie begint meestal langzaam. Misschien merkt u het eerst niet, omdat het niet opvalt. Het Diabetische Voetenteam van het UMCG heeft speciale testjes om te onderzoeken of u neuropathie heeft.

Doordat de zenuwen steeds slechter werken kunt u tintelingen, schietende pijnen, een branderig gevoel, prikken of elektrische schokjes voelen. Hoe erg de zenuwen zijn aangetast kan verschillen. De ernst van uw diabetes heeft hierop geen invloed. Neuropathie komt vooral in de voeten voor, maar soms ook in de enkels en onderbenen. Meestal zijn de klachten heviger in de voeten dan in de enkels en onderbenen. Bij hevige klachten in de onderbenen bestaat de mogelijkheid dat u ook neuropathische klachten in uw handen krijgt.

Breuken en ontwrichtingen (Charcotvoet)

Door neuropathie kan een Charcotvoet (uitgesproken als sjarkoo) ontstaan. Een Charcotvoet bestaat uit breuken en ontwrichtingen van de voet of enkel. Vaak is er een zwelling en soms doet het pijn. De voet is dan meestal extra warm en soms ook rood. Dat heet een 'actieve Charcotvoet'. Na verloop van tijd zijn er op de röntgenfoto veranderingen te zien die passen bij de diagnose Charcotvoet, echter de zwelling kan al maanden eerder ontstaan. Bij een Charcotvoet verliest de voet zijn stevigheid. Daardoor kan de vorm van de voet veranderen.

Slechtere wondgenezing door verminderde bloedcirculatie

Een gevolg van diabetes is dat slagaders vernauwen. Daardoor kan het bloed minder goed door de voeten en onderbenen worden gepompt. Het bloed vervoert zuurstof en voedingsstoffen naar de huid. Als het bloed niet goed genoeg wordt rondgepompt krijgt de huid te weinig zuurstof en voedingsstoffen. Daardoor kunnen wonden en beschadigingen slecht genezen en kan de huid afsterven.

Een diabetische voet raakt eerder beschadigd. Kleine beschadigingen kunnen wonden worden. Doordat wonden vaak minder goed genezen is het risico groter dat ze gaan ontsteken. Bij diabetes kunnen ontstekingen aan de voet zich verspreiden zonder dat u het merkt. Daarbij hoeft de voet niet eens altijd rood te worden. Soms denken patiënten dat ze griep hebben, terwijl de voet ernstig ontstoken is.

De ontsteking kan in de diepte ontstaan, soms zelfs tot aan het bot. Bij een diepe ontsteking is er vaak een operatie nodig. Daarbij wordt soms gedurende lange tijd antibiotica gegeven. Het is mogelijk dat u zelfs een deel van de voet verliest. Daarom is het belangrijk dat u bij een wond of dreigende wond altijd naar uw behandelaar gaat.

2. Behandeling door het Diabetische Voetenteam

Hieronder volgt een beschrijving van de wondbehandeling door het Diabetische Voetenteam.

Doel behandeling door het Diabetische Voetenteam

Het doel van de behandeling is om ervoor te zorgen dat u zo goed mogelijk kunt blijven lopen en zo min mogelijk hulp van anderen nodig heeft. Uw ziekte en de problemen die zich daarbij voordoen zorgen voor een lang behandeltraject, met veel afspraken bij behandelaars. Wij weten dat er hierbij veel van u wordt gevraagd. Als Diabetisch Voetenteam doen wij ons best voor u. Echter, uw eigen inspanning is hard nodig om samen met ons voor kleine overwinningen in de behandeling te zorgen.

Aan het begin van uw behandeltraject heeft u een toestemmingsformulier (informed consent) voor uw behandeling ondertekend. U bent geïnformeerd over verschillende kanten van de behandeling en u heeft het Diabetische Voetenteam toestemming gegeven om u te behandelen. Daarom rekenen wij op uw medewerking, die nodig is om de behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen.

Wondbehandeling

Wanneer u een wond aan uw voet heeft dan wordt deze behandeld met verbandmateriaal. Soms wordt daarbij ook gips of een verbandschoen gebruikt. Als u een Charcotvoet heeft dan is het nodig dat uw onderbeen meerdere maanden in het gips gezet wordt. Bij de behandeling van uw wonden krijgt u hierover uitgebreid uitleg.

Spreekuur

Het spreekuur van het Diabetische Voetenteam vindt twee keer per week plaats. Eén keer per week is er een team aanwezig dat vooral wonden verzorgt en gipswissels doet. Op het andere spreekuur is het volledige Diabetische Voetenteam aanwezig, dat bestaat uit de volgende specialisten:

Orthopeed	Medisch specialist op het gebied van botten, pezen en spieren.
Gipsverbandmeester	Legt gipsverbanden aan.
Verpleegkundig specialist	Behandelt patiënten met een diabetische voet.
Verpleegkundige met de aantekening Medisch pedicure	Doet wondzorg en kan bij nagelproblemen oplossingen en advies geven.
Orthopedisch schoenmaker	Maakt aangepaste schoenen.

Eén keer per maand vindt er een gezamenlijk spreekuur plaats. Dat betekent dat er bij het spreekuur ook specialisten aanwezig zijn van andere afdelingen dan Orthopedie. Deze specialisten zijn:

Vaatchirurg	Verantwoordelijk voor de behandeling van de bloedvaten.
Internist	Betrokken bij uw diabetesregulatie.
Revalidatiearts	Verantwoordelijk voor het zo zelfstandig mogelijk laten functioneren van patiënten.

Als het nodig is zijn dan ook aanwezig:

Dermatoloog	Verantwoordelijk voor de behandeling van de huid.
Plastisch chirurg	Kan ingezet worden bij oplossingen op het gebied van de wondsluiting.

Als u voor het eerst op het spreekuur komt wordt er meestal een röntgenfoto van uw voeten gemaakt. Daarop is te zien of er sprake is van breuken of ontwrichtingen, of botinfecties.

3. Wat u zelf kunt doen

Het lastige van een diabetische voet is dat u het niet merkt als er iets met uw voeten aan de hand is. Door de neuropathie voelt u geen pijn. Uw voeten kunnen beschadigd raken zonder dat u daar last van heeft. Hierdoor kan het zijn dat u wonden of dreigende wonden oploopt zonder dat u dat merkt. Ook kunnen er bij het lopen op blote voeten scherpe voorwerpen in uw voeten dringen zonder dat u het merkt, dit kan grote gevolgen hebben en zelfs in sommige gevallen leiden tot een amputatie.

3.1 Controle

Zelf controleren

Het is belangrijk om uw voeten twee keer per dag zelf of door een familielid, vriend of huisgenoot te (laten) controleren en te verzorgen. U loopt dan minder risico op het ontstaan van wonden en de gevolgen daarvan. Ga bij het controleren van uw voeten op zoek naar roodheid van de huid, wondjes, blaren, ontstoken nagels, benige uitsteeksels en veranderingen in de vorm van uw voeten. Ziet u een drukplek of wondje dan is het belangrijk dat u direct een afspraak maakt met het Diabetische Voetenteam.

De onderkant van uw voeten kunt u eenvoudig bekijken met een spiegel. Zet de spiegel bijvoorbeeld schuin tegen de muur op de grond. Ga op een stoel voor de spiegel zitten en bekijk zo de onderkant van uw voeten. Bij slechter werkende ogen is het handig om een vergrootglas te gebruiken. Ook kunnen de huisarts en de pedicure u helpen bij het controleren van uw voeten.

Waarop letten

Als uw voet dikker, warmer of roder is dan normaal is het belangrijk dat u direct contact opneemt met het Diabetische Voetenteam, ook als u geen pijn heeft. Uw voet kan dan namelijk ontstoken zijn en dit kan ingrijpende gevolgen hebben voor uw mobiliteit en de toekomst van de voet.

Als u een onverklaarbare temperatuurstijging of een lichaamstemperatuur van 38 graden of hoger heeft, samen met open wonden of blaren aan uw voet, kan de voet ontstoken zijn. Als u twijfelt over mogelijke problemen, maak dan dezelfde dag nog een afspraak bij het Diabetische Voetenteam of uw huisarts.

Likdoorns

Likdoorns zijn harde stukken eelt, die vooral in de buurt van de tenen voorkomen. Likdoorns ontstaan bijna altijd door teveel druk op uw huid. Als u last heeft van een likdoorn betekent dit dat uw schoenen te krap zijn. Het Diabetische Voetenteam kan u advies geven bij de aanschaf van nieuwe schoenen. Soms zijn op maat gemaakte orthopedische schoenen nodig. Daarbij kan een orthopedisch schoenmaker helpen. De orthopedisch schoenmaker is onderdeel van het Diabetische Voetenteam.

3.2 Verzorging

Wassen

Was dagelijks uw voeten met een washandje met zachte zeep, bijvoorbeeld baby lotion. Gebruik geen agressieve zeepsoorten, omdat die ervoor zorgen dat de vaak al droge huid nog verder uitdroogt en uiteindelijk klooft en inscheurt. Gebruik lauw water. Geen warm of heet water, omdat u door de neuropathie niet voelt of het water te warm is. Daardoor kunnen brandblaren ontstaan. Droog uw voeten zachtjes maar grondig rondom en tussen de tenen.

Gebruik een hydraterende lotion voor de droge huid. Er zijn speciale verzorgingsmiddelen voor een diabetische voet. Uw pedicure kan u hierin adviseren. Door uw voeten op deze manier te verzorgen blijft de huid zacht en soepel. Daardoor is uw huid minder kwetsbaar.

Eelt of huidkloven behandelen

Door de verminderde bloedcirculatie wordt de huid vaak droger en ontstaan er vaker eelt en huidkloven. Eelt kan problemen veroorzaken als de eeltlaag te dik of te droog wordt. Er kunnen kloven ontstaan die scheurwondjes veroorzaken in de diepte. Bij een dikkere eeltlaag is er minder ruimte in de schoenen. Doordat de huid minder soepel is kan de druk op de voeten minder goed worden opgevangen. De eeltlaag kan zo hard en stug worden dat daaronder een bloedblaar ontstaat. Een bloedblaar kan een diepe ontsteking of infectie veroorzaken. Een pedicure met diabetische voetaantekening kan u helpen om problemen met de huid en nagels te beperken.

Nagels knippen

Als u goed kunt zien en gemakkelijk bij uw nagels kunt, knip ze dan recht af met een nagelknipper. Rond de hoeken nooit af. Het kan veiliger zijn om uw nagels te vijlen met een metalen nagelvijs. Als het te moeilijk is om uw nagels te knippen of u zich hier onzeker over voelt, kunt u uw nagels laten verzorgen door een pedicure met diabetische voetaantekening. Adressen van pedicures kunt u krijgen bij het Diabetische Voetenteam. Vaak worden pedicures (gedeeltelijk) vergoed door uw zorgverzekeraar.

4. Schoenen

Het is belangrijk dat u nooit op blote voeten loopt. Door het verminderde gevoel in uw voeten is het risico groot dat uw voeten beschadigd raken zonder dat u het merkt. Hieronder staat informatie over schoenen nakijken, schoenen kiezen, sokken, sandalen en steunzolen.

Schoenen nakijken

Het is belangrijk dat u altijd uw schoenen nakijkt voordat u ze aantrekt. Controleer de binnenkant van uw schoenen op losse voorwerpen, bolletjes stof of haren (vooral als u een huisdier heeft). Hou de schoenen op de kop. Kijk of de schoenen in goede staat verkeren, en of ze geen losse naden of kapotte delen hebben.

Bij nieuwe schoenen is het belangrijk dat u de schoenen geleidelijk inloopt. Draag nieuwe schoenen de eerste dagen één a twee uur per dag en controleer uw voeten daarna op eventuele roodheid, verkleuring of drukplekken. Als u een van deze verschijnselen ziet, trek de schoenen dan niet meer aan en overleg eerst met de orthopedisch schoenmaker of het Diabetische Voetenteam. Een week nadat u nieuwe schoenen heeft gekregen wordt er op de polikliniek meestal gekeken of de schoenen het bedoelde resultaat hebben. Soms doet de schoenmaker op de polikliniek kleine aanpassingen aan de schoenen.

Schoenen kiezen

Kies schoenen die goed passen. Als u schoenen draagt die niet goed passen kunnen er in minder dan een uur tijd blaren of wonden ontstaan. Eerst zorgen die voor kleine problemen, maar die kunnen steeds ernstiger worden. De voeten kunnen zelfs blijvend beschadigen. Soms kunnen er ook blaren of wonden ontstaan door een verandering van de vorm van de voeten.

Goed passende schoenen kunnen helpen om beschadigingen aan de voeten te voorkomen. Goede schoenen, zijn schoenen die:

- Veel ruimte geven rondom de tenen
- Netjes aansluiten op de wreef en de hiel
- Aan de binnenkant zacht beklede zolen hebben
- Een bovengedeelte hebben dat is gemaakt van zacht, ademend materiaal, bijvoorbeeld van leer

Instappers zijn meestal niet geschikt en plastic schoenen worden sterk afgeraden. De orthopedisch chirurg of verpleegkundig specialist kan een verwijzing schrijven voor orthopedische schoenen.

Als u neuropathie heeft krijgt u advies van het Diabetische Voetenteam over de schoenen die u kunt dragen. Welke schoenen worden geadviseerd hangt af van de vorm en de soepelheid van de voeten. Als de voeten van vorm veranderen en stugger worden zal er meestal van standaard schoenen op orthopedische schoenen worden overgestapt. In de periode tussen de standaard schoenen en de orthopedische schoenen in is het soms al genoeg om een aangepaste inlegzool te gebruiken.

Sokken, sandalen en steunzolen

Katoenen of dunne wollen sokken beschermen de voeten het best tegen druk. Vermijd sokken die van kunstmatig materiaal zijn gemaakt. Draag geen sokken met gaten, plooiën of oneffenheden, zoals sokken met dikke naden. Draag geen sokken met een strakke elastische boord, omdat deze de bloedcirculatie kunnen afklemmen.

Sandalen kunnen ervoor zorgen dat er meer druk tussen de tenen komt. Door het loszitten van sandalen is het risico groter dat uw voeten gaan glijden. Als uw voeten gaan glijden kan dat blaren en beschadigingen veroorzaken. Laat daarom uw sandalen beoordelen door het Diabetische Voetenteam.

Het is geen goed idee om zelf inlegzolen uit te proberen. Doordat u minder gevoel in uw voeten heeft merkt u het niet als inlegzolen niet goed passen en kan de huid beschadigen.

5. Hulp van anderen

De behandeling van een diabetische voet is een langdurig traject. Veel mensen hebben behoefte aan hulp of ondersteuning. Deze kan worden geboden door middel van lotgenotencontact, psychologische hulp, maatschappelijk werk en thuiszorg.

Lotgenotencontact

Het kan prettig zijn om in contact te komen met lotgenoten, om te praten over hoe zij omgaan met het hebben van een diabetische voet. Dat kan via Diabetesvereniging Nederland (DVN), een patiëntenvereniging voor mensen met diabetes. De vereniging biedt informatie, cursussen en andere bijeenkomsten.

Diabetesvereniging Nederland

Telefoonnummer (033) 462 20 55

Ook de Nederlandse Diabetesfederatie (NDF) organiseert een lotgenotencursus voor mensen met diabetes.

Nederlandse Diabetesfederatie

Telefoonnummer (033) 448 08 45

Thuiszorg

Een diabetische voet kan het moeilijker maken om alledaagse handelingen uit te voeren. Thuiszorg kan u helpen hiermee om te gaan en oplossingen te zoeken. Thuiszorgorganisaties bieden verpleging en verzorging aan huis. Medewerkers helpen u bijvoorbeeld met wassen, aan- en uitkleden en het klaarzetten en toedienen van medicijnen. Ook kunnen zij insuline spuiten en wonden verzorgen. Een vertegenwoordiger van de thuiszorgorganisatie kan u thuis bezoeken om te bespreken welke hulp er nodig is en geboden kan worden. Het Diabetische Voetenteam kan u adressen geven van thuiszorgorganisaties.

Maatschappelijk werk

Op lichamelijk en emotioneel gebied komt er veel op u af. Een maatschappelijk werker kan helpen bij het leren omgaan met een diabetische voet en het accepteren daarvan. Maatschappelijk werkers kunnen algemene steun of advies bieden, helpen bij het nemen van beslissingen en u leren omgaan met uw problemen. Gesprekken met maatschappelijk werkers vinden plaats op de afdeling Orthopedie of in een gesprekskamer op de polikliniek. Er zijn geen kosten aan verbonden. Via de telefooncentrale van het UMCG kunt u worden doorverbonden met een maatschappelijk werker van de afdeling Orthopedie.

Telefooncentrale UMCG

Telefoonnummer (050) 361 61 61

Psychologische hulp

Een diabetische voet heeft niet alleen lichamelijke, maar ook emotionele gevolgen. Het kan erg belastend zijn om erachter te komen dat u een diabetische voet heeft en het heeft een grote impact op uw dagelijks leven. Uw relatie of werk kan onder druk komen te staan. Ook kunt u last hebben van somberheid, angsten of andere emotionele problemen. Het kan dan helpen om een gesprek te voeren met een medisch psycholoog. Een medisch psycholoog luistert en kan adviezen geven. U kunt het Diabetische Voetenteam vragen om een afspraak bij een medisch psycholoog.

