

# Fontys Paramedische Hogeschool

## Opleiding Podotherapie

### **Acceptatie richtlijn Diabetische voet;**

Het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn onder podotherapeuten met betrekking tot preventie.

**Auteur:** Lenny Vervoordeldonk

Begeleiders: Joke Manders (& Janna Bruijning)

Publicatie datum: Oktober 2013

**Titel:**

Acceptatie richtlijn diabetische voet

**Ondertitel:**

Het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn onder podotherapeuten m.b.t. preventie.

**Auteur:**

Lenny Vervoordeldonk  
l.vervoordeldonk@student.fontys.nl

**Plaats van publicatie:**

Asten

**Jaar van publicatie:**

2013

## Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek “Acceptatie richtlijn diabetische voet”. Als afstudeeropdracht heb ik dit onderzoek uitgevoerd. De opdrachtgever van dit onderzoek is het Lectoraat Health Innovations and Technology.

Als student Podotherapie aan de Fontys hogeschool te Eindhoven heb ik veel plezier beleefd om de opgedane kennis en informatie uit de interviews te verwerken in dit onderzoek artikel.

Zonder de hulp van de deelnemende podotherapeuten zou het niet gelukt zijn, daarom wil ik graag alle deelnemende podotherapeuten bedanken.

Graag wil ik Joke Manders in het bijzonder bedanken voor de begeleiding en feedback. Daarnaast wil ik ook Janna Bruijning bedanken voor de begeleiding. Ook de overige betrokken docenten wil ik bedanken voor de colleges, werkgroepen, begeleiding en kritische blikken op mijn teksten.

Tot slot wil ik u veel plezier wensen met het lezen van dit onderzoek.

Lenny Vervoordeldonk

## Samenvatting

In 2006 heeft de Nederlandse Diabetes Federatie de richtlijn “Diabetische voet” opgezet, zodat er een hanteerbare leidraad rondom de diabetische voet is. Aangezien de diabetische voet veel problemen met zich meebrengt, is preventie van groot belang. Deze richtlijn is al enige jaren in gebruik, maar het is onbekend in hoeverre podotherapeuten op de hoogte zijn van de inhoud van deze richtlijn. Er kunnen verschillende factoren spelen waardoor de naleving wordt beïnvloed. In dit onderzoek worden de factoren in kaart gebracht die van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” onder podotherapeuten, met betrekking tot preventie.

Om de spelende factoren te achterhalen zijn er negen semi- gestructureerde interviews afgenomen bij podotherapeuten. De betekenisvolle citaten uit de interviews zijn samengebracht tot thema's. Deze thema's vormen de factoren die spelen rondom de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet”.

De mate van overeenkomst tussen de benoemde preventie van de podotherapeuten, en de beschreven preventie uit de richtlijn komen sterk overeen. Uit de interviews zijn drie factoren gekomen: de richtlijn is destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd, de richtlijn is verouderd en de specialisaties zorgverleners.

Het is van belang dat richtlijnen na het ontstaan goed verspreid en geïmplementeerd worden, zodat de naleving positief beïnvloed kan worden. Daarnaast is het belangrijk dat richtlijnen up to date blijven, zodat de inhoud niet verouderd raakt. Door de opkomst van verschillende specialisaties, wordt de verspreiding van diabetes patiënten beïnvloed. Niet iedere podotherapeut ziet (veel) diabetes patiënten, waardoor ze niet of minder met richtlijnen rondom de diabetische voet gaan werken.

Aanbeveling om de richtlijn “Diabetische voet” te laten varen. Een herziening zou mogelijk niet gebruikt worden omdat podotherapeuten nu werken met de zorgmodule “Preventie diabetische voet”.

## Abstract

The Dutch Diabetic Federation has published the guideline “Diabetic Foot” in 2006, with the goal to create a workable manual around the diabetic foot. Prevention is very important, as the diabetic foot brings many implications. The guideline “Diabetic foot” has been used for several years, but it is unknown to what extent podiatrists are aware of the content of this guideline. There are several factors which influence podiatrists in using the guideline or not. This study describe the factors that affect the awareness of the guideline “Diabetic Foot” by podiatrists, regarding prevention.

To determine these factors, nine semi-structured interviews were conducted. The most meaningful quotes from these interviews were grouped into themes. These themes together form the factors that influence the awareness of the guideline “Diabetic Foot”.

The agreement between podiatrists regarding the prevention with the prevention as described in the guideline is very high. From the interviews, three factors appeared important of why they were unknown to the content of the guideline: The guideline was not properly distributed and implemented, it is outdated, and the healthcare is nowadays more divided into specialties.

It appeared important that the guidelines, after publishing, should be well distributed and implemented. Next to this, it is of importance that the guidelines stay up to date, so that the content will not get outdated. At last, the emergence of new different specializations within the health care are affecting the distribution of diabetic patients in podiatrists. Not every podiatrist sees a lot of diabetic patients, which is why they use the guidelines not or a lot less.

Recommendation is to let the guideline “Diabetic foot” go. A review may not be used because podiatrists are now working with the care module “Prevention diabetic foot ulcers”

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<b>2. Methode</b> .....	<b>11</b>
2.1 Opzet van het onderzoek.....	11
2.2 Onderzoekspopulatie.....	12
2.3 Ethische aspecten.....	12
2.4 Dataverzameling middels interview.....	12
2.5 Data- analyse.....	13
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>14</b>
3.1 Onderzoekspopulatie.....	14
3.2 Bekendheid met de inhoud van de richtlijn .....	14
3.3 Waargenomen factoren.....	16
3.3.1 Richtlijn destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd.....	17
3.3.2 Richtlijn verouderd.....	18
3.3.3 Specialisatie zorgverleners .....	19
<b>4. Discussie</b> .....	<b>20</b>
4.1 Conclusie.....	23
4.2 Aanbevelingen.....	24
<b>5. Literatuurlijst</b> .....	<b>25</b>
<b>Bijlagen</b> .....	<b>27</b>
<b>Bijlage I Interview schema</b> .....	<b>28</b>
Topic lijst .....	28
Interviewschema .....	28
<b>Bijlage II Informatiebrief</b> .....	<b>31</b>
Wat is het doel van het onderzoek? .....	31

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd? .....	31
Wat vraag ik van u?.....	32
Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?.....	32
Wilt u verder nog iets weten? .....	32
<b>Bijlage III Toestemmingsformulier .....</b>	<b>33</b>
Verklaring deelnemer .....	33
Verklaring onderzoeker.....	33
<b>Bijlage IV Betekenisvolle citaten met bijbehorende codes .....</b>	<b>34</b>
Factor 1: Richtlijn destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd.....	34
Factor 2: Richtlijn verouderd .....	37
Factor 3: Specialisaties zorgverleners .....	39
<b>Bijlage V B4 Beoordelingsformulier projectplan Janna Bruijning .....</b>	<b>40</b>
<b>Bijlage VI B4 Beoordelingsformulier projectplan Elleke Huijbrechts .....</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage VII B8 Geheimhoudingsverklaring.....</b>	<b>44</b>

## 1. Inleiding

Diabetes mellitus is een wereldwijd probleem. Alleen in Nederland zijn er al ruim één miljoen diabetes patiënten<sup>1</sup>. Diabetes is uitgegroeid tot een volksziekte<sup>2</sup>. Diabetes brengt veel complicaties met zich mee, de ernstigste en meest kostbare complicatie van diabetes zijn de voetcomplicaties<sup>3, 4, 5</sup>. Om deze complicaties tegen te gaan is het van belang dat diabetes en de bijbehorende complicaties worden bestreden<sup>6, 7</sup>. Van alle diabetes patiënten in Nederland krijgt 25% te maken met de diabetische voet, 15% hiervan krijgt een diabetische voetulcus en 4% van alle gevallen leidt tot een amputatie<sup>8, 9</sup>. Bij diabetici zijn dan ook de meeste ziekenhuisopnames afkomstig van de diabetische voet<sup>4, 10, 11</sup>.

De kosten van de behandeling van een diabetische voetulcus zijn hoog. In Nederland bedraagt de diabetes zorg 2,5% van de gehele medische kosten<sup>7</sup>. Daling van het aantal nieuwe voetulcera kan gerealiseerd worden door regelmatige podotherapeutische zorg, dit geldt voor diabetes patiënten met een hoog risico op het ontstaan van voetulcera<sup>9</sup>. De podotherapeutische zorg bestaat uit een introducerend vraaggesprek, onderzoek naar voetafwijkingen, onderzoek naar risicofactoren en een afsluitend gesprek waarin de patiënt wordt ingelicht over de gevonden afwijkingen en risicofactoren. Tevens heeft de podotherapeut de taak om de diabetes patiënten te motiveren om zelf de voeten regelmatig te controleren. De podotherapeut leert de patiënten de vaardigheden en brengt de benodigde kennis over, zodat de patiënten in staat zijn om de dagelijkse voetcontrole uit te voeren<sup>10</sup>. Goede voorlichting en educatie aan diabetes patiënten kunnen er voor zorgen dat het aantal voetproblemen afneemt<sup>9, 13, 14</sup>. Echter gaat nagenoeg de helft van de diabetes patiënten niet regelmatig op controle voor voetafwijkingen<sup>10</sup>.

De podotherapeut speelt een belangrijke rol rondom preventie van de diabetische voet. De podotherapeut is de aangewezen behandelaar bij voetafwijkingen, voet problematiek en voet ulcera. De podotherapeut heeft een HBO- opleiding geregistreerde titelbescherming. Hiermee onderscheidt de podotherapeut zich met andere beroepen rondom de voetzorg<sup>5</sup>. Diabetes patiënten dienen één tot twaalf maal per jaar op controle te gaan, om de voeten op eventuele afwijkingen te beoordelen<sup>15</sup>. Bij aanwijzingen voor een verhoogd risico stelt de podotherapeut een behandelplan op. De patiënten worden daarbij veelvuldig gezien en behandeld door de podotherapeut<sup>15</sup>. De start voor goede preventie tegen diabetische voetulcera begint dus vaak bij de podotherapeut.

Om een nieuwe visie op de diabeteszorg te ontwikkelen, is in 1995 de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) opgericht<sup>16</sup>. Deze federatie heeft drie beleidslijnen: preventie van diabetes, optimale zorg voor diabetici en (actuele) kennis beschikbaar en toepasbaar maken<sup>16</sup>. De Nederlandse Diabetes Federatie noemt zichzelf *“de koepel die mensen met diabetes, zorgverleners en onderzoekers verenigt”*<sup>16</sup>. Voor het programma “Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling” van de Orde van Medisch Specialisten, is de richtlijn “Diabetische voet” ontwikkeld, op initiatief van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) en de Nederlandse Diabetes



Federatie (NDF)<sup>9, 16</sup>. De richtlijn “Diabetische voet” die in 2006 is ontwikkeld is een herziening van de richtlijn “Diabetische voet” uit 1998<sup>9</sup>.

Het doel van de ontwikkelde richtlijn is een hanteerbare leidraad te geven rondom de diabetische voetulcus<sup>9</sup>. Een leidraad met uitvoerbare adviezen voor preventie, opsporing en behandeling van de diabetische voetulcus<sup>9</sup>. De doelgroep van de richtlijn zijn alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van diabetespatiënten.

Naast de richtlijn “Diabetische voet” is er door de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten en Pro voet in 2011 de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” opgesteld. De zorgmodule beschrijft de inrichting van preventie en zorg bij diabetes mellitus<sup>15</sup>. In de zorgmodule wordt er regelmatig verwezen naar de richtlijn “Diabetische voet”. Hierdoor hebben de twee documenten veel met elkaar gemeen. Met betrekking tot preventie van de voetulcus, staan er in de richtlijn “Diabetische voet” vijf hoekstenen in de preventie van een voetulcus. Deze hoekstenen worden ook vermeld in de zorgmodule, ook om deze reden hebben deze twee documenten veel met elkaar gemeen<sup>9, 15</sup>.

De eerste hoeksteen gaat over jaarlijks onderzoek en herkenning van de voet met een verhoogd risico. Hierbij staat vermeld dat alle diabetes patiënten de voeten minimaal één maal per jaar moeten laten onderzoeken door een bevoegde zorgverlener.

De tweede hoeksteen benoemt het gericht (voet)onderzoek bij patiënten met een verhoogd risico. Dit gericht (voet)onderzoek geldt voor patiënten die onder risicogroep 1 of hoger vallen.

De derde hoeksteen beschrijft schoeisel en andere hulpmiddelen bij abnormale belasting van de voet. Deze hoeksteen beschrijft de eisen waaraan een goede schoen moet voldoen. Het schoeisel is een belangrijke factor, omdat deze vaak de directe aanleiding of de aanhoudende factor is voor een ulcus. Vervolgens beschrijft de vierde hoeksteen de follow-up (geregelde nacontrole van de patiënt) en educatie afhankelijk van het risicoprofiel. De controle frequentie, afhankelijk van de Simm's classificatie (de risico groep) plus de methode en inhoud van educatie worden toegelicht.

De vijfde hoeksteen beschrijft, het belang van de regelmatige voet zorg bij een verhoogd risico. De regelmatige controle en de behandeling van eventuele afwijkingen behoren tot de benoemde voetzorg<sup>9</sup>.

Er zijn verschillende factoren waardoor naleving van richtlijnen beïnvloed worden<sup>17, 18, 19, 20</sup>. Enkele van deze factoren zijn: inhoud van de richtlijn, opleiding zorgverlener, ervaring zorgverlener, specialisatie zorgverlener, de mate waarin de zorgverlener betrokken is bij de richtlijn ontwikkeling, professionele verantwoordelijkheid, de mate waarin de richtlijn evidence based is, de manier waarop de richtlijn verspreid en geïmplementeerd is, praktische belemmeringen, financiële belemmeringen en persoonlijke kenmerken van de patiënten<sup>17, 18, 19</sup>. Om tot een beter naleving van richtlijnen te komen, moet er één of meerdere invloed hebbende factoren worden aangepakt<sup>17</sup>. Deze taak ligt bij de richtlijnmakers, de zorgverleners en/of de leidinggevende van instellingen<sup>17</sup>. Naast de taak van deze verschillende partijen, speelt de implementatie ook een belangrijke rol<sup>17, 20</sup>. Bij alleen het verspreiden

van een richtlijn, heeft het een hoge waarschijnlijkheid dat de werkelijke gebruikmaking en aanwenning, gebrekkig zal plaatsvinden<sup>20</sup>. Een implementatieplan is dan ook een vereiste<sup>17, 20</sup>.

In de naleving van de Nederlandse richtlijnen bestaat er een grote diversiteit<sup>17</sup>. Door de diverse meetmethoden naar de naleving van richtlijnen, kan er geen concrete algemene uitspraak worden gedaan<sup>17</sup>. Er is nog te weinig onderzocht of een meer gerichte naleving van richtlijnen, kan leiden tot positieve gevolgen en/of lagere kosten<sup>17, 18</sup>. Ondanks dat de richtlijn “Diabetische voet” al enige jaren in gebruik is, is het nog onbekend in hoeverre podotherapeuten op de hoogte zijn van de inhoud van deze richtlijn. Het is van belang meer onderzoek te doen, naar de factoren die van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” omtrent preventie onder podotherapeuten. Om de naleving van de richtlijn “Diabetische voet” te verbeteren, dienen eerst de invloed hebbende factoren aangepakt te worden. Een betere bekendheid met de inhoud van de richtlijn met betrekking tot preventie, kan mogelijk het niveau van handelen rondom preventie verhogen. Deze “verbeterde” preventie kan mogelijk leiden tot een verlaging van het aantal voetulcera en amputaties. Uit de verlaging van het aantal voetulcera en amputaties volgt dat ook de kosten rondom deze voet zorg verminderen.

Uit het bovenstaande volgt de hoofdvraag: Welke factoren zijn van invloed op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” onder podotherapeuten, met betrekking tot preventie van de diabetische voet?

## 2. Methode

### 2.1 Opzet van het onderzoek

Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Door middel van semi- gestructureerde interviews is informatie verworven over welke factoren er van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” onder podotherapeuten.

Dit onderzoek is gericht op, de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” met betrekking tot preventie. In de richtlijn “Diabetische voet” staan vijf hoekstenen van preventie beschreven. Om inzicht te krijgen over hoe en of de deelnemende podotherapeuten op de hoogte zijn van de beschreven preventie in de richtlijn, zijn de vijf hoekstenen van preventie benoemd tot onderwerpen voor de topic lijst (tabel 1). De deelnemers is gevraagd om de hoekstenen van preventie stap voor stap toe te lichten. De overeenkomst tussen de door de deelnemer benoemde preventie en de beschreven preventie uit de richtlijn werd met sterke, redelijke, matige of geen overeenkomst beoordeeld. Een sterke overeenkomst duidt niet aan dat de desbetreffende deelnemer, de informatie omtrent preventie uit de richtlijn “Diabetische voet” kent. Het geeft aan dat de deelnemer op de hoogte is van deze informatie. Tevens werd geïnformeerd of dat de deelnemers de hoekstenen belangrijk vinden. Daarnaast zijn topics opgesteld om inzicht te krijgen in de bekendheid met de richtlijn “Diabetische voet” en de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera”. Met deze topics werd onderzocht of en waarvan ze de richtlijn en/of zorgmodule kennen. De mening over de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” werd verkregen met de laatste topic. Hierbij werd er geïnformeerd naar de mening over de vijf hoekstenen van preventie, de mening over de naleving van de richtlijn en of er onderdelen missen in de richtlijn.

**Tabel 1 Topic lijst.**

Topic lijst	
1.	Bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” (2006) m.b.t. preventie.
2.	Bekendheid met de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” (2011) m.b.t. preventie.
3.	Jaarlijks onderzoek en herkenning van de voet met een verhoogd risico.
4.	Gericht (voet)onderzoek bij patiënten met een verhoogd risico.
5.	Schoeisel en andere hulpmiddelen bij abnormale belasting van de voet.
6.	Follow-up en educatie afhankelijk van het risicoprofiel.
7.	Regelmatige voet zorg bij verhoogd risico.
8.	Mening over de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet”.

Om extra inzichten en/of factoren te verkrijgen werd er doorgevraagd, vragen zoals, *hoe denkt u hierover? Hoe en waarom handelt u zo? Wat vindt u daarvan? Hoe bent u daar bekend mee?* werden gesteld. Alle topics zijn in het interview naar voren te gekomen.

## 2.2 Onderzoekspopulatie

Om podotherapeuten met verschillende kenmerken (leeftijd, aantal jaren werkervaring, specialisatie enzovoort) te verkrijgen, werden de deelnemers geselecteerd via een doelgerichte steekproeftrekking. Hiervoor is gekozen omdat de podotherapeuten in Nederland erg divers zijn (verschillende opleidingen, specialisaties en werkmethode). Met een onderzoekspopulatie die ook divers is, zouden verschillende visies en meningen naar voren kunnen komen tijdens het onderzoek.

Op de website van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten werd gezocht naar twintig podotherapeutische praktijken. Dit werd gedaan door te zoeken op verschillende plaatsen en postcodes. Hierbij werd gezocht naar podotherapeuten en diabetes- en/of sport podotherapeuten door heel Nederland. Voor het selecteren van de deelnemers golden er enkele in- en exclusiecriteria. De podotherapeuten dienden te zijn afgestudeerd aan de HBO opleiding podotherapie te Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven of Saxion Hogeschool te Enschede en minimaal één dag per week werkzaam zijn als podotherapeut in Nederland. Het niet spreken van de Nederlandse taal gold als exclusiecriteria. Het was geen vereiste dat de deelnemende podotherapeuten op de hoogte waren met het bestaan van de richtlijn "Diabetische voet".

De gevonden praktijken werden telefonisch geïnformeerd over het doel van het onderzoek. Tevens werd via de mail een informatiebrief (bijlage II) en toestemmingsformulier (bijlage III) toegestuurd. Bij eventuele medewerking werd telefonisch of per mail contact opgenomen voor het inplannen van het interview.

## 2.3 Ethische aspecten

In de informatiebrief en toestemmingsformulier zijn de deelnemers geïnformeerd over het onderzoek. Dit is ook per mail en/of telefoon toegelicht. Om deel te nemen aan het onderzoek waren de deelnemers verplicht het toestemmingsformulier te ondertekenen.

De gegevens van de deelnemers zijn anoniem verwerkt en de interviews zijn anoniem geanalyseerd. Alle gegevens van de deelnemers en het interview zijn vernietigd, nadat het gehele onderzoek werd afgesloten. De voice- opnames zijn vernietigd nadat het transcript was uitgewerkt.

## 2.4 Dataverzameling middels interview

De semi- gestructureerde interviews zijn afgenomen op locatie naar keuze van de deelnemer of telefonisch. De onderzoeker leidde het interview, aan de hand van de topic lijst. De topic lijst was de leidraad voor het opstellen van het interviewschema (bijlage I).

Voorafgaand aan het interview zijn de persoonlijke kenmerken van de deelnemers verzameld (aantal jaren werkervaring, gestudeerd aan Fontys of Saxion en eventuele specialisatie). Na de algemene informatie startte het interview met de vraag: *"Bent u bekend met het bestaan van de richtlijn*

*“Diabetische voet” die in 2006 is ontstaan?*”. Hierna volgde een aantal open vragen zodat de deelnemende podotherapeut een ruime antwoordvrijheid had. Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek zijn de interviews opgenomen via een voice- recorder. Het opgenomen interview werd na afloop van het interview letterlijk uitgetypt. Het uitgetypte transcript werd naar de desbetreffende deelnemer verstuurd, om een member check uit te voeren. Op deze manier heeft de deelnemer kunnen beoordelen of de interpretatie van de onderzoeker herkenbaar en correct was. Tevens zijn tijdens het interview aantekeningen gemaakt door de onderzoeker, dit om non- verbale communicatie mee te nemen in de uitwerking van het interview. Na elke uitwerking werd gekeken of er nieuwe inzichten aan bod kwamen. Deze nieuwe inzichten zijn meegenomen naar de volgende interviews. Er werden interviews afgenomen zolang nieuwe inzichten naar boven kwamen. De onderzoeker heeft bij onduidelijkheden toelichting aan de deelnemende podotherapeut gevraagd, zodat misverstanden over de interpretatie werden voorkomen. Wanneer er naar mening van de onderzoeker nog informatie ontbrak is er doorgevraagd.

## 2.5 Data- analyse

Na het afnemen van de interviews werd er gestart met het open coderen: De transcripten van het interview, met de eventuele aanpassingen na de member check, zijn nauwkeurig nagekeken door de onderzoeker op betekenisvolle fragmenten en/of citaten. Deze betekenisvolle fragmenten en/of citaten zijn voorzien van een code.

Vervolgens het axiaal coderen: Na het coderen van de betekenis volle fragmenten en/of citaten zijn de overeenkomende codes samengevoegd tot een thema. De thema’s die voortgekomen zijn uit de codering, vormen de factoren die spelen rondom de bekendheid met de inhoud van de richtlijn *“Diabetische voet”*.

Er is geen peerreview uitgevoerd in dit onderzoek.

### 3. Resultaten

#### 3.1 Onderzoekspopulatie

De persoonlijke kenmerken van de negen deelnemers zijn weergegeven in tabel 2. Van de deelnemende podotherapeuten was één deelnemer afgestudeerd aan de Saxion Hogeschool te Enschede. De overige acht deelnemende podotherapeuten zijn afgestudeerd aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven. Wat betreft de specialisatie zijn er twee podotherapeuten met specialisatie in diabetes, twee podotherapeuten met sport specialisatie, één podotherapeut die ook de opleiding fysiotherapie heeft gevolgd en vier podotherapeuten zonder specialisatie. Alle deelnemende podotherapeuten staan ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).

Tabel 2 Persoonlijke kenmerken deelnemers

Podotherapeut	Aantal jaren werkervaring als podotherapeut	Gestudeerd aan Fontys of Saxion	Eventuele specialisatie
1	21 jaar	Fontys	Geen
2	7 jaar	Fontys	Sport
3	15 jaar	Fontys	Diabetes
4	6 jaar	Fontys	Fysiotherapeut
5	13 jaar	Fontys	Sport
6	8 maanden	Fontys	Geen
7	10 jaar	Fontys	Geen
8	6 jaar	Saxion	Diabetes
9	25 jaar	Fontys	Geen

#### 3.2 Bekendheid met de inhoud van de richtlijn

De beoordeling van de overeenkomst tussen de beschreven preventie in de richtlijn, en de benoemde preventie van de deelnemende podotherapeuten staan weergegeven in tabel 3. De overeenkomst werd beoordeeld met sterke, redelijke, matige of geen overeenkomst.

Tabel 3 Mate van overeenkomst tussen de preventie podotherapeut en de beschreven preventie uit de richtlijn

	Podotherapeut 1	Podotherapeut 2	Podotherapeut 3	Podotherapeut 4	Podotherapeut 5	Podotherapeut 6	Podotherapeut 7	Podotherapeut 8	Podotherapeut 9
Hoeksteen 1	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Hoeksteen 2	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Hoeksteen 3	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Hoeksteen 4	++	++	++	+	++	++	++	++	++
Hoeksteen 5	++	++	++	++	++	++	++	++	++

**Toelichting tabel 3**

- ++ : Sterke overeenkomst
- + : Redelijke overeenkomst
- : Matige overeenkomst
- : Geen overeenkomst

Uit tabel 3 volgt dat er een sterke overeenkomst is tussen de betekenis volgens de deelnemende podotherapeuten en de betekenis zoals beschreven in de richtlijn.

Er is geïnformeerd of de deelnemende podotherapeuten, de vijf hoekstenen in de preventie van een voetulcus belangrijk vinden, zie tabel 4.

**Tabel 4 Mening van de deelnemende podotherapeuten of de vijf hoekstenen belangrijk zijn of niet**

	Podotherapeut 1	Podotherapeut 2	Podotherapeut 3	Podotherapeut 4	Podotherapeut 5	Podotherapeut 6	Podotherapeut 7	Podotherapeut 8	Podotherapeut 9
<b>Hoeksteen 1</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Hoeksteen 2</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Hoeksteen 3</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Hoeksteen 4</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>Hoeksteen 5</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+

**Toelichting tabel 4**  
 + : Belangrijk  
 - : Niet belangrijk  
 / : Geen mening

Uit tabel 4 volgt dat elke deelnemende podotherapeut alle hoekstenen in de preventie van een voetulcus belangrijk vindt.

Daarnaast is geïnformeerd op welke manier de deelnemende podotherapeuten bekend zijn geraakt met de richtlijn “Diabetische voet” en de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” zie tabel 5.

**Tabel 5 Waarvan kennen de deelnemende podotherapeuten de richtlijn en de zorgmodule**

	Podotherapeut 1	Podotherapeut 2	Podotherapeut 3	Podotherapeut 4	Podotherapeut 5	Podotherapeut 6	Podotherapeut 7	Podotherapeut 8	Podotherapeut 9
<b>Richtlijn “Diabetische voet”</b>	Zelf opgezocht	Opleiding podotherapie en NVvP	Opleiding diabetes podotherapie	Geen idee	Geen idee	Opleiding podotherapie	NVvP	Voetenpoli en lezingen diabetische voet	Artikelen, folders en zorgprogramma’s
<b>Zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera”</b>	NVvP	NVvP	NVvP	NVvP	NVvP	Opleiding podotherapie	NVvP	NVvP	NVvP

In tabel 5 wordt aangegeven, door wie de deelnemende podotherapeuten bekend zijn geworden met het bestaan van de richtlijn “Diabetische voet” en de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera”. Hieruit volgt dat er diverse antwoorden (tien verschillende) worden gegeven bij de vraag; *Waarvan kent u de richtlijn “Diabetische voet”*. Op de vraag; *Waarvan kent u de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera”*, worden twee verschillende antwoorden gegeven.

### 3.3 Waargenomen factoren

Uit de geanalyseerde interviews zijn diverse codes gekomen. De overeenkomende codes hebben geleid tot thema's. Deze thema's geven de factoren weer die van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn "Diabetische voet". De volgorde van deze factoren zijn bepaald doormiddel van het aantal citaten, die per factor naar voren zijn gekomen. In onderstaande codebomen staat weergegeven, welke codes hebben geleid tot de drie spelende factoren. Achter de codes staat aangegeven hoe vaak de code is voorgekomen tijdens de data analyse. Dit staat aangegeven met het nummer van de deelnemende podotherapeut, oftewel vanuit wel interview de code afkomstig is. In dit onderzoek zijn geen andere factoren naar voren gekomen.

#### Codeboom factor 1

##### Richtlijn destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd

- Twijfel over kennis inhoud richtlijn (Podotherapeut 1)
- Goede implementatie zorgmodule, slecht bij richtlijn (Podotherapeut 1, 7, 8)
- Richtlijn beknopt (Podotherapeut 1)
- Richtlijn wel leidraad geen verplichting (Podotherapeut 1, 4)
- Slechte implementatie richtlijn (Podotherapeut 2)
- Richtlijn nooit specifiek gelezen (Podotherapeut 2)
- Handigheden ontbreken in richtlijn, zo gebruik je hem niet snel (Podotherapeut 2, 6, 7, 9)
- Niet bekend met inhoud (Podotherapeut 3, 7, 9)
- Geen idee waarvan ik hem ken (Podotherapeut 4, 5)
- Deden er niets mee op school (Podotherapeut 6)
- Richtlijn alleen benoemd in de nieuwsbrief NVvP, verder niet mee gedaan (Podotherapeut 2)
- Richtlijn is overgeslagen, blijven hangen (Podotherapeut 7)
- Richtlijn niet goed uitgedragen door NVvP (Podotherapeut 8)
- Weet weinig van de richtlijn (Podotherapeut 9)

#### Codeboom factor 2

##### Richtlijn verouderd

- Zorgmodule dagelijks gebruik (Podotherapeut 1, 3, 6, 7, 9)
- Zorgmodule beter in de buurt van podotherapeut (Podotherapeut 1)
- Meer bezig met zorgmodule niet met de richtlijn (Podotherapeut 2)
- Sommige punten wel in zorgmodule niet in richtlijn (Podotherapeut 2)
- Richtlijn verouderd, nu spelen er nieuwe ontwikkelingen (Podotherapeut 3)
- Hoor nooit iets over de richtlijn (Podotherapeut 6)
- Richtlijn te oppervlakkig voor werkwijze van tegenwoordig (Podotherapeut 6)
- Voorheen gebruik richtlijn, nu gebruik zorgmodule (Podotherapeut 8)



**Codeboom factor 3****Specialisatie hulpverlener**

- Opleiding sport- podotherapie richtlijn niet aan de orde (Podotherapeut 2)
- Sport podotherapeut niet veel diabetes patiënten (Podotherapeut 2)
- Zoek de specialisaties op (Podotherapeut 3)
- Pas bekend met richtlijn tijdens opleiding diabetes- podotherapie (Podotherapeut 3)
- Nieuwe richtlijn gericht op specialisaties (Podotherapeut 3)
- Diabetes patiënten zien veel verschillende hulpverleners (Podotherapeut 3, 7)

**3.3.1 Richtlijn destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd**

Uit de interviews met de podotherapeuten zijn veertien verschillende codes naar voren gekomen die leiden tot de factor; Richtlijn destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd. De deelnemende podotherapeuten geven aan dat de richtlijn “Diabetische voet” enkel is benoemd is in de nieuwsbrief van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, verder is de richtlijn niet geïmplementeerd. De deelnemende podotherapeuten geven aan dat het implementeren (invoeren en realiseren van de richtlijn) niet goed is verlopen. Deelnemers benoemen dat een overzichtelijk schema of samenvatting met de belangrijkste punten ontbreekt, waardoor hij niet gemakkelijk gebruikt kan worden tijdens een (preventief) voetonderzoek. Voor het goed invoeren van richtlijnen, zou verspreiding van een samenvatting of overzichtelijk schema van de richtlijn “Diabetische voet” helpen, zodat men snel op de hoogte is van de inhoud van de richtlijn. In tegenstelling tot de richtlijn “Diabetische voet” geven de deelnemers aan dat de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” uitgebreid verspreid en geïmplementeerd is. Zie onderstaande citaten en bijlage IV.

Podotherapeut 1:

*“De zorgmodule is volgens mij uitgebreid aan bod gekomen, tijdens een algemene leden vergadering van de NVvP een paar jaar geleden, daarnaast heeft de NVvP alle podotherapeuten een of meerdere zorgmodules toegestuurd. De poster van de zorgmodule heb ik verspreid in mijn gemeente, bij alle praktijk ondersteuners en huisartsen, dit omdat wij hier samen moeten werken volgens die zorgmodule. Dit is zo met die richtlijn uit 2006 niet verlopen.”*

Podotherapeut 7:

*“Nee niet zoals nu de zorgmodule, die is echt helemaal verspreid door de NVvP en gedrukt, ook poster en flyers en de hele rambam erom heen. Maar dat is toen met de richtlijn helemaal niet gedaan, voor zover ik weet echt alleen uit de nieuwsbrief. En meer dus niet eigenlijk. Ik denk dat deze richtlijn een beetje is overgeslagen, hij is destijds gekomen, het is wel geïntroduceerd en daar is het blijven hangen.”*

Podotherapeut 2:

*“Buiten de nieuwsbrief van de NVvP is hij volgens mij niet erg goed verspreid.”*

Podotherapeut 9:

*“Als een tip een samenvatting ofzo... Als je aan mij vraagt waarom ik een richtlijn niet ken, waar zit dat hem in, dan denk ik toch in de hoeveelheid aan tekst. Misschien zou een uittreksel of een samenvatting of een opsomming van een aantal hoofdpunten als bijlage een verbeterpunt zijn. Dan pak je dat er sneller bij.”*

Podotherapeut 2:

*“Probeer er ook een korte samenvatting van te maken. Op zich wat nu is bij de zorgmodule, een kort stuk waar de belangrijkste dingen in benoemd worden, dat mensen dat veel sneller gaan lezen. En als ze er meer over willen weten, dat ze dan veel sneller zo'n richtlijn pakken, dan als je meteen met een hele lap tekst aankomt.”*

### 3.3.2 Richtlijn verouderd

Uit de interviews zijn acht verschillende codes naar voren gekomen die leiden tot de factor: Richtlijn verouderd. Deelnemende podotherapeuten geven aan dat er in de laatste jaren nieuwe ontwikkelingen en specialisaties zijn ontstaan, waarmee tegenwoordig wordt gewerkt. De richtlijn bestaat al enige jaren, waardoor de inhoud van de richtlijn rondom preventie niet meer geheel up-to-date is. De deelnemers gaven aan dat ze tegenwoordig met de zorgmodule “preventie diabetische voetulcera” werken. Deze zorgmodule is in 2011 ontstaan en bevat meer en nieuwe inzichten en ontwikkelingen rondom preventie. Zie onderstaande citaten en bijlage IV.

Podotherapeut 6:

*“De zorgmodule preventie diabetische voetulcera is op het moment erg belangrijk. Hier werken we veel mee, dit omdat deze de zorgprofielen en het stroomdiagram daarin wordt weergegeven. Dit staat niet beschreven in de richtlijn, dus de richtlijn kan nu niet heel goed meer toegepast worden. De richtlijn is dus wat te oppervlakkig voor de werkwijze van tegenwoordig.”*

Podotherapie 3:

*“In 2006 waren er nog geen specialisaties en diabetes podotherapeuten, en er zijn in de afgelopen jaar verschillende nieuwe ontwikkelingen ontstaan, dus ik vind dat er een nieuwe richtlijn moet komen.”*

Podotherapeut 1:

*“De richtlijn is beknopt, er ontbreekt simpelweg informatie. Ik denk dat de zorgmodule beter in de buurt komt van de podotherapeut dan de richtlijn.”*

Podotherapeut 7:

*“De zorgmodule ligt op mijn bureau, die gebruik ik elke dag”*

Podotherapeut 9:

*“Ja, met de zorgmodule daar werk ik mee!”*

### 3.3.3 Specialisatie zorgverleners

Uit de afgenomen interviews zijn zes codes naar voren gekomen die leiden tot de factor: Specialisatie zorgverleners. De deelnemende podotherapeuten benoemen dat de specialisatie van de zorgverlener een rol speelt. In de preventieve onderzoeken rondom de diabetische voet speelt niet alleen de podotherapeut een rol, de rol van praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen en pedicures worden steeds groter. De deelnemers gaven aan, dat door de uitbreiding en specialisaties van de zorgverleners (die werken met de diabetische voet), niet iedere podotherapeut nog diabetespatiënten ziet. Naast de algemene podotherapeut, is de sport- en diabetes- podotherapeut erg in opkomst. Zie onderstaande citaten en bijlage IV.

Podotherapeut 2:

*“Ik heb niet veel risico patiënten, omdat ik sportpodotherapeut ben.”*

Podotherapeut 3:

*“Ja, ik heb gemerkt dat 10-15 jaar geleden, toen het allemaal begon met screenen en onderzoeken van diabetische voeten, dat er een hele grote rol was weggelegd voor de podotherapeut. Inmiddels zijn we zoveel jaren verder dat er zoveel andere beroepsgroepen mee doen zoals pedicures en praktijkondersteuners en huisartsen. Ik vind dat de rode lijn die de podotherapeut heeft uitgezet toentertijd, nu weg is. Ik zou eigenlijk willen dat podotherapeuten weer de centrale rol gaan spelen in het behandelen van de diabetische voet.”*

Podotherapeut 7:

*“Een diabetes patiënt komt tegenwoordig in een molen terecht, die gaat naar de oogarts, nieren laten testen, naar de podo, naar de pedicure, naar de praktijkondersteuner. Er wordt wel een stempel op je gedrukt, maar je komt wel in een groep met specialisten terecht, samen maken ze dat het risico verminderd wordt. Want als het goed is geeft een praktijkondersteuner ook adviezen, en geven ze ook de risico's aan. Je moet het met z'n alle doen.”*

Podotherapeut 3:

*“Die richtlijn is bij mij inhoudelijk pas echt bekend geworden toen ik de opleiding diabetes podotherapie deed, daarvoor wist ik wel dat die bestond, maar had ik me er nooit in verdiept.”*

## 4. Discussie

De volgende hoofdvraag staat centraal in dit onderzoek: *Welke factoren zijn van invloed op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” onder podotherapeuten, met betrekking tot preventie van de diabetische voet?* De richtlijn “Diabetische voet” is al enige jaren in gebruik, maar het is nog onbekend in hoeverre podotherapeuten op de hoogte zijn van de inhoud van deze richtlijn. Om inzicht te krijgen in de invloed hebbende factoren, is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Er zijn negen interviews afgenomen bij Nederlandse podotherapeuten. Uit de interviews zijn betekenisvolle citaten gehaald en gecodeerd. Deze codes hebben geleid tot drie factoren die de bekendheid en naleving van de richtlijn “Diabetische voet” beïnvloeden.

De eerste factor die de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” beïnvloedt, is dat de richtlijn is destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd.

De richtlijn “Diabetische voet” is inhoudelijk en bij naam matig bekend bij de deelnemende podotherapeuten. Dit doordat de richtlijn destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd is. Hij is enkel benoemd in de nieuwsbrief van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten. Doordat er geen implementatie heeft plaatsgevonden is de richtlijn niet erg bekend geworden. Dit is in tegenstelling tot de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera”. Deze is in 2011 verspreid en groots geïmplementeerd. Uit dit onderzoek blijkt dat de deelnemers (bewust of onbewust) toch bekend zijn met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet”. De deelnemers hebben de hoekstenen in de preventie van een voetulcus beschreven. Hieruit volgt dat er een sterke overeenkomst is tussen de betekenis volgens de deelnemende podotherapeuten en de betekenis zoals beschreven in de richtlijn (tabel 3). Hierbij is het onduidelijk of de deelnemende podotherapeuten deze hoekstenen in preventie van een voetulcus uit de richtlijn “Diabetische voet” kennen, of dat de deelnemers de informatie over de hoekstenen ergens anders opgedaan hebben. Overigens geldt dat podotherapeuten zelf verantwoordelijk zijn voor het opzoeken en bijhouden van vakliteratuur.

De tweede factor die de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” beïnvloedt, is dat de richtlijn is verouderd.

In de afgelopen jaren zijn veel nieuwe inzichten, ontwikkelingen, specialisaties en samenwerkingsverbanden ontstaan. Deze waren in 2006 nog niet bekend en ontbreken daardoor (logischerwijs) in de richtlijn “Diabetische voet”. De richtlijn “Diabetische voet” is hierdoor niet geheel up to date. De zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” is in 2011 ontwikkeld en bevat meer van deze nieuwe inzichten, ontwikkelingen, specialisaties en samenwerkingsverbanden. Doordat deze zorgmodule up to date is, wordt hij veel gebruikt, met als gevolg dat de richtlijn “Diabetische voet” niet meer wordt gebruikt. Hierdoor wordt de richtlijn “Diabetische voet” en de inhoud daarvan vergeten wordt. Tevens kan er over veroudering van de richtlijn “Diabetische voet” gesproken worden, omdat er geen herziening is verschenen binnen vijf jaar nadat de richtlijn is uitgebracht. Door het uitblijven van een vernieuwde versie en het ontstaan van de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera”, zijn

podotherapeuten gaan werken met deze zorgmodule. Doordat podotherapeuten nu de zorgmodule gebruiken en niet de richtlijn, zou een mogelijke herziening van de richtlijn niet gebruikt worden.

De derde factor die de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” beïnvloedt, is de specialisatie van zorgverleners.

De preventie van de diabetische voet wordt tegenwoordig niet alleen uitgevoerd door de podotherapeut. De pedicure, diabetesverpleegkundige en praktijkondersteuner hebben ook een rol in de preventie van de diabetische voet. Afhankelijk van het risico profiel van de diabetespatiënt wordt deze verwezen naar een zorgverlener. Niet alle diabetes patiënten komen terecht bij de podotherapeut. Overigens is de specialisatie tot diabetes podotherapeut ontstaan. Door de komst van deze specialisatie zien niet alle podotherapeuten meer diabetes patiënten. De patiënten worden verwezen naar de meest geschikte zorgverlener voor de beste voet zorg, in dat geval staat de diabetespodotherapeut boven de “gewone” podotherapeut. Het minder werken met diabetes patiënten leidt tot minder werken met richtlijnen rondom de diabetische voet, met als gevolg dat niet alle podotherapeuten op de hoogte zijn van de richtlijn “Diabetische voet”. Daarnaast is ook de specialisatie tot sportpodotherapeut ontstaan, deze specialisatie ziet vrijwel geen diabetespatiënten. Deze specialisatie werkt niet met diabetespatiënten, waardoor zij logischerwijs niet met de richtlijn “Diabetische voet” werken.

Uit de bestaande theorie is gebleken dat een aantal factoren de naleving van en bekendheid met de richtlijn kunnen beïnvloeden. Implementatie van richtlijnen is hierbij van groot belang<sup>17, 20, 21, 22, 23</sup>. De oorzaak waardoor richtlijnen niet goed geïmplementeerd worden, ligt bij de richtlijnontwikkeling<sup>21, 22, 23</sup>. Verschillende aspecten kunnen hier een rol in spelen<sup>21, 22, 23</sup>. In de richtlijnontwikkeling kan geld een leidende rol spelen, waardoor de inhoud niet op de eerste plek komt<sup>21, 22, 23</sup>. De richtlijngebruikers worden niet (of te laat) betrokken bij het ontwikkelingsproces<sup>21, 22, 23</sup>. Ook het niet goed ontwikkelen van een implementatiestrategie is een oorzaak<sup>21, 22, 23</sup>. De factor dat de richtlijn “Diabetische voet” destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd is, kan dus meerdere oorzaken hebben.

De tweede factor die uit het onderzoek naar voren is gekomen, is dat de richtlijn verouderd is. Richtlijnen moeten up to date zijn om ze te kunnen gebruiken<sup>24</sup>. Er bestaan geen gepubliceerde methoden om te beoordelen of richtlijnen nog bruikbaar zijn in de praktijk<sup>17, 24</sup>. De specialisatie van de zorgverlener speelt ook een belangrijke rol bij de invloed op de bekendheid met de richtlijn “Diabetische voet”. Door de opkomende specialisaties van zorgverleners, worden patiënten verwezen naar de meest geschikte zorgverlener voor de beste voetzorg<sup>15</sup>. Hiermee zien algemene podotherapeuten steeds minder diabetespatiënten.

In onderzoek naar welke factoren en/of barrières er spelen bij huisartsen rondom de naleving van richtlijnen, komen de volgende factoren naar voren: niet eens met aanbevelingen, gebrek aan vertrouwen, onvoldoende duidelijkheid, twijfel aan onderliggend wetenschappelijk bewijs, slechte toepasbaarheid, gebrek aan bewustzijn van bestaan richtlijnen, gebrek aan motivatie en slechte implementatie<sup>18, 19, 25</sup>. Bij huisartsen spelen er meer factoren, dan bij podotherapeuten, die de naleving

beïnvloeden. Waarschijnlijk spelen deze varia aan factoren omdat huisartsen zich aan veel verschillende richtlijnen en / of NHG-standaarden moeten houden.

In 2006 is de herziening van de richtlijn “Diabetische voet” uit 1998 verschenen. Deze richtlijn is ontwikkeld door de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), het Centraal Begeleidings- Orgaan (CBO) en de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) <sup>9</sup>. In 2011 heeft de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) in samenwerking met ProVoet de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” ontworpen<sup>15</sup>. Deze twee documenten zijn met een verschillend doel opgezet, maar hebben overeenkomsten in de inhoud. Beide documenten benoemen de vijf hoekstenen in de preventie van een voetulcus. Het is moeilijk te achterhalen op welke manier de deelnemers bekend zijn geworden met de vijf hoekstenen in preventie van een voetulcus, omdat deze hoekstenen vermeld staan in de richtlijn “Diabetische voet” en in de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera”.

Na analyse van de resultaten zijn er een aantal beperkingen aan het licht gekomen. Deze beperkingen kunnen worden meegenomen bij eventueel vervolgonderzoek. Het eerste kritiekpunt dat naar voren komt is de onderzoekspopulatie. Bij de start van het onderzoek is er gekozen voor een brede populatie (verschillende specialisaties, verschillend aantal jaren werkervaring etc.). Hiervoor is gekozen omdat de onderzoekspopulatie daarmee overeenkomt met de verdeling van podotherapeuten in Nederland, zodat het onderzoek een algemeen beeld schetst over de podotherapeuten in Nederland. Logisch volgt daaruit dat diabetespodotherapeuten beter bekend zijn met richtlijnen rondom de diabetische voet dan sportpodotherapeuten. Tevens zullen sportpodotherapeuten anders in een onderzoek over de diabetische voet staan, dan (diabetes) podotherapeuten. In eventueel vervolgonderzoek zouden alle sportpodotherapeuten uitgesloten kunnen worden. Een ander kritisch punt in de onderzoekspopulatie is dat acht van de negen deelnemers zijn afgestudeerd aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven, terwijl slechts één deelnemer is afgestudeerd aan de Saxion Hogeschool te Enschede. Deze verdeling is voortgekomen uit de doelgerichte steekproeftrekking. Bekritiseerd kan worden dat er maar één deelnemer afkomstig is van de Saxion Hogeschool te Enschede. Voor een vergelijking van de resultaten per hogeschool, zou er in een vervolgonderzoek een gelijk aantal deelnemers geïnccludeerd kunnen worden per hogeschool.

Naast de kenmerken van de onderzoekspopulatie, kan er ook kritisch gekeken worden naar de (semi-gestructureerde) interviews. De topiclijst van dit onderzoek was gericht op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” en met de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera”, de vijf hoekstenen in preventie van een voetulcus en de mening over de richtlijn “Diabetische voet”. Bekritiseerd kan worden dat er in dit onderzoek niet is ingegaan en/of uitgevraagd waar de deelnemers hun kennis over preventie van de diabetische voet hebben opgedaan. Om hier meer inzicht in te krijgen, zou dit in eventueel vervolgonderzoek meegenomen kunnen worden.

Tevens speelt in dit onderzoek de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” een grote rol. Doordat er overlap in de richtlijn “Diabetische voet” en de zorgmodule “Preventie diabetische voet” zit, is het onduidelijk waar de kennis over de hoekstenen in de preventie van een voetulcus vandaan komt.

Wat betreft de generaliseerbaarheid van dit onderzoek bij een nieuw of vervolg onderzoek, zijn er een aantal punten. Ten eerste moet er rekening gehouden worden dat dit onderzoek geheel gericht is op de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” met betrekking tot preventie. De overige informatie uit de richtlijn is niet meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast dient er rekening te worden gehouden met de onderzoekspopulatie die bestaat uit podotherapeuten. Andere zorgverleners hebben niet deelgenomen in het onderzoek. Om de resultaten te kunnen generaliseren zullen deze twee factoren en de overige beperkingen eerst verder onderzocht moeten worden.

#### 4.1 Conclusie

De voetcomplicaties bij diabetes mellitus zijn de ernstigste en meest kostbare complicaties. Het voorkomen van deze voet problemen is daarom van groot belang. Door de jaren zijn er verschillende richtlijnen opgesteld voor de preventie van de diabetische voet. Eén van deze richtlijnen is de richtlijn “Diabetische voet”. Ondanks dat deze richtlijn al enige tijd bestaat (2006), was het onbekend in hoeverre podotherapeuten op de hoogte zijn van de inhoud van deze richtlijn. Om hier antwoord op te krijgen is de volgende hoofdvraag opgesteld: Welke factoren zijn van invloed op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” onder podotherapeuten, met betrekking tot preventie van de diabetische voet? Door middel van semi- gestructureerde interviews af te nemen en te analyseren, zijn er drie factoren in kaart gebracht die de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” beïnvloedt hebben:

- De richtlijn is destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd.
- De richtlijn is verouderd.
- De specialisatie van de zorgverlener.

Indien de richtlijn “Diabetische voet” in 2006 beter verspreid en geïmplementeerd zou zijn, dan zou de richtlijn “Diabetische voet” bekender van naam zijn en zou deze hoogst waarschijnlijk meer worden gebruikt. Een grote bekendheid met de richtlijn is van belang. Zonder bekendheid kan een richtlijn niet nageleefd worden. Grote verspreiding en een implementatieplan zijn dus een vereiste bij het uitbrengen of herzien van een richtlijn. Daarnaast is het van belang dat een richtlijn niet verouderd. Een richtlijn moet up to date zijn om deze op de juiste wijze na te kunnen leven. Een verouderde richtlijn kan niet of minder goed worden gebruikt, met als gevolg dat hij qua naam en inhoud vergeten wordt. Door de komst van de zorgmodule “Preventie diabetische voet” in 2011, is de richtlijn “Diabetische voet” overschaduwde. Zonder het bestaan van de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” zou mogelijk de richtlijn “Diabetische voet” bekender zijn qua naam en inhoud. Tot slot speelt de groeiende wereld rondom diabetes een rol. Ontwikkelingen rondom diabetes blijven

voortkomen, waardoor ook ontwikkelingen en specialisaties opkomen bij de zorgverleners die werken met diabetespatiënten. Hierdoor werken sommige zorgverleners niet meer met richtlijnen rondom de diabetische voet, en andere zorgverleners komen er juist meer mee in aanraking.

Op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” met betrekking tot preventie, hebben een drietal factoren invloed. Echter is een podotherapeut zelf verantwoordelijk om zijn of haar vakliteratuur zelf bij te houden. Dat betekent dat podotherapeuten het zelf in de hand hebben of dat ze bekend zijn met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet”.

## 4.2 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten, discussie en conclusie van dit onderzoek, zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen.

Het advies van de onderzoeker is om de richtlijn “Diabetische voet” te laten varen. Doordat de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” op het moment een erg belangrijk document is, heeft het herzien van de richtlijn “Diabetische voet” geen extra waarde. Een herziening zou mogelijk niet gebruikt worden omdat podotherapeuten nu werken met de zorgmodule “Preventie diabetische voet”.

Als de Nederlandse Diabetes Federatie toch besluit de richtlijn “Diabetische voet” te herzien, dan is het van belang dat de richtlijn “Diabetische voet” groots verspreid en geïmplementeerd wordt. Aangezien het hernieuwen en invoeren van richtlijnen veel tijd en moeite kost, is het van belang dat de hernieuwde richtlijn goed nageleefd wordt. Om de naleving van de herziening te beïnvloeden, dienen er scholingen, instructies en/of feedbackmomenten gegeven te worden. Daarnaast is het van belang dat de herziening up to date blijft. Dit kan gedaan worden door nieuwe inzichten, ontwikkelingen, specialisaties en samenwerkingsverbanden te blijven verwerken in de richtlijn. Of er een herziening van de richtlijn “Diabetische voet” ontwikkeld moet worden, wordt uiterlijk na vijf jaar beoordeeld. Omdat er jaarlijks veel nieuwe inzichten en ontwikkelingen ontstaan, is een richtlijn al snel niet meer up to date. Er moet elk jaar beoordeeld worden of dat de richtlijn nog up to date is, zo niet dan dient er een herziening of aanvulling verspreid te worden.



## 5. Literatuurlijst

1. Putten van MA. Voeten en diabetes. Arnhem, Bohn Stafleu van Loghum. 1ste druk. 1991
2. Scollan- Koliopoulos M. Theory- guided intervention for preventing diabetes- related amputation in African Americans. *Vascular Nursing*. 2004; 22: 126-133
3. Bohn Stafleu van Loghum. Zorg en financiering. Nederland verwacht kosten explosie door diabetes. 2012; 10
4. Bohn Stafleu van Loghum. Zorg en financiering. Diabetes mellitus staat hoop op de Europese agenda. 2006; 10
5. Putten van MA. Voetzorg. Bijblijven. 2010; jaargang 26, nummer 3: 57-63
6. Mansilha A, Brandão D. Guidelines for treatment of patients with diabetes and infected ulcers. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. Unit of Angiology and Vascular Surgery, Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal. 2013: 54; 193-200
7. Armostrong DG, Lavery LA. Diabetic foot ulcers: Prevention, diagnosis and classification. *American Family Physician*. 1988. March 15
8. Le Cocq d'Armandville AMJ, Haan den MA, Vaan de HHC, Eindhoven van MJA . Voetzorg bij diabetes mellitus; bepaalde zorgonderdelen zijn te verzekeren zorg voor het basispakket. CVZ rapport. 2010: Jan
9. Schapers NC, Baal van JG, Bertelsmann FW, Buchrnhornen PWC, Diepersloot RJA, Faber WR, Gorter KJ, Houtum van WH, Mekkes JR, Oostenbroek HJ, Parach B, Rauwerda JA, Ruys IJH, Sanders AP, Valk G, Vogely HC, Jorna ATM. richtlijn "Diabetische voet", Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort 2006
10. Schoenmakers IAC, Jacobs JCM, Dolman A, Vuijst de YJRM, Arend van den IJM. De diabetische voet. *Nieuw Geriatrie inforatorium*. 1991: februari.
11. Konstantikaki V. The role of primary care in the prevention of diabetic foot amputations. *International Journal of Caring Scienes*. Clinical Collaborator ATEI Thessaloniki. 2008: 1; 26-33
12. Niessen LW, Casparie AF, Rutten G. Effecten en kosten van de herziene richtlijnen voor diabetes. Economische implicaties van nieuwe diabetes richtlijnen boekbespreken diabetes mellitus kosten effectiviteit richtlijnen. *Huisarts en wetenschap*. 2002: 10
13. Edmons ME, Acker van K, Foster AVM. Education and the diabetic foot. *Diabetic Medicine*. 1996: 13; S61-S64
14. Apelqvist J, Larsson J. What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the diabetic foot? *Diabetes Metabolism Research and Reviews*. 2000 Oct :23
15. Putten van MA, Nijboer ER, Nuijten E, Wanders G, Lemmens L, Mennen T, Wesselink E, Schaper NC, Pero M. Zorgmodule "Preventie Diabetische Voetulcera", Nederlandse vereniging van Podotherapeuten en Pro voet, 2011
16. Nederlandse Diabetes Federatie. Krachtige koepel.  
Beschikbaar via: <http://www.diabetesfederatie.nl/nederlandse-diabetes-federatie/krachtige->

[koepel](#)

Geraadpleegd op: 22-05-2013

17. Bloemedal E, Weenink JW, Harmsen M, Mistiaen P. Naleving van Nederlandse richtlijnen een systematische review. Scientific Institute for Quality of Healthcare. Radboud University Nijmegen Medical Centre. Nivel. 2011
18. Bajardini I, Braido F, bonini M, Compalati E. Canonica GW. Why do doctors and patients not follow guidelines? Allergy and Respiratory Diseases, Department of Internal Medicine (DIMI), University of Genoa, Genoa, Italy. 2009: Juni
19. Lugtenberg M, Zegers- Schaick JM, Westert GP, Vries de PR, Evertse AJ. Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden? Universiteit van Tilburg, Tranzo, Tilburg, Nederland. RIVM. Stichting KOEL, Den Haag, Nederland. IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen, Nederland.
20. Splunteren van PT, Veld in 't CJ, Barneval van TA, Implementatie van richtlijnen; kan het sneller? Evidence- Bases richtlijnontwikkeling. 2003: 233-233
21. Burgers J, Krol M, Romunde van L, Swinkels J, Veenendaal van H, Wollersheim H. Knelpunten, behoeften en wensen voor het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen Veldraadpleging in de cure, de care en de preventie. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. 2009
22. Beckers M. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg. Procedures rond ontwikkeling, implementatie en onderhoud van richtlijnen jeugdgezondheidszorg. Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheidszorg. 2007: november
23. Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Herziene versie, Den Haag. 2012
24. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaq JM, Woolf WH. Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines: How quickly do guidelines become outdated?
25. Ayres CG, Griffith HM. Perceived barriers to and facilitators of the implementation of priority clinical preventive services guidelines. Am J Manag Care 2007; 13:150-155.

## Bijlagen

Bijlage I	Interview schema
Bijlage II	Informatie brief
Bijlage III	Toestemmingsformulier
Bijlage IV	Betekenisvolle citaten met bijbehorende codes
Bijlage V	B4 Beoordelingsformulier projectplan Janna Bruijning
Bijlage VI	B4 Beoordelingsformulier projectplan Elleke Huijbrechts
Bijlage VII	B8 Geheimhoudingsverklaring

## Bijlage I Interview schema

### Topic lijst

Deze topics lijst is de eerste opzet. Tijdens het onderzoek wordt de topic lijst aangepast, de verkregen inzichten en informatie kunnen worden omgezet in enkele topics.

Topic lijst	
1.	Bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” (2006) m.b.t. preventie.
2.	Bekendheid met de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” (2011) m.b.t. preventie.
3.	Jaarlijks onderzoek en herkenning van de voet met een verhoogd risico.
4.	Gericht (voet)onderzoek bij patiënten met een verhoogd risico.
5.	Schoeisel en andere hulpmiddelen bij abnormale belasting van de voet.
6.	Follow-up en educatie afhankelijk van het risicoprofiel.
7.	Regelmatige voet zorg bij verhoogd risico.
8.	Mening over de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet”.

### Interviewschema

#### Algemene informatie

- Naam?
- Geboortedatum?
- Geslacht?
- Aantal jaren werkervaring als podotherapeut?
- Gestudeerd aan Fontys of Saxion?
- Welk jaar afgestudeerd?
- Soort praktijk?
- Eventuele specialisatie?

#### Bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” (2006) m.b.t. preventie.

- Bent u bekend met het bestaan van de richtlijn “Diabetische voet” die in 2006 is ontwikkeld?
- Kunt u mij iets vertellen over uw bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet” m.b.t. preventie?
- Waarvan kent u de richtlijn, (opleiding, cursus of iets anders?)
- Hoe is de richtlijn destijds verspreid en toegelicht? (geïmplementeerd)
- Wat staat er volgens u in de richtlijn over preventie van de diabetische voet?
- Bent u bekend met de 5 hoekstenen voor preventie van een voetulcus die beschreven staan in de richtlijn?

#### Bekendheid met de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” (2011) m.b.t. preventie.

- Bent u bekend met de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” die in 2011 is ontwikkeld?

- Kunt u mij iets vertellen over uw bekendheid met de inhoud van de zorgmodule “Preventie diabetische voetulcera” m.b.t. preventie?
- Waarvan kent u de zorgmodule? Hoe verspreid?
- Wat staat er volgens u in de zorgmodule over preventie van de diabetische voet?
- Zijn er volgens u overeenkomsten tussen de richtlijn en de zorgmodule m.b.t. preventie?

**We gaan het nu over de vijf hoekstenen hebben, ze komen een voor een naar voren.**

**Jaarlijks onderzoek en herkenning van de voet met een verhoogd risico.**

- Hoe voert u uw jaarlijkse screenende controle/onderzoek uit? Waarom handelt u zo?
- Welke vragen komen zeker aanbod tijdens de anamnese van de jaarlijkse controle?
- Hoe herkent u de “risico-voet”?
- De eerste hoeksteen; Jaarlijks onderzoek en herkenning van de voet met een verhoogd risico. Wat vindt u van deze hoeksteen, bent u het daar mee eens of oneens, licht toe?
- Eventueel als men niet op de hoogte was van deze hoeksteen:  
Nu u op de hoogte bent van deze hoeksteen. Zou u nu uw werkwijze aanpassen?

**Gericht (voet)onderzoek bij patiënten met een verhoogd risico.**

- Op welke punten/aspecten beoordeelt u de risico voet?  
Waarom deze punten?
- Welke stappen onderneemt u als u “afwijkingen” tijdens het onderzoek vast stelt?  
Waarom deze stappen?
- Beoordeelt u of uw patiënt psychosociale ondersteuning behoeft?
- De tweede hoeksteen; Gericht (voet)onderzoek bij patiënten met een verhoogd risico. Wat vindt u van deze hoeksteen, bent u het daar mee eens of oneens, licht toe?
- Eventueel als men niet op de hoogte was van deze hoeksteen:  
Nu u op de hoogte bent van deze hoeksteen. Zou u nu uw werkwijze aanpassen?

**Schoeisel en andere hulpmiddelen bij abnormale belasting van de voet.**

- Beoordeelt u tijdens het “diabetische onderzoek” ook het schoeisel?  
Op welke punten beoordeelt u het schoeisel?  
Waarom beoordeelt u het schoeisel?
- Beoordeelt u buiten het schoeisel, ook eventuele andere hulpmiddelen zoals orthesen en prothesen?  
Waarom neemt u deze wel of niet mee?
- De derde hoeksteen; Schoeisel en andere hulpmiddelen bij abnormale belasting van de voet. Wat vindt u van deze hoeksteen, bent u het daar mee eens of oneens, licht toe?
- Eventueel als men niet op de hoogte was van deze hoeksteen:  
Nu u op de hoogte bent van deze hoeksteen. Zou u nu uw werkwijze aanpassen?

### **Follow-up en educatie afhankelijk van het risicoprofiel.**

- Wat betreft de “diabetische controle”, wat adviseert u uw patiënten daarin?  
Waarom adviseert u die punten?
- Adviseert u uw patiënten voor follow-up/controle via de controle frequentie die passen bij de Simm’s classificatie?  
Waarom adviseert u zo of zo niet?
- De vierde hoeksteen: Follow-up en educatie afhankelijk van het risicoprofiel.  
Wat vindt u van deze hoeksteen, bent u het daar mee eens of oneens, licht toe?
- Eventueel als men niet op de hoogte was van deze hoeksteen:  
Nu u op de hoogte bent van deze hoeksteen en de inhoud daarvan. Zou u nu uw werkwijze aanpassen?

### **Regelmatige voet zorg bij verhoogd risico.**

- Citaat uit de richtlijn “diabetische voet”:  
*Er zijn aanwijzingen dat regelmatige podotherapeutische zorg, voor patiënten met een hoog risico op het ontstaan van een voetulcus, leidt tot een verlaging van de incidentie van ulcera en amputaties.*  
Wat vindt u van deze uitspraak? Hoe kijkt u op dit citaat
- De vijfde hoeksteen; regelmatige voet zorg bij verhoogd risico.  
Wat vindt u van deze hoeksteen, bent u het daar mee eens of oneens, licht toe?
- Eventueel als men niet op de hoogte was van deze hoeksteen:  
Nu u op de hoogte bent van deze hoeksteen en de inhoud daarvan.  
Zou u nu uw werkwijze aanpassen?

### **Mening over de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet”.**

- Zou een betere bekendheid met de richtlijn “Diabetische voet” kunnen leiden tot een beter naleving? Hoe denkt u daar over?
- Wat vindt u van deze vijf hoekstenen voor preventie van de diabetische voet?  
Zijn er mogelijke verbeterpunten?
- Vindt u dat er onderdelen zijn die u mist in de richtlijn m.b.t. preventie?  
Of dat bepaalde onderdelen onduidelijk of overbodig zijn?

### **Afsluiting**

- Hebt u nog aanvullingen of opmerkingen?  
Of eventuele tips voor een betere bekendheid van de richtlijn “Diabetische voet”?
- Wilt u na afloop van het onderzoek, het gehele onderzoeksverslag ontvangen?
- Bedankt voor uw medewerking!
- U ontvangt zo spoedig mogelijk de uitwerking van het interview.

## Bijlage II Informatiebrief

### **Acceptatie richtlijn “Diabetische voet”; Het in kaart brengen van de factoren die van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn onder podotherapeuten m.b.t. preventie.**

Geachte heer/mevrouw,

Als 4<sup>e</sup> jaar student podotherapie ben ik voor het afstuderen bezig met een onderzoek over de acceptatie van de Richtlijn “Diabetische voet”. Hiervoor ben ik op zoek naar podotherapeuten die wel en niet op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijn “Diabetische voet”.

Hierbij wil ik u vragen om deel te nemen aan het afstudeer onderzoek.

U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. In deze informatiebrief wordt het doel van het onderzoek uitgelegd. Ook wordt uitgelegd hoe het onderzoek plaatsvindt en wat er met uw gegevens gebeurt.

Hebt u na het lezen van deze informatie nog vragen over het onderzoek, dan kunt u terecht bij de onderzoeker.

Onderaan deze brief vindt u de contactgegevens.

#### **Wat is het doel van het onderzoek?**

Diabetes mellitus brengt veel complicaties met zich mee, de ernstige en meest kostbare complicaties van diabetes zijn de voetcomplicaties. Verlaging van de incidentie van ulcera kan plaatsvinden door regelmatige podotherapeutische zorg, dit geldt bij diabetes patiënten met een hoog risico voor het ontstaan van voetulcera. Omdat er veel zorgverleners zijn die bij de behandeling van patiënten met diabetes betrokken zijn, is er in 2006 een richtlijn “Diabetische voet” ontwikkeld. De richtlijn is ontwikkeld met als doel een hanteerbare leidraad te geven. Ondanks dat de richtlijn “Diabetische voet” al enige jaren in gebruik is, is het nog onbekend in hoeverre deze richtlijn nageleefd wordt. In de naleving van de Nederlandse richtlijnen bestaat een grote diversiteit. Het is naar verhouding nog weinig onderzocht of een gerichte naleving van richtlijnen kan leiden tot positieve gevolgen en/of lagere kosten, hiervoor is er meer onderzoek nodig. Het doel van dit onderzoek is om factoren in kaart te brengen die spelen bij de bekendheid met de inhoud van de richtlijn “Diabetische voet”, dit in het geheel met betrekking tot preventie.

#### **Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?**

Om het onderzoek te voltooien worden er semi- gestructureerde interviews afgenomen. Dit om inzicht te verkrijgen hoe podotherapeuten te werk gaan rondom preventie van de diabetische voet en hoe podotherapeuten aan deze informatie komen. Na goedkeuring voor deelname wordt er contact gezocht om een afspraak voor het interview te plannen. Voor het afnemen van het interview mag u de locatie bepalen, het interview zal maximaal 45 minuten duren. Het interview wordt opgenomen via een

voice- recorder en na afloop wordt het letterlijk uitgetypt. Het uitgetypte transcript van het interview wordt, binnen enkele dagen na het interview, naar u verzonden. Dit kunt u lezen en eventuele op- en/of aanmerkingen bij plaatsen. Vervolgens worden de interviews anoniem geanalyseerd en worden de voice- opnames verwijderd.

### Wat vraag ik van u?

Deelname aan het interview geeft u de mogelijkheid om uw ervaring te delen met de onderzoeker. Uw beleving en ervaring zijn voor het onderzoek van groot belang. Diabetes patiënten en podotherapeuten kunnen baat hebben bij de ervaring die u met de onderzoeker deelt. Bij deelname aan het onderzoek vraag ik u het toestemmingsformulier te tekenen, en te mailen of retour te zenden naar het adres van de onderzoeker. U krijgt het uitgetypte transcript van het interview toegestuurd, deze kunt u lezen/checken en eventueel aanvullen of corrigeren. In het toestemmingsformulier staat de verklaring van u als deelnemer en de verklaring van de onderzoeker.

### Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u deelneemt aan het onderzoek. Deelname is geheel vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook geen redenen te geven waarom u niet wilt deelnemen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het afnemen van het interview.

### Wilt u verder nog iets weten?

Indien u nog vragen heeft kunt u contact opnemen met de onderzoeker/student van Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven.

Student podotherapie, Fontys paramedische hogeschool te Eindhoven	
<b>Naam</b>	Lenny Vervoordeldonk
<b>Telefoonnummer</b>	06-31042224
<b>Adres</b>	Ommelseweg 23, 5721WT Asten
<b>E-mailadres</b>	<a href="mailto:l.vervoordeldonk@student.fontys.nl">l.vervoordeldonk@student.fontys.nl</a>

Fontys Paramedische Hogeschool	
<b>Adres</b>	Dominee Theodor Fliednerstraat 2
<b>Postcode</b>	5631 GN Eindhoven
<b>Algemeen telefoonnummer</b>	0877-877011

Hogeschool opdrachtgever
<b>Lectoraat Healt Innovations and Technology</b>



## Bijlage III Toestemmingsformulier

**Acceptatie richtlijn “Diabetische voet”; Het in kaart brengen van de factoren die van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn onder podotherapeuten m.b.t. preventie.**

### Verklaring deelnemer

De looptijd van het hele onderzoek is van 04-02-2013 tot 28-10-2013. Voor het onderzoek word ik eenmalig geïnterviewd. Het interview wordt opgenomen via een voice- recorder en vervolgens uitgewerkt. De onderzoeker maakt een transcript van het interview, dat ter controle aan mij wordt toegestuurd. Mijn gegevens worden anoniem verwerkt en de gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt. Nadat het gehele onderzoek is afgelopen en het onderzoeksverslag volledig is geschreven, zal de onderzoeker alle gegevens van het interview vernietigen. De voice opnames van het interview worden door de onderzoeker verwijderd na het uitwerken van het transcript.

Ik heb voldoende informatie gekregen over het onderzoek en ik vind het goed om deel te nemen aan het onderzoek.

Ik weet dat deelnemen aan het onderzoek geheel vrijwillig is. Tevens ben ik er van bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om uit het onderzoek te stappen, daarvoor hoef ik geen reden te geven.

**Naam:** .....

**E-mailadres:** .....

**Datum:** .....

**Handtekening:**

---

### Verklaring onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Nadat het gehele onderzoek is afgelopen en het onderzoeksverslag volledig is geschreven, zal ik gegevens van de interviews vernietigen. De voice opnames zullen vernietigd worden nadat het transcript is uitgewerkt.

Tevens heb ik een geheimhoudingsplicht voor het registreren van de (privé)gegevens van de deelnemers, alleen ik als onderzoeker heb toegang tot de sleutel naar de gegevens.

**Naam onderzoeker:** .....

**Datum:** .....

**Handtekening:**

## Bijlage IV Betekenisvolle citaten met bijbehorende codes

### Factor 1: Richtlijn destijds niet goed verspreid en geïmplementeerd

#### **Twijfel over kennis inhoud richtlijn**

Podotherapeut 1:

*Uhm, even kijken. Volgens mij staat daar in vermeld, dat een (ik begin maar ergens in het midden) dat er een schoen onderdeel uit moet maken van het onderzoek. Maar twijfel of dat uit de richtlijn diabetische voet komt.*

#### **Goede implementatie zorgmodule, slecht bij richtlijn**

Podotherapeut 1:

*De zorgmodule is volgens mij uitgebreid aan bod gekomen, tijdens een algemene leden vergadering van de NVvP een paar jaar geleden, daarnaast heeft de NVvP alle podotherapeuten een of meerdere zorgmodules toegestuurd. De poster van de zorgmodule heb ik verspreid door mijn gemeente, bij alle praktijk ondersteuners en huisartsen, dit omdat wij hier samen moeten werken volgens die zorgmodule. Dus via de NVvP ben ik bekend met de zorgmodule. Dit is zo met die richtlijn uit 2006 niet verlopen.*

Podotherapeut 7:

*Nee niet zoals nu de zorgmodule, die is echt helemaal verspreid door de NVvP en gedrukt, ook poster en flyers en de hele rambam erom heen. Maar dat is toen met de richtlijn helemaal niet gedaan, voor zover ik weet echt alleen uit de nieuwsbrief. En meer dus niet eigenlijk.*

Podotherapeut 8:

*De zorgmodule is veel beter gepromoot als de richtlijn, maar dat is vaak als er een financieel belang achter zit, dan hebben de mensen er meer interesse in.*

#### **Richtlijn beknopt**

Podotherapeut 1:

*De richtlijn is beknopt, er ontbreekt simpelweg informatie.*

#### **Richtlijn wel leidraad geen verplichting**

Podotherapeut 1:

*De richtlijn is wel een leidraad maar geen verplichting ben ik me laten vertellen.*

Podotherapeut 4:

*Van een richtlijn mag je afwijken en een zorgmodule moet je denk ik volgen*

### **Slechte implementatie richtlijn**

Podotherapeut 2:

*Buiten de nieuwsbrief van de NVvP is hij volgens mij niet erg goed verspreid.*

### **Richtlijn nooit specifiek gelezen**

Podotherapeut 2:

*Ik heb die richtlijn nooit heel specifiek doorgelezen.*

### **Handigheden ontbreken in richtlijn, zo gebruik je hem niet snel**

Podotherapeut 2:

*Probeer er ook een korte samenvatting van te maken. Op zich wat nu is bij de zorgmodule, een kort stuk waar de belangrijkste dingen in benoemd worden, dat mensen dat veel sneller gaan lezen.*

Podotherapeut 6:

*Ook is het erg handig als richtlijnen simpele overzichtsschema's toevoegen. Zo'n schema kun je er makkelijk bij houden tijdens het onderzoek.*

Podotherapeut 7:

*In de zorgmodule staat een stroom schema van simms 0 t/m simms 3, en welk zorgprofiel daarbij hoort. Daar staat dus heel mooi achter wanneer het PAV en sensibiliteitsverlies, dat is een mooi geheugensteuntje. Dus ik gebruik hem vaak.*

Podotherapeut 9:

*Als een tip een samenvatting ofzo... Als je aan mij vraagt waarom ik een richtlijn niet ken, waar zit dat hem in, dan denk ik toch in de hoeveelheid aan tekst. Misschien zou een uittreksel of een samenvatting of een opsomming van een aantal hoofdpunten als bijlage een verbeterpunt zijn. Dan pak je dat er sneller bij.*

### **Niet bekend met inhoud**

Podotherapeut 3:

*Nee de inhoud van de richtlijn weet ik zo niet.*

Podotherapeut 7:

*Ja het is me wel bekend dat hij bestaat. Maar ik heb hem eerlijk gezegd nog nooit gelezen. Wat er precies in staat weet ik zo precies echt niet.*

Podotherapeut 9:

*Ik ben eerlijk gezegd, niet echt bekend met de inhoud nee.*

**Geen idee waarvan ik hem ken**

Podotherapeut 4:

*Van de opleiding misschien denk ik, nee geen idee waarvan ik hem ken.*

Podotherapeut 5:

*Geen idee waarvan ik de richtlijn ken. Misschien uit cursussen.*

**Deden er niets mee op school**

Podotherapeut 6:

*Op school is hij wel is benoemd dat hij bestond, maar volgens mij hebben we er nooit iets mee gedaan op school.*

**Richtlijn alleen benoemd in de nieuwsbrief NVvP, verder niet mee gedaan**

Podotherapeut 2:

*Buiten de nieuwsbrief van de NVvP is hij volgens mij niet erg goed verspreid.*

**Richtlijn is overgeslagen, blijven hangen**

Podotherapeut 7:

*Ik denk dat deze richtlijn een beetje is overgeslagen, hij is destijds gekomen, het is wel geïntroduceerd en daar is het blijven hangen. Die zorgmodule is wel met grote bombari geïntroduceerd, en dat heeft zich zelf overtroffen.*

**Richtlijn niet goed uitgedragen door NVvP**

Podotherapeut 8:

*Of de NVvP dit over heel veel verschillende manieren heeft uitgedragen onder de podotherapie dat betwijfel ik. Ik denk dat de meeste er in aanraking zijn meegekomen via de voetenpoli's en de mensen met wie je in contact komt via diabetische voetenwereld.*

**Weet weinig van de richtlijn**

Podotherapeut 9:

*Ik moet toegeven dat ik te weinig van de richtlijn weet.*

## **Factor 2: Richtlijn verouderd**

### **Zorgmodule dagelijks gebruik**

Podotherapeut 1:

*Die zorgmodule gebruiken wij dagelijks.*

Podotherapeut 3:

*Ik werk nu ook naar deze zorgmodule.*

Podotherapeut 6:

*De zorgmodule is op het moment erg belangrijk. Hier werken we veel mee, dit omdat deze de zorgprofielen en het stroomdiagram daarin wordt weergegeven, waar we tegenwoordig mee moeten werken.*

Podotherapeut 7:

*De zorgmodule ligt op mijn bureau, die gebruik ik elke dag.*

Podotherapeut 9:

*Ja, met de zorgmodule daar werk ik mee.*

### **Zorgmodule beter in de buurt van podotherapeut**

Podotherapeut 1:

*Ik denk dat de zorgmodule beter in de buurt komt van de podotherapeut, dan de richtlijn.*

### **Meer bezig met zorgmodule niet met de richtlijn**

Podotherapeut 2:

*Ik ben nu meer met de zorgmodule bezig, daar heb ik de laatste tijd meer over bijgehouden.*

### **Sommige punten wel in zorgmodule niet in richtlijn**

Podotherapeut 2:

*Het preventie schema is volgens mij wat aangepast in de zorgmodule, wat doe je met een actief ulcus, als er geen genezingstendens is dat deze echt naar de tweede lijn zorg toe moet. Dat staat wel beschreven in de zorgmodule en niet in de richtlijn.*

### **Richtlijn verouderd, nu spelen er nieuwe ontwikkelingen**

Podotherapeut 3:

*In 2006 waren er nog geen specialisaties en diabetes podotherapeuten, en er zijn in de afgelopen jaren verschillende nieuwe ontwikkelingen ontstaan.*

**Hoor nooit iets over de richtlijn**

Podotherapeut 6:

*Ik hoor eigenlijk ook nooit iets over deze richtlijn.*

**Richtlijn te oppervlakkig voor werkwijze van tegenwoordig**

Podotherapeut 6:

*De richtlijn is wat de oppervlakkig voor de werkwijze van tegenwoordig.*

**Voorheen gebruik richtlijn, nu gebruik zorgmodule**

Podotherapeut 8:

*De basis voor scholing was destijds de richtlijn diabetische voet, en is later de zorgmodule preventie diabetische voetulcera geworden.*

### **Factor 3: Specialisaties zorgverleners**

#### **Opleiding sport- podotherapie richtlijn niet aan de orde**

Podotherapeut 2:

*In de sport opleiding is deze richtlijn niet aan de orde gekomen.*

#### **Sport podotherapeut niet veel diabetes patiënten**

Podotherapeut 2:

*Ik heb niet veel van die risico diabetes patiënten, omdat ik sportpodotherapeut ben.*

#### **Zoek de specialisaties op**

Podotherapeut 2:

*Je krijgt nu steeds meer die specialisaties, ik denk dat je die dan ook echt moet opzoeken.*

#### **Pas bekend met richtlijn tijdens opleiding diabetes- podotherapie**

Podotherapeut 3:

*De richtlijn is bij mij inhoudelijk pas echt bekend geworden toen ik de opleiding diabetes podotherapie deed, daarvoor wist ik wel dat die bestond, maar had ik me er niet in verdiept.*

#### **Nieuwe richtlijn gericht op specialisaties**

Podotherapeut 3:

*Ik vind dat er een nieuwe richtlijn moet komen. Ik denk wel dat deze richtlijn dan gemaakt moet worden door alle voet zorg verleners en niet door een beroepsgroep.*

#### **Diabetes patiënten zien veel verschillende hulpverleners**

Podotherapeut 3:

*Ik heb gemerkt dat 10-15 jaar geleden, toen het allemaal begon met screenen en onderzoeken van diabetische voeten, dat daar een heel grote rol was weggelegd voor de podotherapeut, inmiddels zijn we zoveel jaren verder dat er zoveel andere beroepsgroepen mee doen zoals pedicures en praktijkondersteuners en huisartsen. Dat ik vind dat de rode lijn die de podotherapeut heeft uitgezet toentertijd, dat die nu weg is. Ik zou eigenlijk willen dat podotherapeuten weer de centrale rol spelen in het behandelen van de diabetische voet.*

Podotherapeut 7:

*Een diabetes patiënt komt tegenwoordig in een molen terecht, die gaat naar de oogarts, nieren laten testen, naar de podo, naar de pedicure, naar de praktijkondersteuner. Er wordt wel een stempel op je gedrukt, maar je komt wel in een groep met specialisten terecht, samen maken ze dat het risico verminderd wordt. Want als het goed is geeft een praktijkondersteuner ook adviezen, en geven ze ook de risico's aan. Je moet het met z'n alle doen.*

## Bijlage V B4 Beoordelingsformulier projectplan Janna Bruijning

Naam: **Lenny Vervoordeldonk**

Studentnr: **2146927**

Datum: **15 maart 2013**

**Titel:** Acceptatie richtlijn "Diabetische voet" Het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op bekendheid met de inhoud van de richtlijn onder podotherapeuten m.b.t. preventie.

### Algemeen

- Spelling en taalgebruik zijn correct ja / nee

### Inleiding (Probleemomschrijving en probleemstelling)

- De probleemomschrijving is voldoende helder geformuleerd ja / nee

- Uit de probleemomschrijving, blijkt de maatschappelijke en paramedische relevantie ja / nee

- Op basis van de probleemstelling wordt een concrete en relevante vraagstelling (of meerdere) geformuleerd met eventueel sub vragen ja / nee

### Doelstelling

De doelstelling is:

- Voldoende helder en concreet geformuleerd ja / nee

- Relevant voor een gekozen doelgroep binnen de (paramedische) beroepspraktijk ja / nee

- Praktisch uitvoerbaar ja / nee

- Haalbaar binnen de tijd ja / nee

### Methode

-Er wordt voldoende inzicht gegeven in soorten activiteiten en soorten bronnen voor het uitvoeren van het onderzoek en het tot stand komen van het product ja/ nee

-De uitkomstmaten worden beschreven ja/ nee

-De gebruikte meetinstrumenten worden beschreven en de gemaakte keuzes beargumenteerd. ja/nee

-De deelnemers worden beschreven inclusief in- en exclusiecriteria ja/nee

-De beoogde analyse wordt beschreven en beargumenteerd ja/nee

-Er is een ethische paragraaf toegevoegd (uitzondering: literatuurstudie)

### Projectproduct (indien van toepassing)

Het projectproduct:

- Sluit aan bij de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling ja / nee

- Is bruikbaar voor de gekozen doelgroep ja / nee

- Sluit aan bij de wens van de opdrachtgever ja / nee

- De producteisen zijn nauwkeurig omschreven ja / nee



### Tijdpad

- Het tijdpad geeft voor het project als geheel een globale fasering en tijdbesteding en voor de eerstkomende weken een steeds gedetailleerdere invulling ja / nee
- In de tabel zijn belangrijke momenten (typografisch opvallend) vastgelegd, (bv. contactmomenten, inlevermomenten e.d.) ja / nee
- In het tijdpad wordt al een globale invulling gegeven van de taakverdeling bij de geplande activiteiten ja / nee

### Begrote kosten

Er wordt een helder inzicht gegeven in:

- De te verwachten soorten kosten qua geld en uren ja / nee
- De verdeling van deze kosten (projectleider, student, opleiding) ja / nee

### Literatuur

- Gebruikte en geplande literatuur is specifiek en in voldoende omvang genoemd ja / nee
- Er wordt verwezen naar relevante en recente literatuur ja / nee
- Literatuurverwijzingen, in lopende tekst en in literatuurlijst, worden gegeven volgens de Schrijfwijzer (Wouters 2012) ja / nee

#### Toelichting:

Verbeterpunt is nog steeds dat de vraagstelling logischer kan volgen uit de probleemstelling (hoewel dit al wel verbeterd is en de vraagstelling zelf wel helder is). Daarnaast kan het telefoonformat nog worden verbeterd om te voorkomen dat mensen die niet bekend zijn met de inhoud van de richtlijn afhaken.

De planning moet nog worden aangepast op de nieuwe deadlines. Neem ook de andere de tips in je projectplan nog mee voordat je verder gaat.

*Alle punten onder B3.1 tot en met B3.8 moeten met 'ja' beantwoord zijn om een voldoende voor het project te krijgen. De begeleider bespreekt met de student op welke punten wijzigingen nodig zijn.*

**Beoordeling:** Janna Bruijning

**Voldoende**

Naam beoordelaar:

15 mao.t '13

Datum + Handtekening



## Bijlage VI B4 Beoordelingsformulier projectplan Elleke Huijbrechts

Naam: **Lenny Vervoordeldonk**

Studentnr: **2146927**

Datum: **15 maart 2013**

**Titel:** Acceptatie richtlijn "Diabetische voet" Het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op bekendheid met de inhoud van de richtlijn onder podotherapeuten m.b.t. preventie.

---

### Algemeen

- Spelling en taalgebruik zijn correct **ja / nee**

### Inleiding (Probleemomschrijving en probleemstelling)

- De probleemomschrijving is voldoende helder geformuleerd **ja / nee**

- Uit de probleemomschrijving, blijkt de maatschappelijke en paramedische relevantie **ja / nee**

- Op basis van de probleemstelling wordt een concrete en relevante vraagstelling (of meerdere) geformuleerd met eventueel sub vragen **ja / nee**

### Doelstelling

De doelstelling is:

- Voldoende helder en concreet geformuleerd **ja / nee**

- Relevant voor een gekozen doelgroep binnen de (paramedische) beroepspraktijk **ja / nee**

- Praktisch uitvoerbaar **ja / nee**

- Haalbaar binnen de tijd **ja / nee**

### Methode

-Er wordt voldoende inzicht gegeven in soorten activiteiten en soorten bronnen voor het uitvoeren van het onderzoek en het tot stand komen van het product **ja/ nee**

-De uitkomstmaten worden beschreven **ja/ nee**

-De gebruikte meetinstrumenten worden beschreven en de gemaakte keuzes beargumenteerd. **ja/nee**

-De deelnemers worden beschreven inclusief in- en exclusiecriteria **ja/nee**

-De beoogde analyse wordt beschreven en beargumenteerd **ja/nee**

-Er is een ethische paragraaf toegevoegd (uitzondering: literatuurstudie)

### Projectproduct (indien van toepassing)

Het projectproduct:

- Sluit aan bij de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling **ja / nee**

- Is bruikbaar voor de gekozen doelgroep **ja / nee**

- Sluit aan bij de wens van de opdrachtgever **ja / nee**

- De producteisen zijn nauwkeurig omschreven **ja / nee**

### Tijdpad

- Het tijdpad geeft voor het project als geheel een globale fasering en tijdbesteding en voor de eerstkomende weken een steeds gedetailleerdere invulling **ja / nee**
- In de tabel zijn belangrijke momenten (typografisch opvallend) vastgelegd, (bv. contactmomenten, inlevermomenten e.d.) **ja / nee**
- In het tijdpad wordt al een globale invulling gegeven van de taakverdeling bij de geplande activiteiten **ja / nee**

### Begrote kosten

Er wordt een helder inzicht gegeven in:

- De te verwachten soorten kosten qua geld en uren **ja / nee**
- De verdeling van deze kosten (projectleider, student, opleiding) **ja / nee**

### Literatuur

- Gebruikte en geplande literatuur is specifiek en in voldoende omvang genoemd **ja / nee**
- Er wordt verwezen naar relevante en recente literatuur **ja / nee**
- Literatuurverwijzingen, in lopende tekst en in literatuurlijst, worden gegeven volgens de Schrijfwijzer (Wouters 2012) **ja / nee**

Toelichting:

Plan is verbeterd t.o.v. de vorige keer. Probleemstelling / aanleiding is nu duidelijker maar kan nog beter. Ook methode is verbeterd maar kan nog duidelijker

*Alle punten onder B3.1 tot en met B3.8 moeten met 'ja' beantwoord zijn om een voldoende voor het project te krijgen. De begeleider bespreekt met de student op welke punten wijzigingen nodig zijn.*

**Beoordeling:**

**Voldoende/ Onvoldoende**

Naam beoordelaar:

Elleke Huijbrechts

Datum + Handtekening

25-03-2013



## Bijlage VII B8 Geheimhoudingsverklaring

Naam: **Lenny Vervoordeldonk**

Studentnr: **2146927**

**Titel:** Het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op de bekendheid met de inhoud van de richtlijn onder podotherapeuten m.b.t. preventie.

---

Inhoud (omschrijving):

**De richtlijn "Diabetische voet" is een hanteerbare leidraad rondom de diabetische voet. De richtlijn is al enige jaren in gebruik, maar het is nog onbekend in hoeverre podotherapeuten bekend zijn met de inhoud. Dit kwalitatief onderzoek maakt inzichtelijk welke factoren invloed hebben op de bekendheid van de richtlijn m.b.t. preventie.**

1. Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven verbindt zich door ondertekening van deze verklaring, informatie met betrekking tot de verstrekte gegevens en uit onderzoek verkregen resultaten waarvan in het kader van bovengenoemd project praktijkgericht onderzoek kennis wordt genomen en waarvan bekend is of redelijkerwijs begrepen kan worden dat dit als geheim of vertrouwelijk wordt beschouwd, strikt geheim te houden.
2. Tevens geldt deze geheimhoudingsverplichting voor de werknemers van Fontys Paramedische Hogeschool, evenals voor anderen die op enigerlei wijze uit hoofde van hun functie toegang hebben of kennis nemen van bedoelde informatie.
3. Bovenstaande laat onverlet dat de student het project praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren

**Student:**

Naam: Lenny

Vervoordeldonk

(handtekening)

Datum: 22/05/2013

Lenny

**Coördinator: voor ontvangst**

**Begeleider:**

Naam: Janna B. Kuiper

[Handtekening]

(handtekening)

Datum: 23/05/2013

Naam: \_\_\_\_\_

(handtekening)

Datum:   /  /