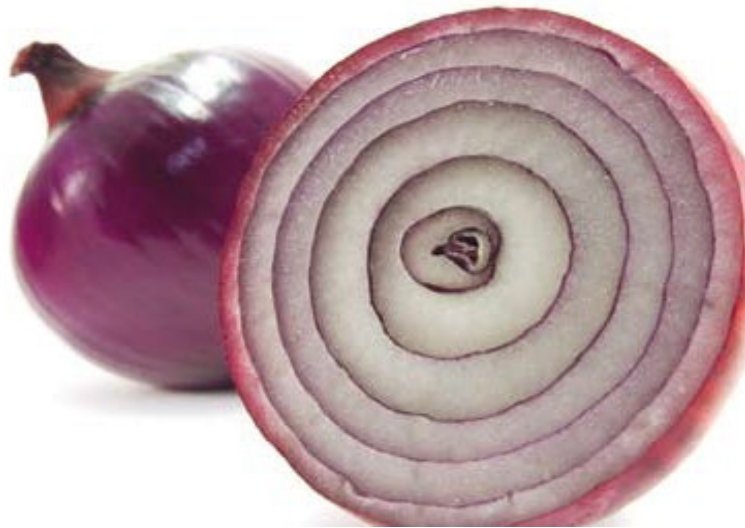


Diabetesvoet, waar knelt het schoentje nog?

Frank Nobels



OLV Ziekenhuis, Aalst-Asse-Ninove
frank.nobels@olvz-aalst.be

endocrino-diabetologie
diabetesvoetkliniek
O.L.Vrouwziekenhuis Aalst

Belgian Diabetes Forum

Building common ground between all diabetes stakeholders

Steering Committee



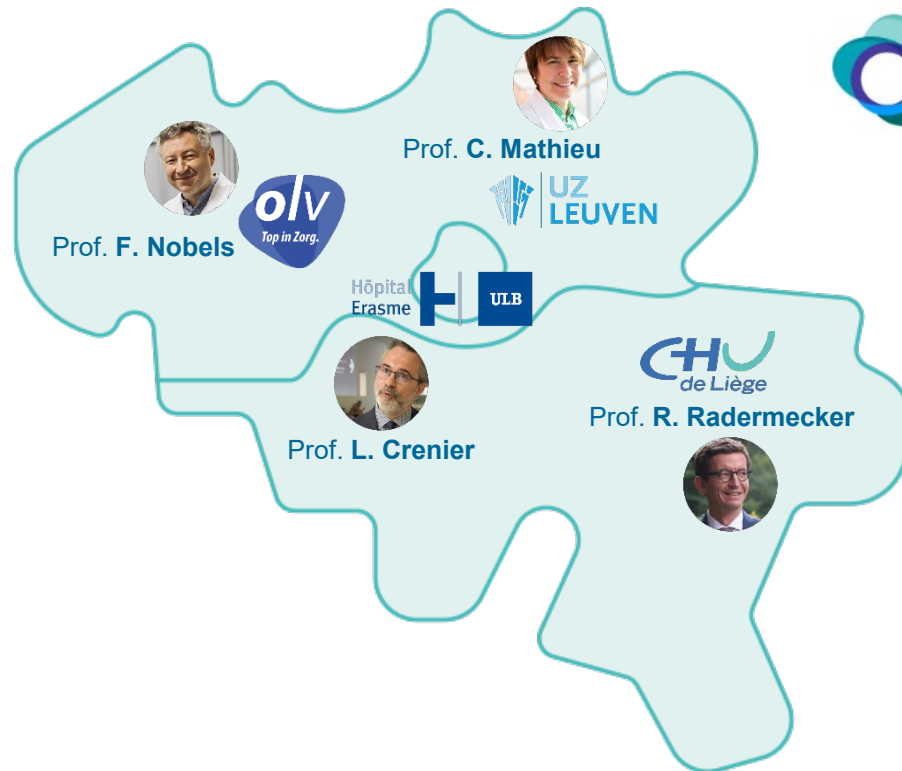
Dr. L. Buyse



Prof. L. Crenier



Prof. R. Radermecker



European Diabetes Forum

Funders: AstraZeneca, Bemedtech, Boehringer-Ingelheim, Eli Lilly, MSD, Novo Nordisk, Sanofi.



Many good things in Belgian diabetes care, but ...

are often not used optimally,
there are gaps,
and we have insufficient data



Extensive field work by interviewing a significant number of people concerned with the issue of diabetes



List of recommendations to help prioritize future policy actions and raise awareness among policy-makers

We do not know how many people suffer from diabetes in Belgium.

A future-proof data policy.

#1

Invest in prevention, screening and early detection.

1 out of 3 people with diabetes ignores it.

Keep improving diabetes care.

Integrated multidisciplinary care is often started late in the course of diabetes.

Develop a child-friendly approach.

Obesity among children is increasing.

Strengthen the prevention of complications.

Complications of diabetes cost the healthcare budget a lot. They can be avoided or delayed.

Organize care towards real teamwork.

Care team members are well trained, but often fail to act as a real team.

Enable people living with diabetes to remain dedicated to their treatment.

Care advice is often given in a one-way directive manner instead of in concertation with the person with diabetes.

Minimize legal and social obstacles.

Insurance companies continue to reject persons with diabetes or charge a higher premium.

Make care (more) accessible for everyone.

Not all population groups are reached equally well, both for prevention and treatment of diabetes.

The 9 recommendations of the Belgian Diabetes Forum's White Paper

Specific & achievable policy recommendations :

1

The use of **health data** to define, measure and achieve better outcomes



2

Empowering people with diabetes through **digital technologies**



3

Rethinking **health systems** to focus on primary and integrated care



diabeteszorg in het algemeen

organisatie Belgische diabeteszorg

type 1

type 2

CSII
≥3 inj

≥3 inj

2 inj

1 inj

OAD

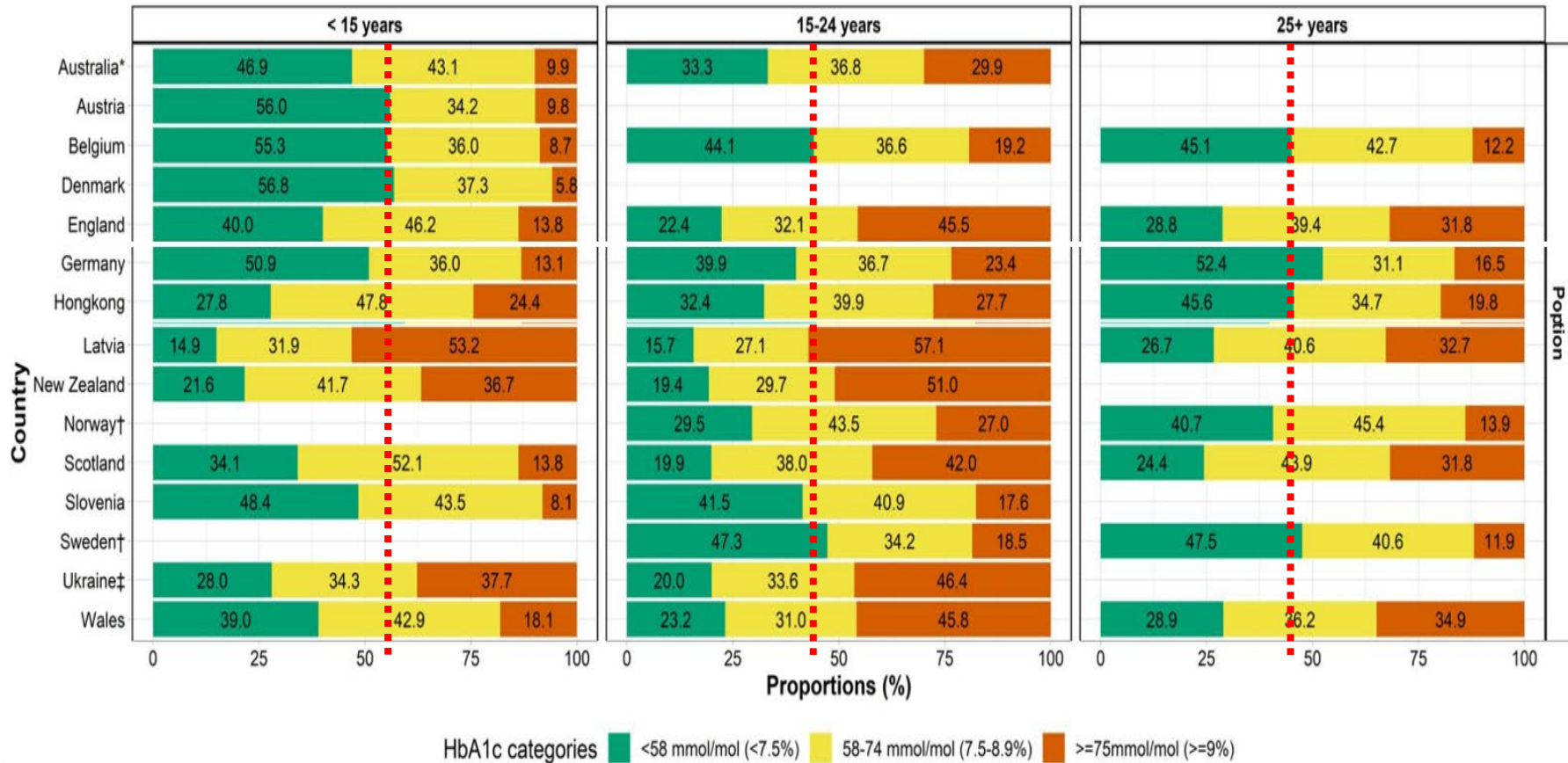
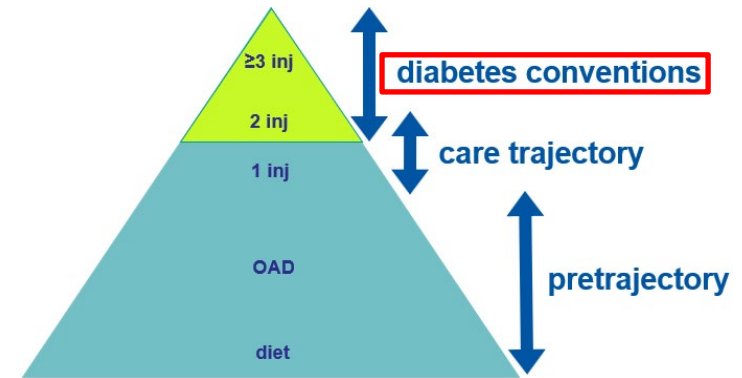
diabetesconventies

zorgtraject diabetes

'etraject'

**onvoldoende investering
in preventie en basiszorg
en onvoldoende data**

Belgische T1D zorg: wereldtop !



Diabetesconventie

Evolutie zorg en risicofactoren in België

Type 1 diabetes

Insuline afhankelijke diabetes



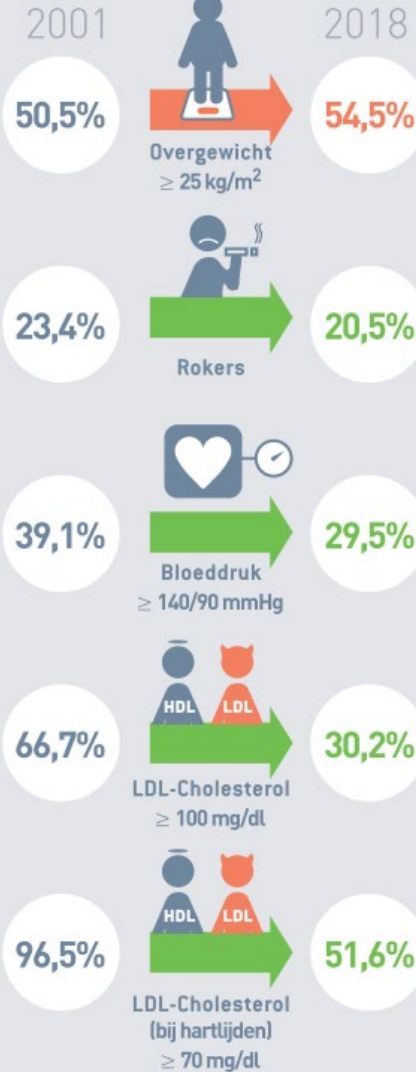
Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes

Meet en bevordert de kwaliteit van de zorg in alle Belgische diabetescentra sinds 2001



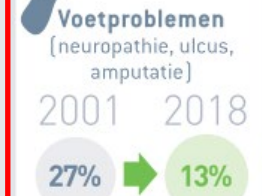
Risicofactoren voor hart- en vaatlijden

(% patiënten met)



Complicaties

(% patiënten met 1 of meerdere)



Type 1 diabetes

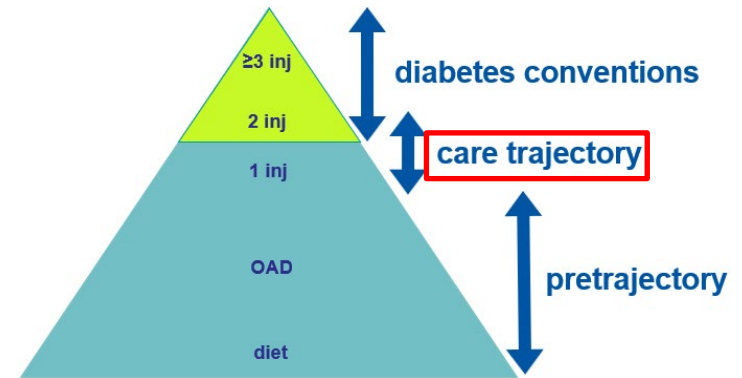
- Behandeling = Grote uitdaging
- Opvolging kwaliteit = Belangrijk
- Evolutie resultaten = Verbetering

zorgtraject diabetes

gedeelde zorg:
1^{ste} lijn, gesteund door specialistisch team



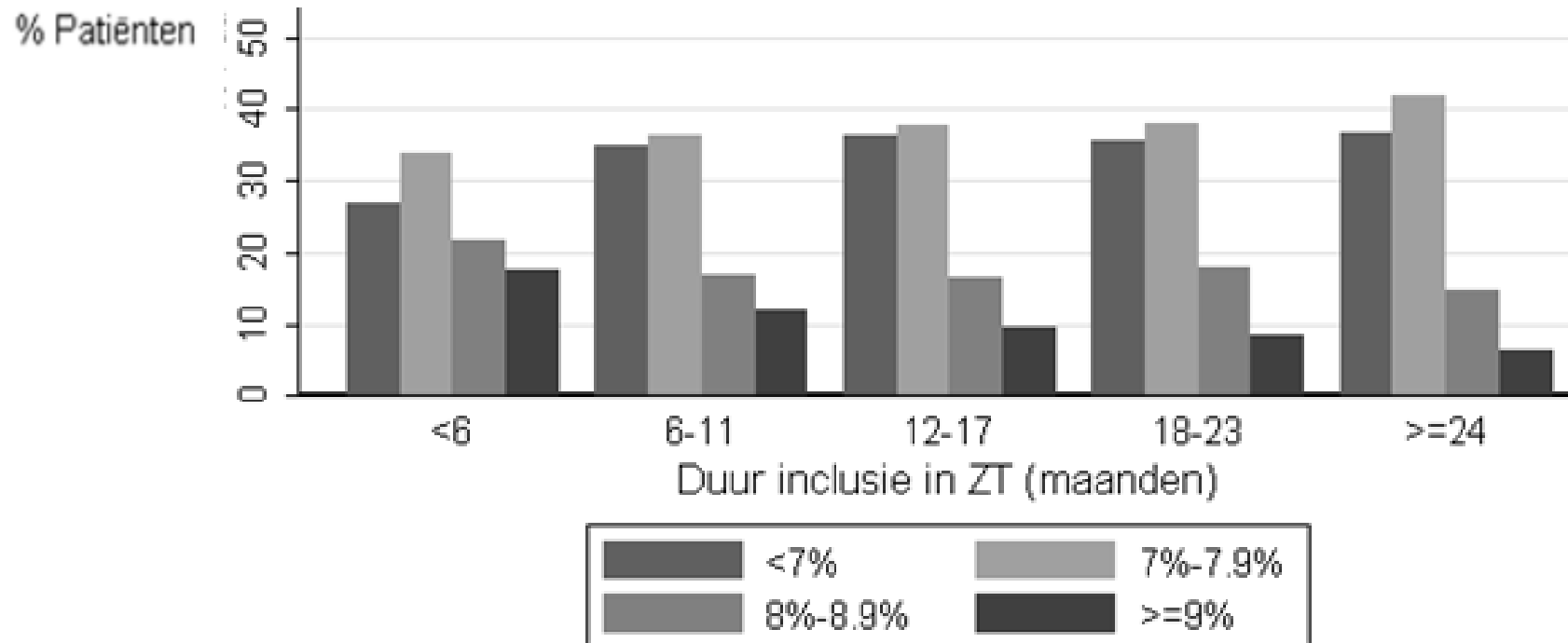
betere samenwerking
wederzijdse appreciatie



bevordert zorg op maat



ZTD: betere kwaliteit



| duur ZTD (m) | < 6 | 6-11 | 12-23 | ≥ 24 |
|----------------------|-----|------|-------|------|
| A1c < 7% (%) | 27 | 35 | 36 | 37 |
| LDL < 100 mg/dl (%) | 62 | 64 | 69 | 72 |
| BD < 140/90 mmHg (%) | 58 | 61 | 59 | 60 |

'pretraject' ondergebruikt

budget voor 300,000 pt, slechts gebruikt voor 35,000 (data eind 2019)

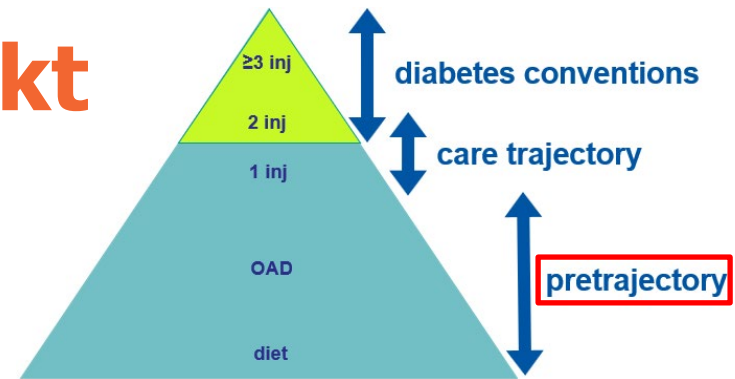
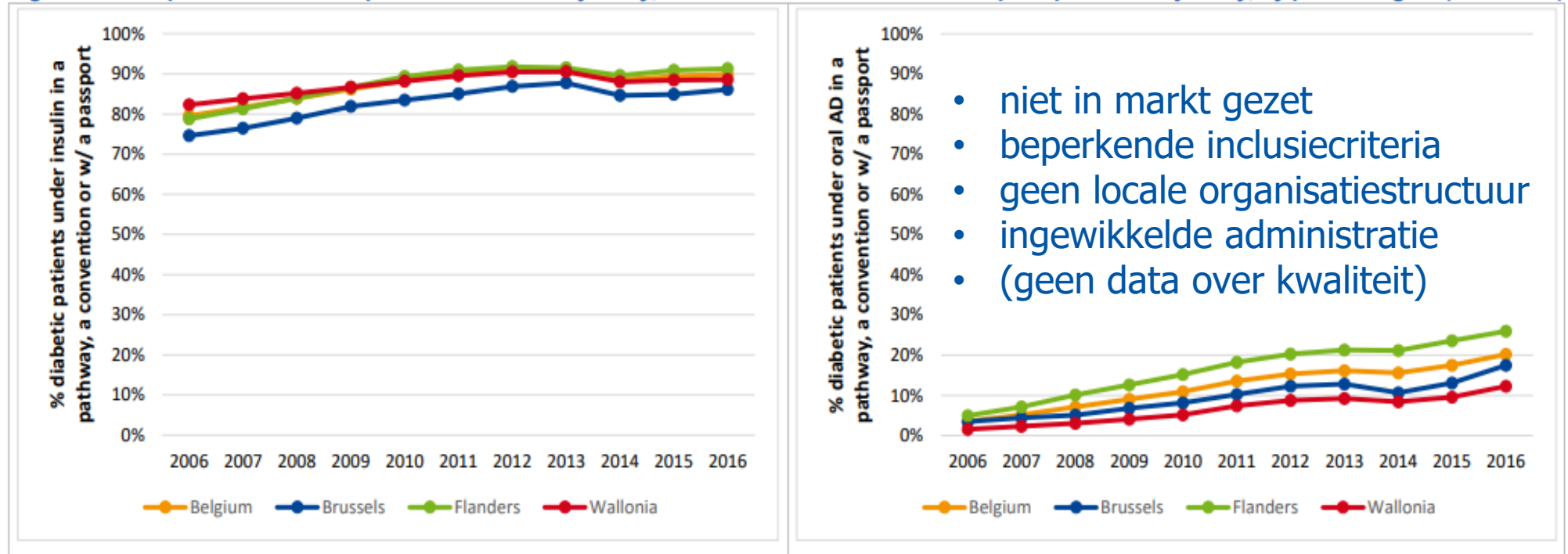


Figure 54 – Proportion of diabetic patients in a care trajectory, a convention or with a diabetes pass/pre-care trajectory, by patient region (2006-2016)



Source: IMA data. KCE calculation.

organisatie Belgische diabeteszorg

type 1

type 2

CSII
≥3 inj

≥3 inj

2 inj

1 inj

OAD

diabetesconventies

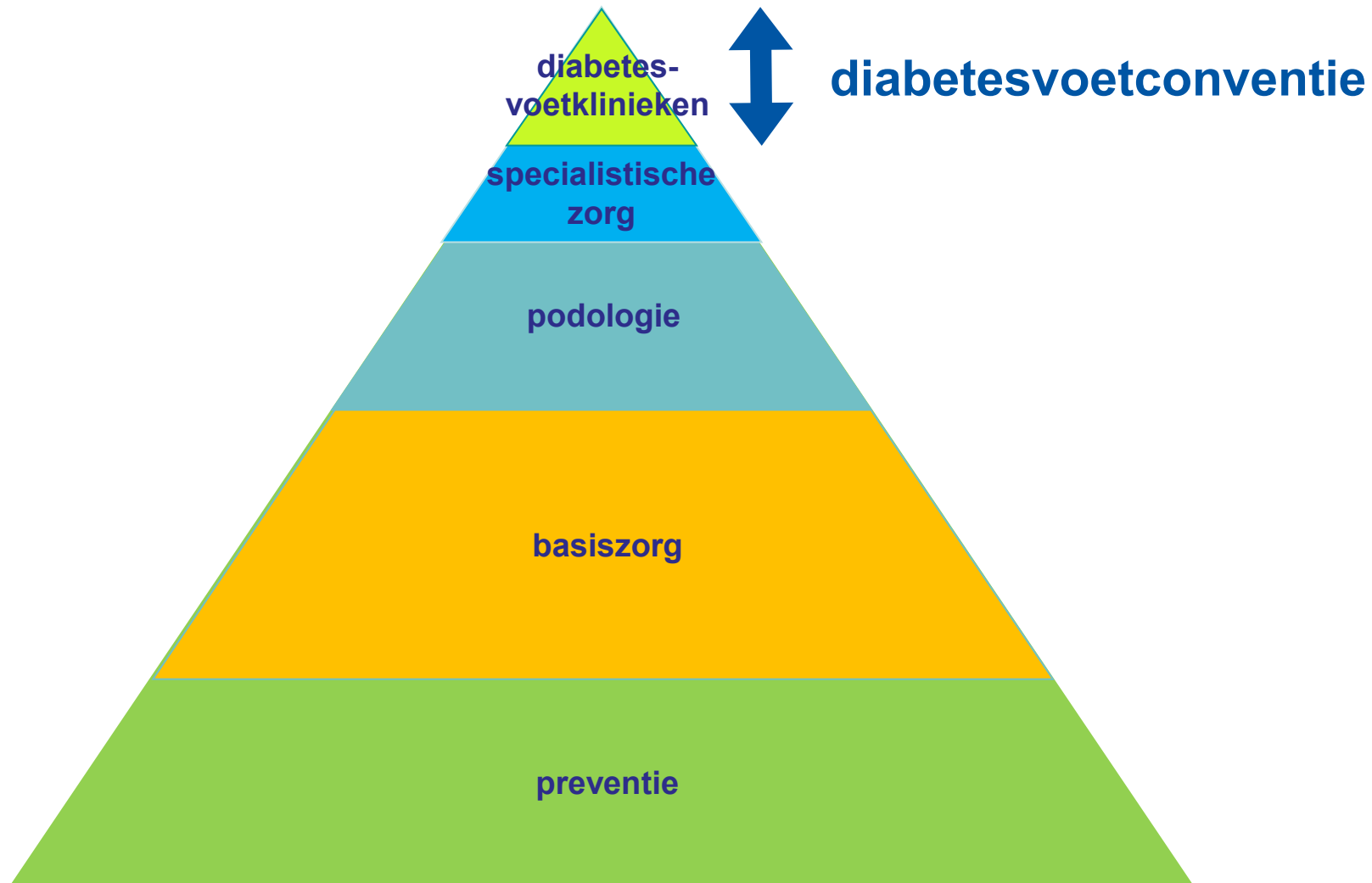
zorgtraject diabetes

'etraject'

**onvoldoende investering
in preventie en basiszorg
en onvoldoende data**

diabetesvoetzorg

organisatie Belgische diabetesvoetzorg



organisatie Belgische diabetesvoetzorg



erkenning diabetesvoetklinieken kwaliteitsbevordering via IKED-voet

DIABETES/METABOLISM RESEARCH AND REVIEWS

Diabetes Metab Res Rev 2016; 32(Suppl. 1): 318–325.

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/dmrr.2752

SUPPLEMENT ARTICLE

The German and Belgian accreditation models for diabetic foot services

Stephan Morbach^{1*}
Joachim Kersken²
Ralf Lobmann³
Frank Nobels⁴
Kris Doggen⁵
Kristien Van Acker⁶

¹Department of Diabetes and Angiology, Soest, Germany

²Department of Diabetology, Ahaus, Germany

³Department of Endocrinology, Diabetology and Geriatrics, Stuttgart General Hospital, Bad Cannstatt, Stuttgart, Germany

⁴Department of Endocrinology, OLV Aalst, Belgium

⁵Scientific Institute of Public Health, OD Public Health and Surveillance, Brussels, Belgium

⁶Centre Santé des Fagnes, Chimay, Belgium

*Correspondence to: Stephan Morbach, Department of Diabetes and Angiology, Marienkrankenhaus gGmbH, Widumgasse 5, 59494 Soest, Germany.
E-mail: s.morbach@mkh-soest.de

Abstract

The International Working Group on the Diabetic Foot recommends that auditing should be part of the organization of diabetic foot care, the efforts required for data collection and analysis being balanced by the expected benefits. In Germany legislature demands measures of quality management for in- and out-patient facilities, and, in 2003, the Germany Working Group on the Diabetic Foot defined and developed a certification procedure for diabetic foot centres to be recognized as 'specialized'. This includes a description of management facilities, treatment procedures and outcomes, as well as the organization of mutual auditing visits between the centres. Outcome data is collected at baseline and 6 months on 30 consecutive patients. By 2014 almost 24 000 cases had been collected and analysed. Since 2005 Belgian multidisciplinary diabetic foot clinics could apply for recognition by health authorities. For continued recognition diabetic foot clinics need to treat at least 52 patients with a new foot problem (Wagner 2 or more or active Charcot foot) per annum. Baseline and 6-month outcome data of these patients are included in an audit-feedback initiative. Although originally fully independent of each other, the common goal of these two initiatives is quality improvement of national diabetic foot care, and hence exchanges between systems has commenced. In future, the German and Belgian accreditation models might serve as templates for comparable initiatives in other countries. Just recently the International Working Group on the Diabetic Foot initiated a working group for further discussion of accreditation and auditing models (International Working Group on the Diabetic Foot AB(B)A Working Group). Copyright © 2016 John Wiley & Sons, Ltd.

Keywords diabetic foot; guidelines; interdisciplinary care; auditing; accreditation; national diabetic foot care

Introduction

Diabetic foot ulceration (DFU) is a common late-stage complication of diabetes, with up to 25% of individuals with diabetes experiencing at least one episode during their lifetime and with high recurrence rates [1,2]. It has a major effect both on quality of life [3] and resource utilization [4]. As the prevention of the development of diabetes mellitus has not yet been achieved and as its consequences such as neuropathy and vascular insufficiency can only be reduced once better understanding of their causation is available, the management of DFU must be considered a costly form of tertiary prevention [5].

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

Julie R. Ingelfinger, M.D., *Editor*

Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence

David G. Armstrong, D.P.M., M.D., Ph.D., Andrew J.M. Boulton, M.D.,
and Sicco A. Bus, Ph.D.

measure outcomes associated with clinician training in diabetic foot care and counseling. To that end, Germany and Belgium have ratified national guidelines on the certification of specialty centers for diabetic foot care. A major part of that certification focuses on clinician training, along with assessment of the training.⁵⁸

INITIATIEF VOOR KWALITEITSBEVORDERING EN EPIDEMIOLOGIE BIJ MULTIDISCIPLINAIRE DIABETES VOETKLINIEKEN (IKED-VOET)

Resultaten van de 6^{de} gegevensverzameling
(auditjaren 2018-2019)

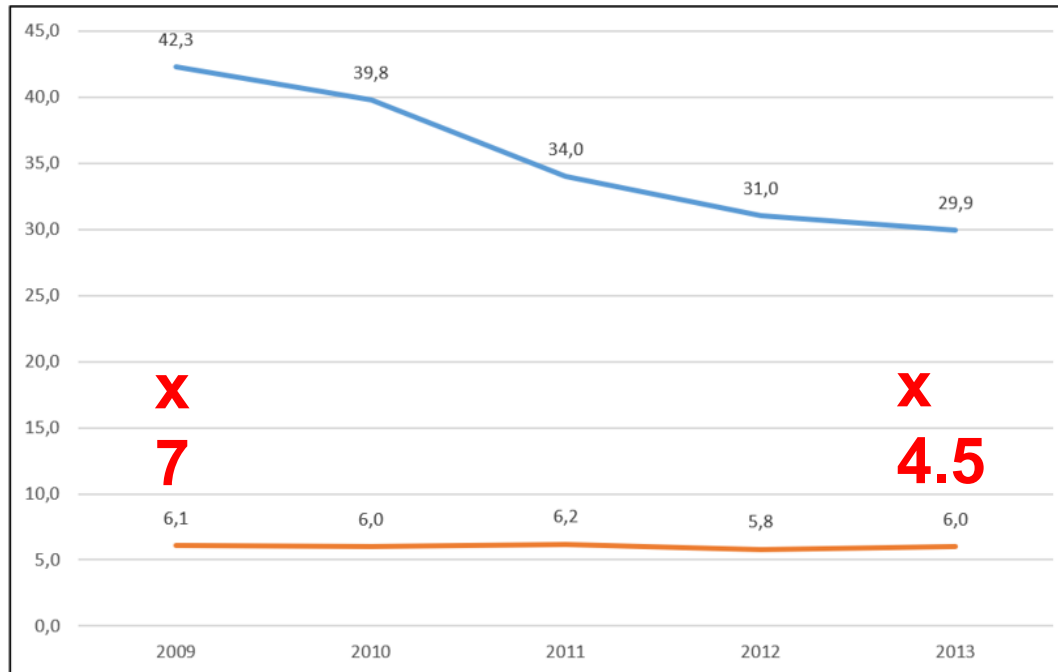




Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without: a nationwide study in Belgium

Heiner Claessen^{1,2,3} · Herve Avalosse^{4,5} · Joeri Guillaume^{4,6} · Maria Narres^{1,2,3} · Tatjana Kvitkina^{1,2,3} · Werner Arend² · Stephan Morbach^{2,7} · Patrick Lauwers^{8,9} · Frank Nobels^{6,10} · Jacques Boly⁵ · Chris Van Hul¹¹ · Kris Doggen¹² · Isabelle Dumont^{13,14} · Patricia Felix^{13,15} · Kristien Van Acker¹⁶ · Andrea Icks^{1,2}

Received: 8 January 2018 / Accepted: 8 May 2018



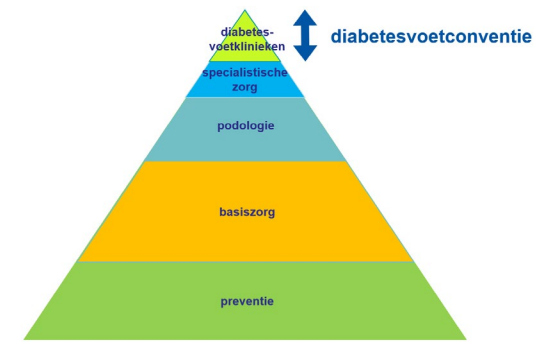
Yearly: 8% reduction in first major LEA in diabetics

Age-sex standardized major amputation rates (first amputation), per 100 000 inhabitants
diabetes versus no diabetes



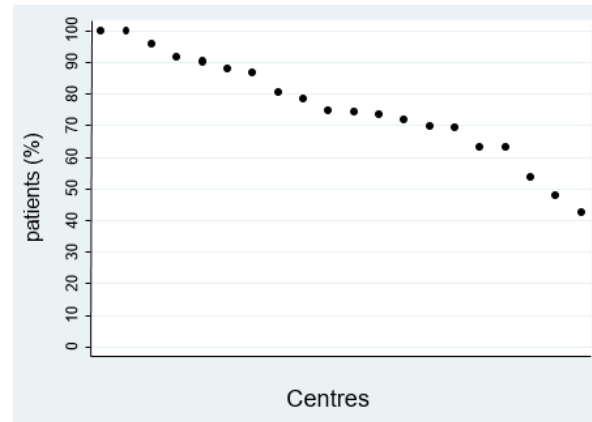
Ja, maar ...

variatie kwaliteit voetklinieken



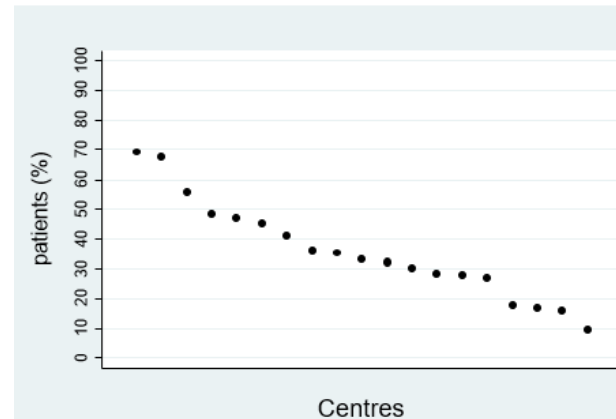
off-loading van plantaire ulcera

2005-2006



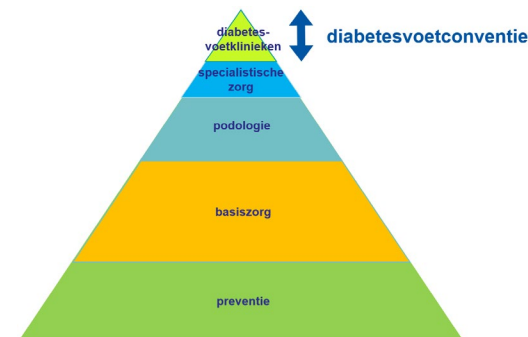
revascularisatie bij PAD

2005-2006



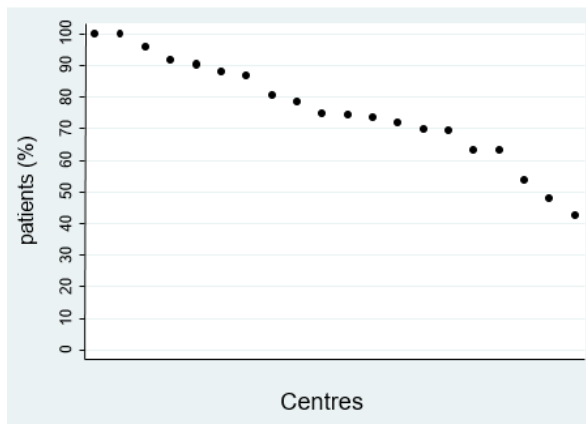
Ja, maar ...

variatie kwaliteit voetklinieken

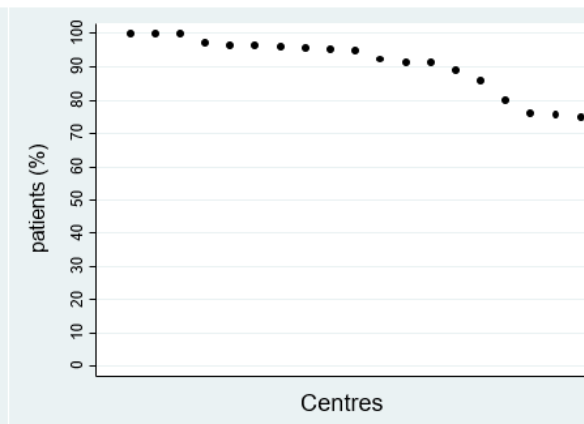


off-loading van plantaire ulcera

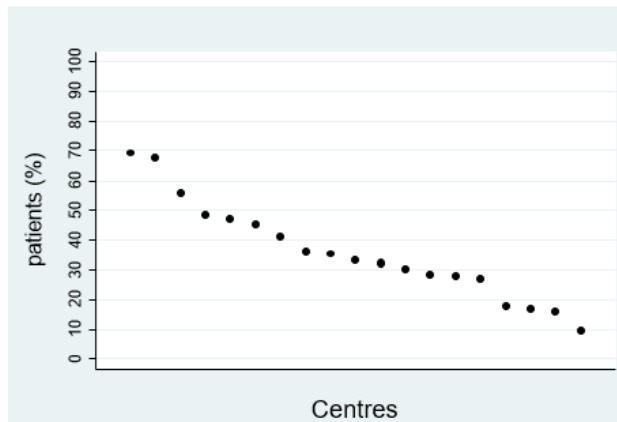
2005-2006



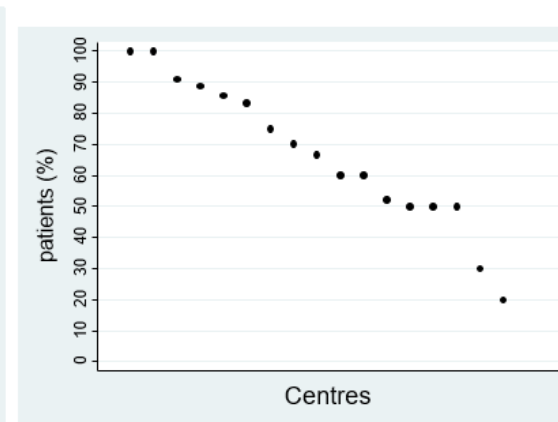
2008



2005-2006



2008



revascularisatie bij PAD

Ja, maar ...



verwezen naar onze diabetesvoetklinik: al enkele maanden wonde, heeft verder gewerkt



Waarom reageert men zo laat?

Denkt men niet logisch na?

verwezen naar onze diabetesvoetklinik:
al enkele maanden wonde, heeft verder gewerkt



Hadden we dit niet kunnen voorkomen?

knelpunten diabetesvoet

- onvoldoende screening en preventie
- onvoldoende fysiopathologisch inzicht bij veel zorgverleners
- onvoldoende samenwerking met podologen
- late doorverwijzing naar diabetesvoetkliniek
- vaak geen multidisciplinaire aanpak tijdens hospitalisatie
- onvoldoende secundaire preventie (schoeisel, podologie)
- hoge kost voor patiënt
- onvoldoende registratie van gegevens
- ...

we blijven aan de weg timmeren

meer 'awareness'
en kennis in 1^{ste} lijn

SMART-FOOT

Screening, Measures, Assessment,
Reaction and Timely treatment
of diabetic FOOT problems

Diabetesvoet voor de huisarts

Diabetes Liga

IWGDF



18/22 Vlaamse voetklinieken

EVALUATIE SMART-FOOT (259 huisartsen)



we blijven aan de weg timmeren

erkenning GVV als paramedisch beroep

| Risico categorie | Karakteristieken |
|------------------|---|
| 0 | Geen van volgende: <ul style="list-style-type: none"> - Neuropathie (verlies van perifere protectieve gevoeligheid= LOPS); - Perifeer vaatlijden (PAD); - Immun gecompromitteerd; - Orthopedische afwijkingen met functionele klachten; |
| 1 | 1 van volgende: <ul style="list-style-type: none"> - Neuropathie (verlies van perifere protectieve gevoeligheid= LOPS); - perifeer vaatlijden (PAD); - Immun gecompromitteerd; - Orthopedische afwijkingen met functionele klachten; |
| 2 | 2 van volgende: <ul style="list-style-type: none"> - Neuropathie (verlies van perifere protectieve gevoeligheid= LOPS); - Perifeer vaatlijden (PAD); - Immun gecompromitteerd; - Niet reduceerbare orthopedische voetafwijking; |
| 3 | ulcus of amputatie ter hoogte van de voet of voorgeschiedenis hiervan EN minstens 1 van de volgende <ul style="list-style-type: none"> - Neuropathie (verlies van perifere protectieve gevoeligheid= LOPS); - Of perifeer vaatlijden (PAD); - Of immun gecompromitteerd ; - Of niet reduceerbare voetafwijking <p>(dialysepatiënten behoren automatisch tot risicocategorie 3)</p> |

| Voet-hygiënist | risico categorie 0 | risico categorie 1 | risico categorie 2 | risico categorie 3 |
|--|---|--|--|---|
| Anamnese/Screening/Inspectie en palpatie | autonoom | autonoom | autonoom | autonoom |
| Basiszorg | autonoom | voorschrift arts of gedelegeerd door podoloog | voorschrift arts of gedelegeerd door podoloog | voorschrift specialist en gedelegeerd door podoloog |
| Eenvoudige technieken | autonoom | voorschrift arts of gedelegeerd door podoloog | voorschrift arts en gedelegeerd door podoloog | multidisciplinair - tv specialist en gedelegeerd door podoloog |
| Complexe technieken | voorschrift arts of gedelegeerd door podoloog | voorschrift arts en gedelegeerd door podoloog | voorschrift arts en gedelegeerd door podoloog | multidisciplinair - tv specialist en gedelegeerd door podoloog |

service public fédéral
 SANTÉ PUBLIQUE,
 SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
 ET ENVIRONNEMENT



federale overheidsdienst
 VOLKSGEZONDHEID,
 VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
 EN LEEFMILIEU

CFPP/2021/AVIS-2 **FRPB/2021/ADVIES-2**
 21/04/2021

Avis du Conseil fédéral des
 professions paramédicales
 concernant le podologue et
 l'hygiéniste du pied

Advies van de Federale Raad voor
 de paramedische beroepen
 betreffende de podoloog en de
 voet-hygiënist

Direction générale Soins de Santé
 Professions des soins de santé et pratique
 professionnelle
 Cellule organes d'avis et réglementation
 Avenue Galilée 5/2 - 1210 Bruxelles
www.health.belgium.be

Directoraat-generaal Gezondheidszorg
 Gezondheidszorgberoepen en
 Beroepsuitoefening
 Cel adviesorganen en regelgeving
 Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel
www.health.belgium.be

we blijven aan de weg timmeren

meer podologie

momenteel 2 x /j
nood aan ≥ 6 x/j in secundaire preventie



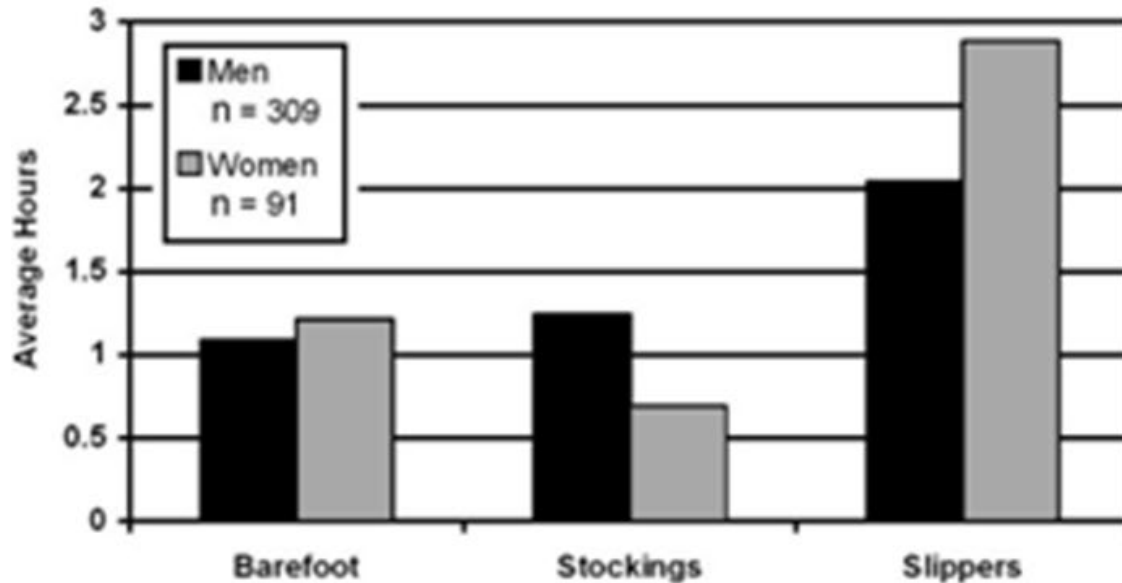
Table 1: The IWGDF Risk Classification System 2015 and preventative screening frequency

| Category | Characteristics | Frequency |
|----------|---|-----------------------|
| 0 | No peripheral neuropathy | Once a year |
| 1 | Peripheral neuropathy | Once every 6 months |
| 2 | Peripheral neuropathy with peripheral artery disease and/or a foot deformity | Once every 3-6 months |
| 3 | Peripheral neuropathy and a history of foot ulcer or lower-extremity amputation | Once every 1-3 months |

we blijven aan de weg timmeren

aangepast schoeisel voor binnenshuis

individuals with diabetes and a history of foot ulcers

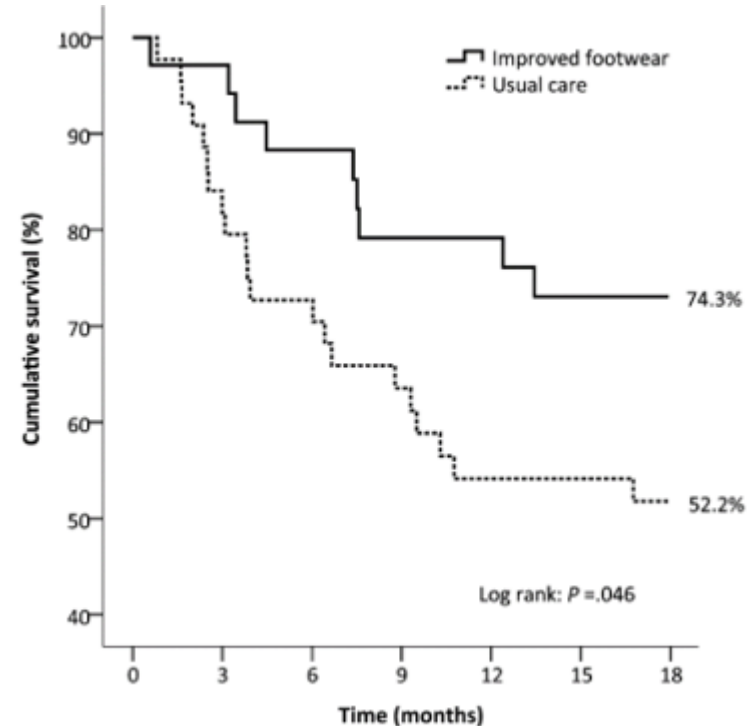


Men and women spent nearly 30% of their time while out of bed in slippers, stockings, and barefoot.

we blijven aan de weg timmeren

kwaliteit van schoeisel

proberen in-shoe drukmetingen
in de voetconventie te krijgen



Patients who adhered ($\geq 80\%$ of steps
in custom-made footwear) ($n = 79$)

toekomstige uitdagingen

enorme toename van diabetes



de pathologie verandert

van 'eenvoudige'
neuropatische ulcera



naar complexe vasculaire
infectieuze voetproblemen
bij pt met veel comorbiditeit



de maatschappij verandert

- krappe financiering van ziekenhuizen
- 'sociale zekerheid' schuift naar risicoverzekering
- mensen die buiten het systeem staan (migratie, vluchtelingen)



nog een lange weg te gaan



nog een beetje reclame voor het

Vlaams Tijdschrift voor Diabetologie

(... voor de Diabetes Liga)

Beenamputaties in dalende lijn bij diabetes

Hervé Avalosse¹, dr. Patrick Lauwers², prof. dr. Frank Nobels³, Johan Vanoverloop⁴, dr. Kristien Van Acker⁵

¹IMA en Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, ²Vaatchirurg, diabetesvoetkliniek UZ Antwerpen, ³Endocrinoloog, diabetesvoetkliniek OLV Aalst, ⁴IMA en Socialistische Mutualiteit, ⁵Diabetoloog, Centre de Santé des Fagnes, Chimay.

Correspondentie: Frank.Nobels@olvz-aalst.be

Referentie: Avalosse H, Lauwers P, Nobels F, Vanoverloop J, Van Acker K, *Vlaams tijdschrift voor Diabetologie* 2019 nr. 1, 6-8.

Bespreking van:

Claessen H, Avalosse H, Guillaume J, Narres M, Kvitkina T, Arend W, Morbach S, Lauwers P, Nobels F, Boly J, Van Hul C, Doggen K, Dumont I, Felix P, Van Acker K, Icks A. Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without: a nationwide study in Belgium. *Diabetologia* 2018;61:1966–1977 (<https://doi.org/10.1007/s00125-018-4655-6>)

Amputaties van het onderste lidmaat werden 10 jaar geleden zeven keer meer uitgevoerd bij diabetespatiënten dan bij de algemene bevolking. Sindsdien is het aantal amputaties met ongeveer een derde verminderd. Dat blijkt uit een onderzoek van het Intermutualistisch Agentschap in samenwerking met Belgische diabetesvoetspecialisten en de universiteit van Düsseldorf.

INLEIDING

Voor het eerst werd in België een nationale studie uitgevoerd die het risico onderzocht op amputaties van het onderste lidmaat bij een populatie met en zonder diabetes. Deze studie is het resultaat van een samenwerking tussen het Intermutualistisch

De Belgische gezondheidszorg heeft verschillende initiatieven genomen om complicaties van de diabetesvoet te beperken, onder andere door het stimuleren van goede diabeteszorg via het zorgtraject diabetes of de diabetesconventie, tegemoetkoming voor podologische zorg en erkenning van gespecialiseerde diabetesvoetklinieken. Op dit ogenblik zijn er 35 erkende diabetische voetklinieken actief.

Er zijn weinig studies voorhanden die de evolutie van het risico op een amputatie opvolgen in een risicopopulatie, waarbij men diabetespatiënten vergelijkt met mensen zonder diabetes. Voor ons land vult de huidige studie deze leemte op. Ze laat toe te zien of en in welke mate er vooruitgang werd geboekt.

METHODE – GEGEVENS

De data die onderzocht werden zijn verzameld door het Intermutualistisch Agentschap en slaan op de periode 2009 tot en met 2013. Ze gaan over de gehele Belgische populatie. Om na te gaan of een persoon diabetes heeft werd gebruik gemaakt van gegevens uit de facturatiegegevens waarover het IMA beschikt: prestaties die rechtstreeks gelinkt zijn aan diabetes (zoals bv. het zorgtraject en specifieke revalidatieovereenkomsten (conventies)), het gebruik van geneesmiddelen (bv. insuline) en herhaaldelijke metingen van het HbA1c (een test

Minder amputaties, ja maar ...

prof. dr. Frank Nobels^{1*}, dr. Patrick Lauwers², prof. dr. Caren Randon³, dr. Kristien Van Acker⁴

¹Diabetoloog, OLV-Ziekenhuis, Aalst, ²dienst vaatheekunde, diabetische voetkliniek, UZ Antwerpen, ³dienst vaatheekunde, diabetische voetkliniek, UZ Gent, ⁴Diabetoloog, AZ Heilige Familie, Rumst en Centre de Santé des Fagnes, Chimay.

***Correspondentie:** Frank.Nobels@olvz-aalst.be

Referentie: Nobels F, Lauwers P, Randon C, Van Acker K. *Vlaams tijdschrift voor Diabetologie* 2019 nr. 1, 9-11.

In dit nummer worden de mooie resultaten van de Belgische amputatiestudie besproken.¹ Deze tonen dat het aantal beenamputaties bij mensen met diabetes in dalende lijn is. Dit is ongetwijfeld grotendeels het gevolg van de inspanningen die in België werden gedaan om goede diabetesvoetzorg te bevorderen.

De eerste stappen naar een hoogkwalitatieve diabetesvoetzorg in ons land werden 30 jaar geleden gezet, met het opstarten van de eerste interdisciplinaire diabetesvoetklinieken in enkele pioniercentra. Dit voorbeeld werd geleidelijk aan door meer en meer centra gevolgd en leidde tot progressieve verbetering van de aanpak van diabetesvoet in ons land met tal van initiatieven in de eerste lijn en in diabetescentra. Met de introductie van de diabetespas verbeterde in 2003 de toegang tot podologische zorg voor diabetespatiënten met verhoogd voetrisico. In 2005 werden via de zogenaamde diabetesvoetconventie (de revalidatieovereenkomst inzake derdelijns curatieve diabetische voetklinieken) 22 diabetesvoetklinieken erkend die voldeden aan strikte wettelijke vereisten wat betreft de samenstelling van hun team, de uitgebreidheid van hun patiëntenaanbod, en de organisatie van een wachtsysteem. In 2009-2010 werden 14 extra centra erkend. Deze erkende diabetesvoetklinieken bieden interdisciplinaire consultaties aan met samenwerking van verschillende disciplines. Deze voetklinieken hebben een systeem van kwaliteitsbevordering opgezet, met datacollectie, benchmarking en peer review (IKED-voet). België en Duitsland waren tot heel recent de enige landen die een dergelijke kwaliteitsbevordering

zouden voorkomen kunnen worden door de verwijzingstijd te verkorten ('time is tissue'). Daarom dient een lage drempel voor verwijzing naar een diabetesvoetkliniek of naar een spoedafdeling gehanteerd te worden bij diabetische voetwonden: zo snel mogelijk bij tekenen van infectie of ischemie (geen pulsaties voelbaar); bij overige ulcera als ze niet binnen 2 weken zichtbaar verkleinen (cfr. Fast-track pathway for diabetic foot ulceration van D-Foot International).³

Het diabetesvoetteam dient een wachtpermanentie te voorzien om urgent advies te kunnen geven en in overleg met de eerste lijn te kunnen beslissen of de patiënt electief kan gezien worden op de diabetesvoetpolikliniek of dringend gehospitaliseerd moet worden. Bij dringende verwijzing voor hospitalisatie dient snel overlegd te worden met de wacht van het diabetesvoetteam om te beslissen of urgent chirurgisch debridement voor infectiebestrijding en/of urgent vasculair herstel bij ischemie dienen georganiseerd te worden. Dergelijke voeturgenties noemt men ook wel 'foot attack' omdat men naar analogie van een myocardinfarct ('heart attack') of van een CVA ('brain attack') geen tijd mag verliezen.

Actie nodig:

Adequate reactie bij voetalarm vraagt:

- Sensibilisatie van het algemeen publiek over de ernst van diabetesvoetproblemen.
- Educatie en sensibilisatie van diabetespatiënten, die moeten

DE IMPACT VAN COVID-19 OP DE WERKING VAN DE BELGISCHE DIABETESVOETKLINIEKEN EN DE ERNST VAN HET VOETULCUS BIJ PRESENTATIE

An-Sofie Vanherwegen^{1*}, Prof. dr. Eveline Dirinck², Astrid Lavens¹, Kris Doggen¹, Dr. Patrick Lauwers³, Prof. dr. Frank Nobels⁴, namens de IKED-Voet COVID-19-werkgroep

¹Gezondheidszorgonderzoek, Sciensano; ²Departement endocrinologie, diabetologie en metabolisme, UZ Antwerpen; ³Departement thoracale en vasculaire chirurgie, UZ Antwerpen; ⁴Departement endocrinologie, OLV Aalst

*Correspondentie: An-Sofie.Vanherwegen@sciensano.be

Referentie: Vanherwegen AS, Dirinck E, Lavens A, Doggen K, Lauwers P, Nobels F. *Vlaams tijdschrift voor Diabetologie*. 2021;nr.1:6-9.

INLEIDING

Sinds begin 2020 houdt het COVID-19-virus (*coronavirus disease 2019*) ons in zijn greep. De nationale lockdown van 14 maart tot en met 3 mei 2020 beperkte de vrije verplaatsing van personen en liet enkel dringende medische consultaties en interventies toe in de ziekenhuizen.¹ Ook de dagelijkse werking van de diabetesvoetklinieken (DVK) en de multidisciplinaire opvolging van patiënten met diabetische voetproblemen werd hierdoor sterk beïnvloed. Hoewel er duidelijk gecommuniceerd werd vanuit de beroepsverenigingen om diabetische voet steeds als urgente zorg te beschouwen, waren veel patiënten terughoudend om op raadpleging te komen. Bovendien waren de therapeutische mogelijkheden binnen de ziekenhuizen vaak logistiek beperkt.

Diabetische voet is een ernstige complicatie van diabetes en is geassocieerd met diabetische neuropathie en perifere vaatlijden. Overdruk op drukpunten van de voet of een voettrauma, dat gewoonlijk onopgemerkt blijft door het verlies van beschermende gevoeligheid, kunnen een diabetische voetulcus (DVU) of, minder frequent, een Charcotvoet tot gevolg hebben.² De jaarlijkse incidentie van DVU bij personen met diabetes is ongeveer 2%.²⁻³ Er wordt geschat dat 19 tot 34% van de personen met diabetes in hun leven met een DVU geconfronteerd wordt.^{2,4} Indien niet tijdig of correct behandeld, kunnen voetcomplicaties leiden tot een amputatie. Zo gaat in 85% van de amputaties van de onderste ledematen bij personen met diabetes een DVU vooraf.⁴

METHODE

De IKED-Voet COVID-19-studie is een multicentrische prospectieve cohortestudie in de context van de lopende IKED-Voet-gegevensverzameling in 2020. Alle DVK in België die erkend waren op 1 januari 2020 werden uitgenodigd. Deelname aan deze studie was op vrijwillige basis. Patiënten met een DVU van Wagnergraad ≥ 2 die een eerste contact hadden met de diabetesvoetklinik tussen 1 januari en 30 september 2020 werden geïncludeerd. In het geval dat een patiënt zich met meer dan één DVU presenteerde, werd enkel het DVU met de hoogst verwachte impact op de prognose geïncludeerd als "index"-DVU. De studieopzet en inclusiecriteria van IKED-Voet worden gedetailleerder beschreven in de informatiebrochure.⁸ Het IKED-Voet-project heeft de toestemming van het Informatie veiligheidscomité voor het verzamelen en gebruiken van patiëntgegevens. Via een online enquête werd gevraagd naar de maatregelen die de DVK hebben genomen tijdens en na de lockdown om hun werking te garanderen.

Het aantal patiënten geïncludeerd over de duur van deze studie werd vergeleken met het aantal inclusies tijdens de vorige IKED-Voet-gegevensverzamelingen (2016 en 2018). Patiënten werden op basis van de datum van het eerste contact toegewezen aan de pre-lockdowngroep (groep A, eerste contact tussen 1 januari en 13 maart), de lockdowngroep (groep B, eerste contact tussen 14 maart en 3 mei) of de post-lockdowngroep (groep C, eerste contact tussen 4 mei en 30 september). In de eerste fase van deze studie werden gegevens met betrekking tot de presentatie in de DVK verzameld, met name

