

**SPECIAL!**

# Diabetische voetnieuws

Voor het voetlicht

## Best Practice

Diabetische Voetzorg Nederland 2026



Editors: Dr. Gwendolyn Cazander  
Dr. Roel Vaes  
Drs. Kim Gerritsen



**Dr. G. Cazander**  
Vaatchirurg

Deze speciale editie van het Diabetische voetnieuws beschrijft een samenvatting van het nieuwe, nationale 'Best Practice' document Diabetische voetzorg. U vindt het gehele document op: [www.diabetische-voeten.nl/bestpractice](http://www.diabetische-voeten.nl/bestpractice).

Zorg voor de diabetische voet raakt direct aan wat voor patiënten van groot belang is: mobiliteit, zelfstandigheid en kwaliteit van leven. Een voetulcus is zelden een geïsoleerd probleem. Het markeert het begin van een langdurig en belastend zorgtraject, met ingrijpende gevolgen voor het dagelijks functioneren van de patiënt. Juist daarom vraagt deze problematiek om zorg die zorgvuldig, onderbouwd en goed georganiseerd is.



## Deel I - Achtergrond en ziektebeeld

### 1 De diabetische voet

#### 1.1 Epidemiologie en impact van het diabetisch voetulcus

Diabetische voetproblemen zijn een veelvoorkomende en ernstige complicatie van diabetes met een recidiverend karakter, hoge mortaliteit en amputatierisico. Preventie en vroege herkenning van risicovoeten zijn cruciaal. Multidisciplinaire behandeling verlaagt amputaties, ziekenhuisopnames en overlijden significant.

Het levenslange risico op het ontstaan van een ulcus bij diabetes is 19-34% en een eerder ulcus betekent blijvend hoog recidiefrisico (tot >60% binnen 3 jaar). De mortaliteit na een ulcus is vergelijkbaar met en vaak zelfs hoger dan die van diverse soorten maligniteiten.

#### 1.2 Ontwikkeling van een diabetisch voetulcus

Ulcera ontstaan meestal multifactorieel, waarbij kleine mechanische trauma's vaak de trigger zijn voor ontstaan. Daarna vormen neuropathie, deformiteit en (verder) trauma de kerntriade. Callusvorming is een belangrijk klinisch voorstadium van ulcusvorming. Ischemie draagt significant bij aan vertraging van de wondgenezing en verhoogt amputatierisico.

#### 1.3 Charcot neuro-osteopropathie

Charcot is een inflammatoire botdestructie bij neuropathie en ontstaat niet primair door mechanische overbelasting, zoals bij de, hierboven beschreven, klassieke diabetische voet. Inflammatoire cytokinen (RANK-RANKL pathway) spelen hierin een belangrijke rol. Elke warme neuropathische voet moet worden beschouwd als Charcot totdat het tegendeel bewezen is. Bij verdenking dient direct te worden gestart met immobilisatie.



## Deel II - Klinische beoordeling

### 2 Individuele beoordeling van de patiënt

Baseer behandeling op de totale patiënt, niet alleen op de wond. Integreer patiëntfactoren, zoals mobiliteit, comorbiditeit en zelfzorg in de behandelbesluitvorming. Cardiovasculaire ziekte en nierfunctiestoornissen voorspellen slechtere uitkomsten. Neem psychosociale factoren en kwetsbaarheid mee in de behandeloverwegingen. Herbeoordeel dynamisch bij verandering van kliniek.

### 3 Classificatie van voetulcera

Classificatiesystemen helpen bij communicatie en triage, maar voorspellen individuele uitkomsten beperkt. Classificaties kunnen dienen als hulpmiddel, maar zijn geen vervanging van klinisch oordeel. Aanbevolen systemen zijn: SINBAD voor communicatie en audits, IDSA/IWGDF voor infectieclassificatie en Wifi bij perifere vaatlijden en revascularisatiebeslissingen.

### 4 Radiologische diagnostiek

Beeldvorming helpt bij het onderscheiden van infectie, ischemie en Charcot. Start met een belaste röntgenfoto bij verdenking van botbetrokkenheid. Gebruik MRI met contrast indien aanvullende informatie nodig is, bijvoorbeeld bij vroege osteomyelitis en wekdelencomplicaties (gouden standaard) of Charcot. Overweeg een geavanceerde (Dual Energy) CT scan om beter onderscheid te maken tussen Charcot of osteomyelitis. Combineer beeldvorming altijd met klinische beoordeling.



## Deel III - Behandeling

### 5 Multidisciplinaire behandeling

Effectieve diabetische voetzorg vereist multidisciplinaire samenwerking. Belangrijke behandelcomponenten die gelijktijdig én vroegtijdig moeten worden aangepakt, zijn behandeling van ischemie en infectie, adequate offloading van drukpunten, regelmatig debridement, wondzorg en - bij oedeem en voldoende arteriële perfusie - compressietherapie, chirurgische correctie van deformiteiten en/of reconstructie wanneer nodig.

#### 5.1 Vaatlijden

Beoordeel altijd de perfusie bij diabetische (pre-)ulcera. Interpreteer EAI-waarden voorzichtig bij diabetes en gebruik TAI en TcPO<sub>2</sub> aanvullend. Een TAI < 0.3 is prognostisch voor slechte wondgenezing. Overweeg tijdig aanvullende beeldvorming en revascularisatie bij (kritische) ischemie of stagnerende wondgenezing. Combineer vasculaire interventie altijd met wondbehandeling en offloading.

#### 5.2 Infecties

Classificeer infectie volgens IDSA/IWGDF. Kweek bij voorkeur via diep weefselbiopt na debridement en doe geen oppervlakkige uitstrijkjes/swabs, die kunnen leiden tot verkeerde behandeling en weefselverlies. Bij osteomyelitis liefst een botbiopt en beeldvorming. Behandel gericht antibioticus, zo mogelijk, en start anders empirisch flucloxacilline bij milde infectie, flucloxacilline+ciprofloxacine of augmentin bij matig ernstige infectie en piperacilline/tazobactam bij ernstige infectie. Verricht een chirurgisch debridement bij necrose of diepe infectie.

### 5.3 Offloading

**Offloading is essentieel** voor genezing van neuropathische ulcera, waarbij de **Total Contact Cast** (of niet-afneembare hoge walker) de gouden standaard is bij plantaire ulcera. Alternatieven bij contra-indicaties zijn bijvoorbeeld een **knie- of enkelhoge walker of afneembaar gips**. Voorlopig Orthopedische Schoenen (VLOS) worden vaak ingezet ter overbrugging tot de definitieve Orthopedische Schoenen (OSA) klaar zijn. Bij keuze voor offloading meewegen: mobiliteit, veiligheid, valrisico, therapietrouw, kwaliteit van leven, wondcontrole opties en kosten.

### 5.4 Chirurgische interventies

Behandel altijd de biomechanische oorzaak, omdat de correctie van deformiteiten ulcera kan voorkomen. **Combineer chirurgie met langdurige, conservatieve offloading**. Best bewezen interventies zijn **achillespeesverlenging en gastrocnemius release bij voorvoetdruk, en flexor tenotomie bij digitale ulcera** (vroeg inzetten; ook preventief), terwijl complexere reconstructies gebaseerd zijn op lagere evidence, maar klinisch noodzakelijk blijven bij geselecteerde patiënten, vooral bij recidiefdruppunten. Optimaliseer perfusie vóór voetstandcorrectie.

### 5.5 Wekedenreconstructies

**Overweeg plastische reconstructie** bij grote weefseldefecten, waarbij op dit moment vrije lappen de best bewezen en meest succesvolle techniek zijn (succes ≈85-90%). Herstel tegelijkertijd stabiliteit en drukverdeling. Verwijs complexe patiënten naar expertise centra. **Indien amputatie nodig is, overweeg dan 'targeted muscle reinnervation'**: een reconstructieve techniek waarbij zenuwen opnieuw op spieren worden aangesloten om zenuwpijn te voorkomen.

### 5.6 Dermatologische zorg

Behandel xerosis/droge huid door dagelijks smeren met een hydraterende crème; lanette of cetomagrol (vergoed) of een ureumhoudende crème (niet vergoed, wel beter). Behandel hyperkeratose, schimmelinfecties en huidafwijkingen actief. Een onychomycose is geassocieerd met een verhoogd risico op een **ulcus**. Voorkom fissuren en huidbeschadiging.

## Lokale wondbehandeling

### 5.7 Debridement

Regelmatig debridement is een centrale pijler in de behandeling van ulcera. Hoogwaardig bewijs ondersteunt scherp/**chirurgisch debridement** als primaire interventie bij necrotische of geïnfecteerde wonden, terwijl **madetherapie** een effectieve en selectieve alternatieve methode vertegenwoordigt. Autolytische en enzymatische technieken hebben een aanvullende rol in geselecteerde situaties.

### 5.8 Wondbedekkers

Na debridement is het doel van wondbedekking het handhaven van een **stabiel vochtig wondmilieu met adequate exsudaatcontrole en bescherming van de wondranden** (voorkom maceratie). Standaard wondzorg blijft de basis; slechts beperkt bewijs ondersteunt het routinematig gebruik van geavanceerde verbandmaterialen, met uitzondering van specifieke indicaties zoals **sucrose-octasulfaat** verband bij niet geïnfecteerde neuro-ischemische diabetische voetulcera.

## Geavanceerde wondbehandeling

### 5.9 Negatieve druktherapie

Negatieve druktherapie (NDT) kan een nuttige aanvullende, postoperatieve, wondbehandeling zijn, vooral ter **stimulatie van granulatieweefselvorming in de regeneratiefase**. Er is echter **geen bewijs voor snellere wondsluiting** (hooguit zeer beperkt) of kosten-effectiviteit door gebruik van NDT ten opzichte van standaardzorg. **NDT biedt praktisch wondmanagement**. Gebruik het niet bij onbehandelde ischemie, actieve onbehandelde infectie (evt. spoel-NDT) of blootliggende vitale structuren zonder adequate bescherming.

### 5.10 Hyperbare zuurstoftherapie

Overweeg hyperbare zuurstoftherapie (HBOT) als **adjuvante behandeling** na ≥12 weken optimale wondzorg (of eerder bij bedreigde voet) en/of na 6 weken behandeling van een osteomyelitis, na adequate revascularisatie en infectiebehandeling. **HBOT dient tijdig in het behandeltraject te worden ingezet** om de kans op wondgenezing en amputatiepreventie te maximaliseren.



## Deel IV – Preventie en lange termijn zorg

## 6 Preventie van diabetische voetulcera

### 6.1 Herkennen van een 'at risk' voet

**Identificeer tijdig** de 'at-risk' voet. Effectieve preventie berust op **5 kerninterventies**: 1) **jaarlijkse screening** op neuropathie en arterieel vaatlijden; 2) **frequenter toezicht bij verhoogd risico**; 3) **behandeling van modificeerbare factoren** zoals drukpunten en pre-ulceratieve laesie; 4) **gestructureerde patiënteducatie** gericht op dagelijkse voetzorg en vroegsignalering en 5) **adequaat drukverdelend schoeisel**, dat consequent gedragen wordt. Preventie is de meest effectieve interventie en hierbij is de zorg van de podotherapeut en medische pedicure onmisbaar.

### 6.2 Educatie

**Geef gepersonaliseerde, eenvoudige en visueel ondersteunde educatie** als onderdeel van preventieve voetzorg, gericht op begrip van risico's en het stimuleren van de **dagelijkse voetinspectie en voetzorg** en gebruik van beschermend schoeisel, omdat dit de therapietrouw aan effectieve preventieve interventies verbetert.

## 7 Systemische factoren

### 7.1 Cardiovasculaire implicaties en risicomanagement

Beschouw elke patiënt met een diabetische voet als hoog cardiovasculair risico en behandel proactief, niet reactief. Evalueer rookstatus en adviseer een **rookstop** zo nodig, **optimaliseer systemisch HbA1C** (42 mmol/mol), **bloeddruk** (systole <140 mm Hg), **lipiden** (o.a. LDL <1.4 mmol/L) en **nierfunctie** en start medicatie volgens de geldende richtlijnen (statines, trombocytremmers, RAAS-remming). **Overweeg gebruik van semaglutide**; nieuwe onderzoeken tonen risicoreductie op amputaties, verbeterde wondgenezing en lager risico op kritieke, ischemische gebeurtenissen.

### 7.2 Voeding en nutritionele risico's

Er is consistent bewijs dat **ondervoeding en metabole onregeling** wondgenezing vertragen en het risico op complicaties verhogen, onder meer door **inflammatoir katabolisme en verlies van spiermassa**. Screen daarom systematisch op malnutritie (GLIM-criteria: BMI, gewichtsverlies, spiermassa, intake) en betrek laagdrempelig een diëtist, ook bij patiënten in de thuissituatie/1e lijn. Er is associatief bewijs dat **deficiënties van vitamine C en D, magnesium en selenium samenhangen met een verhoogd ulcusrisico en trage wondgenezing**. Praktisch wordt aanbevolen te **screenen op ijzerstatus, vitamine A, B, C, D, zink, koper, selenium, calcium en magnesium** en bij tekorten te **suppleren**. In geval van malnutritie kan medische voeding met eiwitten en micronutriënten wondgenezing mogelijk ondersteunen.

### 7.3 Psychosociale problematiek en ondersteuning

Screen patiënten met een (pre-)ulcus systematisch op **diabetes-distress, depressie en angst** bij start van behandeling en stagnatie, met korte gevalideerde vragenlijsten (bv. met de PAID vragenlijst), gecombineerd met een open gesprek. Let specifiek op **stress, trauma, slaapproblemen, pijn, sociale isolatie en sociaal-economische problemen**, omdat deze therapietrouw en wondgenezing beïnvloeden. **Pas 'stepped care' toe**: start met laagdrempelige ondersteuning (educatie, coping, sociale steun) en schaal bij persisterende klachten

tijdig op naar POH-GGZ, psycholoog of maatschappelijk werk. Beoordeel, mede op basis van genoemde factoren, motivatie en praktische haalbaarheid van de behandeling.



## Deel V – Uitkomsten en organisatie

### 8 Uitkomstmetingen en kwaliteitsborging

**8.1 Kwaliteit van leven en patiëntgerapporteerde uitkomsten**  
Meet patiëntgerapporteerde uitkomsten met PROM's (patient-reported outcome measurements), bijvoorbeeld de WOUND-Q vragenlijst. Focus niet alleen op wondgenezing, maar ook op de mobiliteit, autonomie en maatschappelijke participatie. Integreer kwaliteit van leven in de behandelbeslissingen.

### 8.2 Kwaliteitsindicatoren en registraties

Vergelijk zorgprocessen, behandelingen en uitkomsten structureel via uniforme registraties. Binnen de SHOE-OFF studie wordt een **minimum dataset** in diverse ziekenhuizen geïmplementeerd en geëvalueerd om **landelijke benchmarking, onderzoek en kwaliteitsverbetering** mogelijk te maken.

### 9 Organisatie en financiering van diabetische voetzorg

#### 9.1 Organisatie van zorg

Optimale diabetische voetzorg vereist een goed georganiseerd ketenzorgnetwerk. Belangrijke elementen zijn efficiënte (regionale) **transmurale samenwerking** (1<sup>e</sup>, 1,5<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn), gespecialiseerde multidisciplinaire teams en **centralisatie van expertise** voor complexe gevallen. Gebruik **data en registraties** voor kwaliteitsverbetering.

#### 9.2 Financiële impact

**Anno 2026** kost een diabetisch voetulcus, afhankelijk van de complexiteit, naar schatting **€15.000 - €45.000 per patiënt per jaar** en een **majeure amputatie ongeveer €100.000** in het eerste jaar. Ziekenhuisopnames vormen de grootste kostenpost (50-70% van totaalkosten). De grootste gezondheidswinst én kostenbesparing kan worden bereikt door vroege triage, snelle behandeling en het voorkomen van opnames en amputaties. Dit vraagt om goede **ketensamenwerking, monitoring van kosten over de hele zorgketen** en een **doelmatige inzet van zorgverleners** passend bij de complexiteit van de zorgvraag.



## Deel VI – Innovatie en toekomst

### 10 Innovatie en toekomstig onderzoek

Hoe leveren we, met de kennis van nu, de **best mogelijke zorg voor de individuele patiënt** met (risico op) een diabetisch voetprobleem? En welke **veelbelovende ontwikkelingen** kunnen in de nabije toekomst bijdragen aan verdere verbetering? In dit hoofdstuk worden enkele veelbelovende ontwikkelingen besproken, die nog niet zijn gevalideerd. Bijvoorbeeld het 5-level scoringsmodel als aanvullend denkkader bij complexe wonden en de mogelijke rol van zenuwdecompressie bij neuropathie. Er is (altijd) ruimte voor nieuwe onderwerpen en onderzoeken.

Verdere ontwikkelingen en innovaties zijn noodzakelijk en dragen bij aan het uiteindelijke, gezamenlijke doel: **minder amputaties, minder ziekenhuisopnames en meer kwaliteit van leven!**

*Disclaimer: dit document is geen nieuwe richtlijn, maar geeft praktische aanbevelingen voor de Nederlandse praktijk; aan de inhoud kunnen geen rechten worden ontleend en de verantwoordelijkheid voor toepassing blijft bij de behandelend professional.*

#### Wist u dat .....

- het initiatief voor dit document 2 jaar geleden is ontstaan tijdens een specialistenmeeting over de toekomst van de nationale diabetische voetzorg?
- dit document is geschreven door >60 gepassioneerde specialisten, die volledig vrijwillig hebben bijgedragen?
- u nog steeds uw bijdrage kunt leveren aan dit Best Practice document? De teksten worden dynamisch aangepast op de website. Mailt u ons voor verdere instructies (e-mail onderaan deze nieuwsbrief).

#### Editors:

Dr. Gwendolyn Cazander, Dr. Roel Vaes en Drs. Kim Gerritsen.

#### Auteurs:

Drs. Tert van Alphen, Dr. Olaf Bakker, Dr. Kerensa Beekman, Drs. Roy van den Berg, Dr. Joris Blok, Drs. René Bol Raap, Dr. Joris Blok, Drs. Wouter Brekelmans, Dr. Manuel Castro Cabezas, Drs. Wouter ten Cate, Dr. Gwendolyn Cazander, Cathrin van Erven, Ben Evers, Drs. Thijn Fuchs, Dr. Annemie Galimont, Drs. Kim Gerritsen, Dr. Sophie Ghijsen, Drs. Neslihan Günes, Gini van der Heijden, Dr. Christian Heringhaus, Drs. Natasja Jelsma, Dr. Eefje Jong, Karin Kasius, Drs. Jaap Kroon, Drs. Anna Kuçul, Drs. Wilbert van Laar, Dr. Rutger Lalieu, Ellie Lenselink, Drs. Karin Maas, Prof. Dr. Mario Maas, Dr. Robbert Meerwaldt, Dr. Marijke Molegraaf, Dr. Wilma Monincx, Dr. Jaap van Netten, Prof. Dr. Max Nieuwdorp, Dr. Jacques Oskam, Lotte Penninx, Dr. Edgar Peters, Lisa van der Pol, Prof. Dr. Hinne Rakhorst, Dr. Willem Rinkel, Ingrid Ruys, Nikki Ruts, Drs. Peter Schlegel, Drs. Tom Schneider, Dr. Luuk Smeets, Drs. Harm Jaap Smit, Dr. Wouter aan de Stegge, Dr. Elvira Tijdens, Dr. Maarten Truijers, Sandy Uchtmann, Dr. Roel Vaes, Lisa Vossen.

#### Reviewers:

Prof. Dr. Sjeff van Baal, Prof. Dr. Iva Bicanic, Drs. Wouter Brekelmans, Prof. Dr. Sicco Bus, Dr. Manuel Castro Cabezas, Dr. Gwendolyn Cazander, Prof. Dr. Henk Coert, Drs. Kim Gerritsen, Drs. Neslihan Günes, Dr. Maarten Hoogbergen, Dr. Eefje Jong, Drs. Jaap Kroon, Ellie Lenselink, Dr. Jaap van Netten, Lotte Penninx, Dr. Edgar Peters, Drs. Jeroen van der Reijden, Prof. Dr. Frank Snoek, Lian Stoeldraaijers, Dr. Roel Vaes, Dr. Inge Veldhuizen, Dr. Bart Verhoeven, Daniëke de Vos, Anja van Zomeren.

Met dank aan Eurocept voor het mede mogelijk maken van deze Diabetische voetnieuws-special over het 'Best Practice' document! Presentatie nationale Best Practice document: **Congres Diabetische Voet, 9-10 juni 2026, Almelo**. Het volledige Best Practice document lezen? [www.diabetische-voeten.nl/bestpractice](http://www.diabetische-voeten.nl/bestpractice)  
E-mail: [diabetischevoetnieuws@eurocept.nl](mailto:diabetischevoetnieuws@eurocept.nl)



**eurocept**  
**wound care**  
homecare & clinics