



Nederlandse  
Vereniging van  
Huidtherapeuten

## **NVH-Zorgmodule Chronisch oedeem**

Begeleiding en educatie bij chronisch oedeem

## 2 **Algemene informatie**

3 De projectgroep van de NVH-zorgmodule Chronisch Oedeem bestaat uit een ontwikkelgroep, een  
4 werkgroep en een meelezende klankbordgroep. De ontwikkelgroep bestaat uit beleidsmedewerkers  
5 en richtlijnadviseurs. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers uit het werkveld van de  
6 Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. De klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordiging  
7 vanuit beroepsgroepen waarmee wordt samengewerkt en patiëntvertegenwoordiging. De rollen en  
8 taken van de belanghebbenden van de richtlijn worden beschreven in het NVH-stappenplan  
9 opstellen kwaliteitsinstrumenten. Vanuit de commentaarfase is feedback geleverd vanuit de  
10 huidtherapeutische beroepsgroep ten aanzien van de praktische inzetbaarheid van de zorgmodule  
11 in de praktijk en de leesbaarheid ten toedoen van de grote document omvang. Deze feedback was  
12 zwaarwegend voor de inhoud en heeft tot een grondige herziening geleid. Binnen deze herziening is  
13 ten behoeve van de duurzaamheid de inhoud mede gestuurd door de principes uit het Kader  
14 Passende Zorg en de afspraken binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA), die gedurende de initiële  
15 ontwikkeling zijn gepubliceerd. Vanuit de behoefte van het werkveld, ten bate van de leesbaarheid  
16 en als bijdrage aan de landelijke transitie naar passende zorg is de scope beperkt tot het  
17 huidtherapeutisch onderzoek, educatie advies en begeleiding, leefstijl (conform het IZA) en huidzorg.

## 18 **Werkgroep**

19 Suze van Beusekom (voorzitter), huidtherapeut, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten  
20 Celeste Hoeben, huidtherapeut, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten  
21 Maud Verhagen, huidtherapeut, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten  
22 Sanne van Rooijen, huidtherapeut, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten  
23 Carla Rienstra, huidtherapeut, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten  
24 Annemiek Stienstra, verpleegkundig specialist, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland  
25 Desiree van den Eertwegh, ergotherapeut, Ergotherapie Nederland  
26 Froukje Potijk, Msc. Oncologie- en oedeemfysiotherapeut, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie  
27 binnen de Lymfologie en Oncologie  
28 Lian Stoeldraaiers, podotherapeut, Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten  
29 drs. Peter van den Broek, patiëntvertegenwoordiger, Huid Nederland  
30 dr. Kirsten Duinen, dermatoloog, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

## 31 **Ontwikkelgroep**

32 Myrthe van Zon, Beleidsmedewerker Onderzoek & Kwaliteit, richtlijnadviseur, Nederlandse Vereniging  
33 van Huidtherapeuten  
34 Celeste Hoeben, Beleidsmedewerker Onderzoek & Kwaliteit, richtlijnadviseur, Nederlandse Vereniging  
35 van Huidtherapeuten  
36 Karlijn Sterkenburg, Huidtherapeut, Beleidsmedewerker Onderzoek & Kwaliteit, Nederlandse  
37 Vereniging van Huidtherapeuten  
38 dr. Annelore van Enst, richtlijnmethodoloog, Medical Guidelines  
39 Anne-Roos Kerstbergen, arts-onderzoeker Nederlandse Vereniging van Dermatologie en  
40 Venereologie  
41 Lotte van den Oord, arts-onderzoeker Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie  
42 Carin Smit, arts-onderzoeker Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie  
43 Dorien Adamse, arts-onderzoeker Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie

44	<b>Inhoud</b>	
45	Inhoud .....	2
46	Algemene inleiding.....	2
47	Versterkte focus op coachende rol en zelfmanagement.....	2
48	Belang van begeleiding, educatie en zelfmanagement.....	2
49	Invloed van chronisch oedeem op de kwaliteit van leven.....	3
50	Doel.....	3
51	NVH-Zorgmodule.....	4
52	Doelgroep.....	4
53	Afbakening van de zorgmodule.....	4
54	Toegepaste kaders.....	4
55	Totstandkoming van de zorgmodule.....	5
56	Leeswijzer.....	5
57	Verklarende woordenlijst .....	6
58	Achtergrond .....	7
59	Inleiding .....	7
60	Prevalentie en incidentie.....	7
61	Pathofysiologie .....	8
62	Low output lymfatische insufficiëntie.....	8
63	High output lymfatische insufficiëntie .....	10
64	Anatomie en fysiologie .....	10
65	Huidtherapeutische zorgverlening - Algemeen .....	12
66	Uitgangsvraag.....	12
67	Aanbevelingen.....	12
68	Overwegingen.....	12
69	Huidtherapeutische zorgverlening - Onderzoek .....	16
70	Uitgangsvraag.....	16
71	Aanbevelingen.....	16
72	Overwegingen.....	16
73	Huidtherapeutische zorgverlening - Begeleiding, educatie en advies.....	22
74	Uitgangsvraag.....	22
75	Aanbevelingen.....	22
76	Overwegingen.....	22
77	Huidtherapeutische zorgverlening - Leefstijl en gezondheid.....	28
78	Uitgangsvraag.....	28

79	Aanbevelingen.....	28
80	Overwegingen.....	28
81	Huidtherapeutische zorgverlening – Generieke en specifieke huidzorg.....	31
82	Uitgangsvraag.....	31
83	Aanbevelingen.....	31
84	Overwegingen.....	31
85	Organisatie van zorg.....	39
86	Uitgangsvraag.....	39
87	Aanbevelingen.....	39
88	Overwegingen.....	39
89	Referenties.....	41
90	Bijlage 1: St. George’s classification algorithm for primary lymphatic anomalies .....	45
91	Bijlage 2: Revisie Straling-principe .....	46
92	Bijlage 3: Anamnese vragen.....	47
93	Bijlage 4: Analyse van huidtherapeutisch onderzoek.....	48
94	Bijlage 5 Oedeem doelenkaart.....	49
95	Bijlage 6 NVH Zelfregie Inventarisatie (ZRI).....	51
96	Bijlage 7: Aanvullende screeningslijsten.....	52
97	Bijlage 8: Opbouw patiëntvoorlichting per behandel fase.....	53
98	Bijlage 9: Basis huidzorgpreparaten.....	55
99	Bijlage 10: Verwijscriteria.....	56
100	Bijlage 11: Opstellen conclusie en behandelplan.....	57
101	Bijlage 12: Beschikbare vragenlijsten.....	59
102	Bijlage 13: Aanvullend medisch diagnostisch onderzoek.....	60
103	Bijlage 14: Hulpmiddelen voor leefstijlinterventies .....	61
104		
105		

## 106 **Algemene inleiding**

107 Chronisch oedeem (CO) behoort tot de meest voorkomende aandoeningen binnen de  
108 huidtherapeutische praktijk. Meer dan de helft van alle huidtherapeuten behandelt regelmatig  
109 patiënten met oedeemklachten (57%, Vis et al., 2023). Wetenschappelijke ontwikkelingen rond  
110 lymfatische aandoeningen en demografische trends, zoals de toename van kwetsbare ouderen en  
111 chronisch zieken, leiden tot een herwaardering van wat als doelmatige (oedeem)zorg gezien wordt  
112 (VWS, 2022).

113 Het wordt steeds duidelijker dat CO geen op zichzelf staand symptoom is, maar een complex, vaak  
114 progressief ziektebeeld waarbij lymfatische disfunctie, inflammatoire processen en veranderingen in  
115 de huid- en (bind)weefselstructuur elkaar wederzijds beïnvloeden (Collier et al., 2025; Bowman &  
116 Rockson, 2024). Leefstijl, gedrag en zelfmanagement, hebben invloed op het beloop van CO en  
117 verdienen aandacht binnen preventie en behandeling (NVDV, 2023). Het stabiel houden van het  
118 oedeem vraagt daarom naast lokale therapeutische interventies ook actieve betrokkenheid van de  
119 patiënt bij het managen van leefstijlfactoren, coping mechanismen en psychosociale belasting.

## 120 **Versterkte focus op coachende rol en zelfmanagement**

121 De behandeling van CO verschuift van focus op hands-on interventies naar het bevorderen van eigen  
122 regie, zelfredzaamheid, zelf-effectiviteit en zelfmanagement. De behandeling start bij voorkeur met de  
123 generieke onderdelen van Complexe Decongestieve Therapie (CDT): compressietherapie, bewegen,  
124 huidzorg, begeleiding en patiëntvoorlichting. Aanvullende behandelinterventies worden alleen ingezet  
125 wanneer de situatie of onderbouwing daartoe aanleiding geeft. Hierbij is het van belang dat de  
126 huidtherapeut kritisch en systematisch reflecteert op de toegevoegde waarde van elke toegepaste  
127 interventie. Dit betekent dat zij vooraf en achteraf beoordeelt of de interventie effectief is en aansluit  
128 bij de behoeften en doelen van de patiënt. Door deze continue evaluatie handelt de huidtherapeut  
129 volgens het Kader Passende Zorg en de Wkkgz waartoe zorgverleners zich moeten conformeren (ZiN,  
130 2022; Wkkgz, Artikel 7, Lid a, b en c). Hiermee wordt niet alleen ineffectieve zorg voorkomen, maar wordt  
131 ook de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt gewaarborgd

132 Deze visie vraagt een nieuwe werkwijze van therapeuten en patiënten. De focus verbreedt van het  
133 biomedische aspect (ziekte en behandelmethodes) naar het biopsychosociaal model, waarin naast  
134 biologische (lymfatische disfunctie, inflammatie, huidintegriteit en weefselstructuur) ook sociale  
135 (sociale ondersteuning, participatie, sociale context en omgevingsfactoren) en psychologische  
136 (motivatie, angst, coping vaardigheden, zelfeffectiviteit) aspecten structureel worden meegenomen  
137 in therapeutische beslissingen (ZiN, 2022). Dit vereist nieuwe kennis en vaardigheden. De vormgeving  
138 van begeleiding, educatie en advies binnen de huidtherapeutische setting vraagt verdere uitwerking.  
139 Deze NVH-Zorgmodule Chronisch Oedeem (incl. Lymfoedeem) biedt therapeuten een instrument om  
140 passende zorg te realiseren met concrete handvatten en methodieken voor toepassing van de  
141 huidtherapeutische anamnese en onderzoek, patiëntvoorlichting (informerende, instruerende en  
142 educatieve), begeleiding, leefstijlgeneeskunde en passende huidzorg.

## 143 **Belang van begeleiding, educatie en zelfmanagement**

144 Het consolideren van CO-klachten vraagt een hoge mate van zelfmanagement. Persoonlijke factoren  
145 zoals gewicht, nevenpathologieën en activiteitsniveau beïnvloeden de stabiliteit en prognose  
146 aanzienlijk. Persoonsgerichte begeleiding, afgestemd op de gezondheidsvaardigheden van de  
147 patiënt, vormt daarom een fundamentele component van oedeembehandeling en behoort tot de  
148 "Zelfstandige Beroepsactiviteiten Huidtherapeut" (ZBaH). De Generieke NVH-Zorgmodule Chronische

149 (Huid-)Aandoeningen (NVH, 2025-b) biedt hiervoor belangrijke aanbevelingen die rechtstreeks  
150 toepasbaar zijn op hedendaagse oedeemtherapie. Begeleidings-, educatie- en adviesconsulten  
151 vormen volwaardige therapeutische interventies en kunnen zowel opzichzelfstaand als gecombineerd  
152 met behandeling (zoals compressietherapie) worden uitgevoerd.

### 153 **Invloed van chronisch oedeem op de kwaliteit van leven**

154 Uit verschillende studies blijkt dat patiënten met oedeem een lagere kwaliteit van leven ervaren  
155 (Mercier, Pastor, Moffatt, Franks & Quéré, 2019). Vanuit een biopsychosociaal perspectief beïnvloedt  
156 CO niet alleen fysieke functies, zoals mobiliteit, kracht en huidintegriteit, maar ook psychologische en  
157 sociale aspecten. Patiënten ervaren vaak pijn, ongemak en vermoeidheid, wat dagelijkse activiteiten  
158 beperkt en de zelfredzaamheid aantast (Mercier et al., 2019). Daarnaast kan het zichtbare oedeem  
159 leiden tot psychosociale belasting, zoals schaamte, angst, depressieve gevoelens en sociale isolatie).  
160 Voor patiënten met CO na kanker is de impact op Kwaliteit van leven (QoL) vaak groter dan bij  
161 lotgenoten zonder CO (Pusic, 2013).

162 Oedeem beïnvloedt bovendien de huidfunctie, die een belangrijke rol speelt als immuun orgaan.  
163 Veranderingen in huidstructuur en vochtbalans kunnen leiden tot secundaire huidaandoeningen,  
164 zoals infecties of inflammatoire reacties, die lichamelijk ongemak verergeren en functionele  
165 beperkingen versterken. Deze huidaandoeningen beïnvloeden niet alleen de QoL maar kunnen ook  
166 gevolgen hebben voor het draagcomfort of de toepasbaarheid van compressiehulpmiddelen  
167 (Mayer-Yousif et al., 2021).

168 Naast fysieke factoren zijn psychosociale en leefstijlfactoren cruciaal voor de belastbaarheid en  
169 stabiliteit van CO. Persoonlijke kenmerken zoals comorbiditeiten, gewicht, activiteitsniveau,  
170 copingvaardigheden en sociale ondersteuning beïnvloeden zowel het verloop van het oedeem als het  
171 vermogen van de patiënt om zelfmanagement toe te passen. Effectieve begeleiding door de  
172 huidtherapeut vraagt daarom om een geïntegreerde benadering, waarin fysieke behandeling,  
173 educatie, psychosociale ondersteuning en empowerment hand in hand gaan. Het vroegtijdig  
174 signaleren van fysieke klachten, psychosociale belasting en functionele beperkingen is essentieel om  
175 een persoonlijk afgestemd behandelplan op te stellen en de patiënt te ondersteunen in  
176 zelfmanagement, participatie en levenskwaliteit. Dit betekent dat een huidtherapeut rekening moet  
177 houden met de psychosociale belasting en belastbaarheid van een patiënt in de verschillende fasen  
178 van CO: voorafgaand aan de diagnose, rondom de diagnose, in de behandel fase en in de  
179 onderhoudsfase (NVDV, 2023).

### 180 **Doel**

181 Met deze NVH-Zorgmodule Chronisch Oedeem (incl. Lymfoedeem) wordt beoogd de zorg die  
182 huidtherapeuten geven 1) te standaardiseren, 2) te baseren op wetenschappelijk bewijs en inzichten  
183 van zorgverleners en zorggebruikers, 3) aan te sluiten bij de zorg van andere zorgverleners en 4)  
184 Passende Zorg te definiëren. Daarnaast richt de zorgmodule zich op het verduidelijken van de  
185 begeleidende, adviserende en educatieve rol van de huidtherapeut binnen CDT. Door patiënten te  
186 ondersteunen in zelfmanagement kan de kwaliteit van leven verbeteren, kan de zorgvraag afnemen  
187 en wordt efficiënt gebruik gemaakt van zorgmiddelen.

188 De zorgmodule is primair geschreven om goede en efficiënte zorg, conform het Kader Passende Zorg  
189 (ZiN, 2022) die door de huidtherapeut wordt geleverd te waarborgen. Voor huidtherapeuten schept de  
190 zorgmodule een kader met betrekking tot de taken en verantwoordelijkheden van de te leveren zorg  
191 in de praktijk.

## 192 **NVH-Zorgmodule**

193 Voor veel huid(gerelateerde) aandoeningen zijn al richtlijnen ontwikkeld door beroepsverenigingen  
194 en hun wetenschappelijke werkgroepen, zoals die van huisartsen, dermatologen en oncologen. Deze  
195 richtlijnen bevatten de laatste stand van de wetenschap, maar zijn niet altijd direct één-op-één  
196 implementeerbaar voor het huidtherapeutisch handelen en bieden onvoldoende richting voor de  
197 toepassing van passende zorg in de huidtherapeutische praktijk. De NVH-Zorgmodule schept voor de  
198 patiënt, de huidtherapeut en overige betrokken zorgverleners een duidelijk kader met betrekking tot  
199 de taken en verantwoordelijkheden van de huidtherapeut binnen de te leveren zorg.

## 200 **Doelgroep**

201 De zorgmodule heeft betrekking op het handelen van huidtherapeuten die patiënten met CO  
202 begeleiden en behandelen.

## 203 **Afbakening van de zorgmodule**

204 In deze zorgmodule bespreken we de diagnosticerende, begeleidende, educatie en adviserende rol  
205 van de huidtherapeut binnen het behandeltraject van patiënten met CO. Er wordt specifiek  
206 ingegaan op het onderdeel huidzorg wegens de prominente positie hiervan binnen de  
207 huidtherapeutische zorgverlening. Er wordt niet inhoudelijk ingegaan op behandelmodaliteiten als  
208 compressietherapie en de eventuele additieve mobiliserende technieken of Manuele Lymfedrainage  
209 (MLD). Aan compressietherapie en mobiliserende technieken wordt een apart protocol gewijd gezien  
210 deze interventies ook bij andere huidtherapeutische specialisatiegebieden (zoals littekens, wonden en  
211 lipoeedeem) van toepassing kunnen zijn.

212 Door de focus van deze module op begeleiding en patiëntvoorlichting kan een betere vertaling  
213 gemaakt worden van het Kader Passende Zorg naar de huidtherapeutische oedeemzorg in de praktijk.  
214 De inhoud van de module sluit tevens expliciet aan bij het beroepsprofiel van de huidtherapeut (NVH,  
215 2023) en de Zelfstandige Beroepsactiviteiten Huidtherapeut (ZBaH; NVH, 2025-a), waardoor duidelijk  
216 is welke taken, verantwoordelijkheden en deskundigheidsgebieden binnen het kader van de  
217 huidtherapeutische rol vallen.

218 De zorgmodule is opgebouwd aan de hand van de stappen van het huidtherapeutisch methodisch  
219 handelen (HMH) (NVH, 2018) met in achtneming van het Kader Passende Zorg (ZiN, 2022) en de  
220 Zelfstandige Beroepsactiviteiten van de Huidtherapeut (ZBaH) (NVH, 2025-a).

## 221 **Toegepaste kaders**

222 De zorgmodule sluit aan op verschillende kaders en kwaliteitsstandaarden waaronder de NVDV  
223 richtlijnen Lymfoedeem (2022), Cellulitis-Erysipelas onderste extremiteiten (2013) en Veneuze  
224 Pathologie (2023), de NHG standaard varices (2009) en PAV (2024) en huidtherapie specifieke  
225 kwaliteitsstandaarden en kaders zoals de Generieke NVH-Zorgmodule Chronische (Huid-)  
226 Aandoeningen (NVH, 2025-b), de NVH-Zorgmodule Eczeem (2025-c), Besluit opleidingseisen en  
227 deskundigheidsgebied huidtherapeut (Staatsblad 2010, 285) en het NVH-beroepsprofiel (NVH,  
228 2023). Daarnaast zijn publicaties over primair lymfoedeem voortvloeiend uit de werkgroep VASCERN  
229 geraadpleegd. De methodiek voor patiëntbegeleiding is gebaseerd op modellen en theorieën uit de  
230 leefstijlgeneeskunde, waaronder Positieve Gezondheid, het biopsychosociaal model, het COM-B  
231 model en gesprekvoering-technieken zoals motiverende gespreksvoering en de teach-back  
232 methode. De basisprincipes voor de invulling voor CO-zorg zijn bepaald aan de hand van het Kader  
233 Passende Zorg (2022) en het Chronic Care Model (1998).

234 **Het Kader Passende Zorg** geeft richting aan toekomstbestendige zorgverlening. Passende zorg  
235 betekent: de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste professional, met oog voor wat waardevol is  
236 voor patiënt en samenleving (ZiN, 2022). Voor huidtherapeuten betekent dit een verschuiving van  
237 behandelen naar begeleiden: zelfmanagement stimuleren, samen beslissen en informele zorg  
238 benutten. Digitale en hybride zorg dragen bij aan continuïteit en toegankelijkheid (VWS, 2022).

239 Deze ontwikkeling biedt kansen om de positie van de huidtherapeut in de zorgketen te versterken. Door  
240 actief in te spelen op passende zorg toont de beroepsgroep hoe deskundigheid, innovatie en  
241 persoonlijke aandacht bijdragen aan duurzame kwaliteit van leven voor mensen met CO.

242 **Het Chronic Care Model (CCM)**, ontwikkeld door Edward Wagner (1998), vormt een raamwerk voor het  
243 organiseren en verbeteren van zorg bij chronische aandoeningen. Het uitgangspunt van het CCM is  
244 het leveren van goed afgestemde multidisciplinaire zorg waarbij de patiënt een actieve rol krijgt in het  
245 beheer van zijn aandoening. Dit model benadrukt zes essentiële componenten: zelfmanagement  
246 ondersteuning, voorbereid zorgteam, beslissingsondersteuning, klinische informatietechnologie,  
247 organisatie van zorg en gemeenschapsmiddelen. Voor CO betekent dit dat behandelingen gericht zijn  
248 op een combinatie van preventie, actieve behandeling en langdurige onderhoudsfase met focus op  
249 empowerment en zelfregie van de patiënt. Het CCM sluit goed aan bij het biopsychosociaal model en  
250 het Kader Passende zorg, waarin het verbeteren van kwaliteit van leven en functioneren centraal staat.

## 251 **Totstandkoming van de zorgmodule**

252 De zorgmodule is opgesteld door de projectgroep van de NVH, in samenwerking met de NVDV, en is  
253 voorgelegd aan een multidisciplinaire werkgroep bestaande uit de NVH, NVDV, EN, NVFL, V&VN en aan  
254 patiëntenorganisaties HuidNL, NLNet, Olijf en BVN. Het volgt de opbouw en structuur van de NVH-  
255 Zorgmodule Eczeem en biedt openingen voor aansluiting tot toekomstige kwaliteitsinstrumenten.

## 256 **Leeswijzer**

257 Deze NVH-Zorgmodule is als volgt opgebouwd: In het eerste hoofdstuk wordt informatie gegeven over  
258 de aandoening en de pathofysiologie. In de daaropvolgende hoofdstukken worden de  
259 huidtherapeutische zorg omschreven, afgebakend tot huidtherapeutisch onderzoek, advies,  
260 begeleiding en educatie. Om verdieping te geven aan de adviezen en te voldoen aan de in het IZA  
261 gestelde ambities is leefstijl als integraal onderdeel van de zorgverlening, zoals deze in Nederland  
262 vormgegeven hoort te worden, toegevoegd. De zorgmodule gaat dieper in op het aspect huidzorg en  
263 beschrijft ook de organisatie van zorg waarin de multidisciplinaire benadering wordt omschreven.

## 264 **Gebruikte afkortingen**

265 <b>Afkorting</b>	<b>Betekenis</b>
266 CCM	Chronic Care Model
267 CDT	Complexe Decongestieve Therapie
268 CO	Chronisch Oedeem
269 CVI	Chronische Veneuze Insufficiëntie
270 EGL	Endothele Glycocalyx Laag
271 EIP	Evidence Informed Practice
272 HMH	Huidtherapeutisch Methodisch Handelen
273 IPC	Intermitterende Pneumatische Compressietherapie
274 ISF	Interstitieel Vloeistof
275 LD	Lymfatische Dermopathie
276 LEC	Lymfatische Endotheelcellen
277 MLD	Manuele lymfedrainage

278	NRS	Numeric Rating Scale
279	SGS	Sub Glycocalyx Ruimte
280	VAS	Visual Analogue Scale
281	WBC	Witte Bloedcellen
282	Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
283	ZBaH	Zelfstandige Beroepsactiviteiten Huidtherapeut
284		

## 285 **Verklarende woordenlijst**

286 **Chronisch oedeem:** Oedeem langer bestaand dan 3 maanden, meestal door lymfatische  
 287 insufficiëntie, vaatpathologie of obstructie, waarbij veranderingen in huidstructuur en inflammatie  
 288 optreden. Kan primair (aangeboren) of secundair (na kanker, trauma, inflammatie) zijn.

289 **Informele zorg:** Zorg en ondersteuning geboden door naasten, familieleden en mantelzorgers,  
 290 onbetaald en vaak onzichtbaar, maar cruciaal voor duurzaam zelfmanagement.

291 **Passende Zorg:** Zorg die aansluit op de behoeften en waarden van de individuele patiënt, doelmatig  
 292 is, door de juiste professional wordt verleend en bijdraagt aan kwaliteit van leven tegen redelijke  
 293 kosten.

294

## 295 **Achtergrond**

### 296 **Inleiding**

297 CO is een persisterende (>3 maanden) en progressieve ophoping van interstitiële vloeistof,  
298 veroorzaakt door een verstoring in de balans tussen capillaire filtratie en lymfatische afvoer (LIMPRINT  
299 Consortium, 2019). Het kan voorkomen in uiteenlopende lichaamsregio's, waaronder de extremiteiten,  
300 romp, genitaliën en het hoofd-halsgebied. De term verwijst naar een heterogene groep van  
301 onderliggende etiologieën, waaronder lymfoedeem, veneus oedeem, obesitas-gerelateerd oedeem  
302 en immobiliteit gerelateerd oedeem (LIMPRINT Consortium, 2019; Moffatt et al., 2019; Collier et al., 2025).

303 Hoewel de termen lymfoedeem en CO soms door elkaar worden gebruikt, is lymfoedeem een specifiek  
304 subtype waarbij structurele of functionele insufficiëntie van het lymfestelsel centraal staat (Moffatt et  
305 al., 2019). In deze zorgmodule wordt CO gebruikt als overkoepelende term.

306 Recente literatuur laat zien dat CO meer is dan een vochtaccumulatieprobleem. Het is een complex,  
307 systemisch ziekteproces waarin oedeem, chronische inflammatie, immunologische ontregeling en  
308 weefselremodellering elkaar wederzijds versterken. Dit vraagt van de huidtherapeut een brede  
309 benadering waarbij biologische, psychosociale en leefstijlfactoren integraal worden meegewogen.

310 CO ontstaat door een langdurige disbalans tussen de hoeveelheid vocht die vanuit het capillaire  
311 vaatbed het weefsel in stroomt (preload) en de hoeveelheid vocht die via het lymfestelsel kan worden  
312 afgevoerd (afterload). In de praktijk gaat het meestal om drie scenario's:

- 313 • **High-output insufficiëntie:** er komt meer vocht in het interstitium dan het lymfestelsel kan  
314 verwerken (bijv. bij ontsteking, spataderen, immobiliteit of overgewicht).
- 315 • **Low-output insufficiëntie:** het lymfestelsel zelf heeft een verlaagde capaciteit, bijvoorbeeld  
316 na chirurgie, radiotherapie, trauma of door aangeboren afwijkingen.
- 317 • **Een combinatie van beide:** het meest voorkomend, vooral bij langdurige belasting of  
318 inadequate behandeling.

319 CO is bijna altijd multifactorieel en ontwikkelt zich in wisselwerking met leefstijl, comorbiditeit,  
320 huidconditie en belasting. Risicofactoren zoals overgewicht en beperkte mobiliteit dragen bij aan het  
321 ontstaan of verergeren van CO (Moffatt et al., 2019).

### 322 **Prevalentie en incidentie**

323 Volgens het International Lymphedema Framework is CO een wereldwijd onderschat probleem, zowel  
324 in omvang als in impact. CO is een symptoom dat vele verschillende oorzaken kent en regelmatig niet  
325 herkend of erkend wordt waardoor er geen eenduidig beeld is over de omvang van het probleem. In  
326 een artikel dat zij publiceerden in het kader van de LIMPRINT studie wordt door hen benadrukt dat zowel  
327 patiënten als professionals vaak de vroege tekenen van zwelling negeren totdat er complicaties  
328 optreden, zoals onomkeerbare weefselveranderingen, chronische wonden, cellulitis of functieverlies  
329 (Moffatt et al., 2019). Er is in verhouding veel aandacht voor CO iatrogeen aan kanker. Dit type CO lijkt  
330 echter een relatieve minderheid uit te maken van het totale aantal gevallen (Moffatt et al., 2019).  
331 Studies naar incidentie en prevalentie van CO bakenen veelal een doelgroep af zoals CO bij kanker,  
332 obesitas, wonden, etc., of een setting zoals een ziekenhuis of verzorgingstehuizen. Er zijn geen robuuste  
333 cijfers beschikbaar over de totale prevalentie van CO die representatief zijn voor de Nederlandse  
334 setting. Dit vormt een kennis- en beleidskloof die verdere epidemiologische studies nodig maakt.

## 335 **Pathofysiologie**

336 CO wordt gekenmerkt door aanhoudende zwelling van een lichaamsdeel als gevolg van de  
337 opstapeling van interstitieel vloeistof (ISF). Het is geen op zichzelf staande aandoening, maar een  
338 symptoom dat ontstaat door een langdurige disbalans tussen capillaire filtratie en lymfatische afvoer  
339 (Verdonk et al., 2021).

340 In een gezonde situatie is slechts een klein deel van het interstitiële vocht ongebonden; de rest is  
341 gebonden in een stevig netwerk van hyaluronzuur en proteoglycanen (Haggerty et al., 2019). Hierdoor  
342 voelt het weefsel normaal compact en veerkrachtig aan. Bij CO stijgt het percentage vrij vocht soms  
343 tot meer dan 50% (Haggerty et al., 2019), waardoor het weefsel gaat zwellen en de huid strak, pijnlijk of  
344 zwaar kan aanvoelen. In de klinische praktijk herken je dit aan indrukbaar oedeem, spanning van de  
345 huid, verminderde huidelasticiteit of beginnende fibrose.

346 Recente wetenschappelijke literatuur laat zien dat CO veel meer is dan enkel een vocht-  
347 accumulatieprobleem. Het wordt gekenmerkt door een complex samenspel van lymfestagnatie,  
348 chronische ontsteking en structurele weefselveranderingen. Zowel CO ten gevolge van preload als  
349 afterload kan gepaard gaan met huid- en weefselveranderingen waaronder vetafzetting en  
350 tethering/fibrosering (Collier et al., 2025; Bowman & Rockson, 2024). Dit is te wijten aan inflammatoire  
351 en immunologische processen in het aangedane huidgebied als reactie op de hogere aanwezigheid  
352 van immuun- en ontstekingscellen in het weefsel (Brown et al., 2023; Duhon et al., 2022).

353 Door deze voortdurende inflammatoire belasting kan lymfatische dermopathie ontstaan: een  
354 toestand waarin immunosuppressie optreedt in de aangedane huidregio, wat neerkomt op falen van  
355 de huid als immuun orgaan (Carlson, 2014). Dezelfde mechanismen die de huid en het weefsel  
356 aantasten, veroorzaken ook verdere lymfatische disfunctie en beschadiging. Hierdoor ontstaat een  
357 vicieuze cirkel, waarin zowel het oedeem als de huidconditie progressief verslechteren en het oedeem  
358 zonder ingrijpen vaak irreversibel wordt (Brown et al., 2023, Duhon et al., 2022).

359 Voor de huidtherapeut betekent dit dat behandeling zich niet alleen moet richten op  
360 volumevermindering, maar juist op stabilisatie, preventie van weefselverslechtering en behoud van  
361 huidfunctie. Het vraagt om een aanpak die compressie, bewegen, leefstijl, huidzorg en coaching  
362 combineert.

## 363 **Low output lymfatische insufficiëntie**

364 Low output lymfatische insufficiëntie is CO door een verhoogde afterload, ook wel statische lymfe-  
365 insufficiëntie genoemd (Verdonk et al., 2021). Bij dit type CO is het aanbod van interstitieel vocht niet  
366 verhoogd, maar is de drainage capaciteit van de lymfevaten ontoereikend door beschadiging  
367 (secundair lymfoedeem) of een verkeerde aanleg (primair lymfoedeem). Beschadiging van de  
368 lymfevaten kan o.a. veroorzaakt worden door een verhoogde preload. De mate waarin het lymfestelsel  
369 betrokken is, beïnvloedt het klinisch beeld van het oedeem, evenals de toestand van huid en subcutis.  
370 Bij aanhoudende lymfatische belasting kan het oedeem geleidelijk overgaan in fibrotische of adipose  
371 weefselveranderingen (Brown et al., 2023; Bowman et al., 2024; Collier et al., 2025).

## 372 **Primair lymfoedeem**

373 Primair lymfoedeem is een zeldzame, aangeboren aandoening waarbij het lymfestelsel onvoldoende  
374 is aangelegd of afwijkend functioneert. Hoewel het soms al zichtbaar is bij de geboorte of in de  
375 kinderjaren, ontstaat het bij veel patiënten pas later – vaak tussen het 18e en 35e levensjaar, tijdens  
376 de zwangerschap of na een relatief milde trigger zoals een verstuiking, infectie of insectenbeet  
377 (Devoogdt et al., 2024).

378 Voor de huidtherapeut betekent dit dat alertheid op vroeg signalering cruciaal is. Hoewel de meeste  
 379 vormen van primair lymfoedeem niet erfelijk zijn, kan familiale aanleg wel een rol spelen (Brouillard  
 380 et al., 2021). Bij onverklaarbare unilaterale of bilaterale zwelling, vooral op jonge leeftijd, is het belangrijk  
 381 om dit mee te nemen in de anamnese.

382 *Moderne classificatie:*

383 De klassieke indeling in *congenitaal lymfoedeem, praecox* en *tarda* wordt internationaal niet meer  
 384 gebruikt. Het St. George's Hospital in Londen heeft een moderner classificatiemodel ontwikkeld (zie  
 385 Bijlage 1: St. George's classification algorithm for primary lymphatic anomalies) dat uitgaat van:

- 386 • Leeftijd van eerste klachten (onset)
- 387 • Aangedane gebieden
- 388 • Aanwezigheid van comorbiditeiten
- 389 • Mogelijke genetische factoren

390 (Connell, 2010; Gordon, 2020)

391 Voor de dagelijkse praktijk betekent dit vooral dat een holistische anamnese essentieel is,  
 392 lymfoedeem op jonge leeftijd zonder duidelijke oorzaak altijd aanleiding geeft voor verdere  
 393 diagnostiek en samenwerking met gespecialiseerde centra, die aangesloten zijn bij het Europese  
 394 VASCERN-netwerk ([www.vascern.eu](http://www.vascern.eu)), helpt om complexe casuïstiek goed te plaatsen.

### 395 **Secundair lymfoedeem**

396 Secundair lymfoedeem is in de huidtherapeutische praktijk veel vaker voorkomend dan primair  
 397 lymfoedeem. Het ontstaat niet aangeboren, maar door een externe oorzaak die het normaal  
 398 functioneren van het lymfestelsel belemmert. Dit kan leiden tot een verstoring van het lymftransport,  
 399 al dan niet gecombineerd met een verhoogd lymfaanbod (Rockson, 2010). Hierdoor stapelt interstitieel  
 400 vocht zich op en ontstaan vaak structurele veranderingen in huid en subcutis (Collier et al., 2025).

401 Er zijn veel verschillende oorzaken van secundair lymfoedeem. In Tabel 1 is een indeling gemaakt naar  
 402 de oorzaak van het lymfoedeem. Als huidtherapeut is het belangrijk om kennis te hebben over de  
 403 mogelijke oorzaken en symptomen en om een passende huidtherapeutische behandeling in te zetten  
 404 of gespecialiseerde zorg in te schakelen wanneer nodig.

Oorzaak	Specificatie
<b>Trauma en weefselschade</b>	Verbranding Radiotherapie Behandeling van varices Ongevallen/ chirurgie
<b>Maligniteiten en geassocieerde behandelingen</b>	Lymfekliermetastasen Lymfeklierextirpatie Infiltratieve tumoren (waaronder ook lymfomen) Radiotherapie
<b>Veneuze pathologie</b>	Chronisch veneuze insufficiëntie Post-trombotisch syndroom
<b>Infectie</b>	Cellulitis/erysipelas Lymfadenitis Filariasis Tuberculose
<b>Inflammatoire processen</b>	Reumatoïde artritis Psoriasis

	Sarcoïdose Dermatosen met epidermale betrokkenheid Obesitas
<b>Cardiaal</b>	Chronisch hartfalen
<b>Endocriene aandoeningen</b>	Pretibiaal myxoedeem
<b>Dependency oedeem</b>	Immobiliteit Niet normactiviteit: Haalt de Beweegrichtlijnen 2017 niet.
<b>Overige</b>	Automutilatie Podoconiosis Obesitas geïnduceerd lymfoedeem (OIL/ORL) * Geneesmiddelen (bv calcium blokkers)

405 *Tabel 1: Indeling oedeem naar oorzaak (overgenomen en aangepast uit de NVDV-richtlijn lymfoedeem 2023)*

## 406 **High output lymfatische insufficiëntie**

407 High output lymfatische insufficiëntie is CO door een verhoogde preload, ook wel dynamische lymfe-  
408 insufficiëntie genoemd (Verdonk et al., 2021). De bekendste vorm van CO veroorzaakt door een preload  
409 component is oedeem zoals gezien wordt bij Chronische Veneuze Insufficiëntie (CVI) CEAP-  
410 classificatie C3, 4, 5 en 6 waarbij klepinsufficiëntie de terugstroom van het bloed niet meer goed  
411 reguleert (Verdonk et al, 2021).

412 Op basis van inzichten rondom capillaire filtratie (zie Bijlage 2: Revisie Straling-principe) zijn er  
413 meerdere onderliggende pathologieën te herkennen die voor een verhoging van de output kunnen  
414 zorgen. Een verhoogde preload kan door overbelasting van het lymfestelsel ook voor een verhoogde  
415 afterload zorgen, en veroorzaakt hiermee een secundair lymfoedeem component. In de richtlijn  
416 lymfoedeem van de NVDV (2023) wordt verder ingegaan op de pathofysiologie rondom secundair  
417 lymfoedeem veroorzaakt door high output lymphatic failure. In deze module vullen we deze inzichten  
418 aan met kennis over capillaire filtratie en inzichten rondom de endothele glycocalyx laag (EGL).

## 419 **Anatomie en fysiologie**

### 420 **Capillaire filtratie en endothele glycocalyx laag**

421 De endothele glycocalyxlaag (EGL) is een dunne, semipermeabele laag aan de binnenzijde van de  
422 vaatwand. Deze laag beschermt de endotheelcellen en reguleert de filtratie van vocht en opgeloste  
423 stoffen uit de capillairen naar het weefsel. Macromoleculen worden grotendeels tegengehouden,  
424 terwijl kleinere moleculen kunnen passeren (Broekhuizen, 2011; Reitsma et al., 2007).

425 Tussen de EGL en de vaatwand bevindt zich de subglycocalyxruimte (SGS), een laag ultrafiltraat met  
426 zeer lage colloïd-osmotische druk (COP). Deze laag voorkomt dat er over de gehele lengte van het  
427 capillaire vaatbed resorptie plaatsvindt, doordat de COP in het interstitium hoger is dan in de SGS  
428 (Levick et al., 2010).

429 De bloedstroom veroorzaakt mechanische rek op de haarachtige structuren van de EGL (shear-  
430 stress), wat stikstofmonoxide produceert en de integriteit van de laag beschermt (Biddle, 2013). Ook  
431 lymfecollectoren hebben een glycocalyxlaag; beschadiging kan het lymfatische pompmechanisme  
432 beïnvloeden (Gianesini et al., 2023).

### 433 **Aantasting van de EGL**

434 De EGL is geen statische structuur, maar een dynamisch geheel dat kan afbreken (shedding) bij  
435 prikkels zoals inflammatie of verandering in de shear-stress (zie figuur 2). Tijdens inflammatie  
436 vergemakkelijkt shedding het ontsnappen van vloeistof en plasma elementen door de EGL. In het  
437 geval van een wond is dit een functioneel proces om wondgenezing in gang te zetten (Ligi et al., 2018).

438 Chronische inflammatie, bijvoorbeeld bij chronische ontstekingsaandoeningen of diabetes, heeft  
439 echter langdurige impact op de integriteit van de EGL (Kolářová, et al., 2014).

440 Een te hoge shear-stress, bijvoorbeeld bij hypertensie, zorgt voor afbraak van de EGL. Terwijl bij een te  
441 lage shear-stress, bijvoorbeeld bij CVI of immobiliteit, de EGL onvoldoende regenererende prikkels  
442 krijgt en daardoor atrofisch wordt (Ligi et al., 2018). De EGL is ook zeer gevoelig voor oxidatieve stress,  
443 zoals bij Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV) wat voor snelle shedding van de EGL kan zorgen (Reitsma  
444 et al., 2007).

445 Wanneer de EGL wordt aangetast, door inflammatie, oxidatieve stress of verandering in shear-stress,  
446 neemt de permeabiliteit van het endotheel toe. Hierdoor kunnen meer eiwitten en vocht het  
447 interstitium binnentreden, wat leidt tot toegenomen lymfatische belasting. De hogere aanwezigheid  
448 van plasma-eiwitten in het interstitium is medeverantwoordelijk voor de inflammatoire en  
449 immunologische respons die weefselveranderingen in gang zet (Brown et al., 2023).

#### 450 **Resorptie proces**

451 Een belangrijke functie van het lymfestelsel is de heropname van overtollig interstitieel vocht en eiwit  
452 voor terugkeer naar de centrale bloedsomloop (Davis et al., 2024-a). Ongeveer de helft van de totale  
453 lymfe wordt uiteindelijk afgevoerd naar het veneuze stelsel ter hoogte van de angulus  
454 venosus/terminus, nabij het hart, waar de veneuze druk het laagst is (Verdonk et al., 2021). Dit  
455 bevordert een efficiënte instroom zonder reflux. Het overige deel wordt al eerder geresorbeerd, in de  
456 lymfeklieren, en op diverse locaties via lymfoveneuze verbindingen, onder andere in het  
457 retroperitoneale gebied (Verdonk et al., 2021). Deze verbindingen vormen alternatieve routes voor  
458 lymfedrainage naar de bloedcirculatie.

459 Het lymfatisch systeem bestaat uit verschillende segmenten. De structuur is functioneel  
460 georganiseerd in een afferent (aanvoerend naar lymfeknopen) en efferent (afvoerend vanaf  
461 lymfeknopen) deel. De voortstuwing van lymfe wordt ondersteund door autonome contracties,  
462 spieractiviteit, arteriële pulsaties en externe druk (Verdonk et al., 2021). Na contractie van een  
463 lymfangion ontstaat er een aanzuigend effect op lymfe in de voorafgaande lymfevaten en het  
464 omliggende weefsel (Davis et al., 2024-b).

465 *Lymfecapillairen (initiële vaten)* zijn zeer permeabel, met éénlagig endotheel. Lymfatische  
466 endotheelcellen (LEC's) overlappen elkaar en vormen zogeheten flap-achtige structuren die  
467 verbonden zijn met de extracellulaire matrix (ECM) van het omliggende weefsel middels  
468 ankerfilamenten. Wanneer de interstitiële ruimte door vochtophoping uitzet, rekken de  
469 ankerfilamenten uit en trekken ze aan de flappen - hierdoor openen de verbindingen zich passief wat  
470 de instroom van interstitiële vloeistof en eiwitten vergemakkelijkt (Davis et al., 2024-b). Deze structuur  
471 bevordert de opname van interstitiële vloeistof, eiwitten en immuun cellen.

472 *Precollectoren* vormen de overgang tussen de initiële lymfecapillairen en de collectoren. Ze hebben  
473 al beginnende klepstructuren en spiervezels en zijn nog deels resorberend.

474 *Collectoren* zijn transportvaten met kleppen en gladde spiercellen (lymfatische myogene cellen  
475 (LMC)), opgebouwd uit lymfangionen die actief contraheren. LMC's hebben een intrinsieke ritmische  
476 activiteit die niet afhankelijk is van zenuwsturing. Het contractiemechanisme is drukgevoelig. Een grote  
477 vulling van lymfe in de lymfevaten, leidt tot een grotere contractiesnelheid, variërend van 1 tot 20  
478 contracties per minuut (Davis et al., 2024b).

479 Disfunctie in één of meerdere van deze lymfatische segmenten kan leiden tot een blijvende verstoring  
480 in vocht- en eiwitclearance, wat bijdraagt aan het ontstaan en in stand houden van CO.

# Huidtherapeutische zorgverlening – Algemeen

## Uitgangsvraag

Hoe wordt passende huidtherapeutische oedeemzorg opgebouwd in de verschillende behandelfases?

## Aanbevelingen

- Passende oedeemzorg door huidtherapeuten volgt de aanbevelingen van de [Generieke NVH-Zorgmodule Chronische \(huid\)aandoeningen](#).
- Overweeg de NVH Praktijkaart Gedragsbeïnvloeding om passende oedeemzorg, conform de aanbevelingen uit de [Generieke NVH-Zorgmodule Chronische \(huid\)aandoeningen](#), vorm te geven en de focus te verleggen naar begeleiding van de patiënt.
- Differentieer de initiële behandelfase van de onderhoudsfases en leg dit uit aan de patiënt.
- Adviseer de patiënt om bij recidiverende exacerbatie de huisarts te consulteren voor doorverwijzing naar een specialist of expertisecentrum.
- Bespreek bij start van het behandeltraject de opbouw en inhoud van de zorgverlening per behandelfase.

## Overwegingen

### Professioneel perspectief

In de zorgverlening aan patiënten met CO vormen de aanbevelingen en overwegingen uit de Generieke NVH-Zorgmodule Chronische (huid)aandoeningen (NVH, 2025-b) een basis voor een doelgerichte en persoonlijke aanpak. De behandeling en begeleiding van mensen met CO vereist een integrale benadering, waarbij zowel somatische factoren (oedeemvolume, huidconditie, comorbiditeiten) als gedragsmatige en psychosociale factoren systematisch worden meegenomen.

In lijn met de Generieke NVH-Zorgmodule Chronische (huid)aandoeningen (NVH, 2025-b) richt de oedeemzorg zich op:

- Het bevorderen van duurzaam zelfmanagement;
- Het versterken van gezondheidsvaardigheden;
- Het optimaliseren van functioneren en participatie;
- Het identificeren van helpende en belemmerende factoren die het verloop van CO beïnvloeden.

Binnen de paramedische praktijk en leefstijlgeneeskunde wordt hiervoor o.a. het COM-B (Capability, Opportunity, Motivation, Behavior) model gebruikt (Streur-Kranenburg, 2023).

Het COM-B model stelt dat voor gedragsverandering (B) een persoon de benodigde capaciteit en competenties (C), middelen en mogelijkheden (O) en motivatie (M) moet hebben. Interventies die gedrag willen veranderen, moeten zich richten op één of meer van deze drie componenten (Michie et al, 2011). Dit sluit aan op de aanbevelingen uit de Generieke NVH-Zorgmodule Chronische (huid)aandoeningen. In Tabel 2 is een NVH Praktijkaart Gedragsbeïnvloeding opgesteld op basis van het COM-B model en de aanbevelingen uit de Generieke NVH-Zorgmodule Chronische (huid)aandoeningen die bij de vormgeving van de begeleiding kan worden geraadpleegd.

## NVH Praktijkaart Gedragsbeïnvloeding

### 1. Capaciteiten en competenties

**Kenmerken:** Interne belemmerende en bevorderende factoren op psychologisch en fysiek vlak zoals aanwezigheid van de benodigde kennis, vaardigheid, geheugen en aandacht en het kunnen overzien van de consequenties van bepaald gedrag en het reflecteren op eigen handelen.

#### Huidtherapeutisch consult:

- Onderzoeken en beoordelen:
  - Informatie verwerken, begrijpen en overbrengen
  - Zelfredzaamheid
  - Zelfeffectiviteit en coping
  - Fysieke of functionele belemmeringen
  - Emotionele en psychische belemmeringen
- Aanreiken van kennis over aandoening:
  - Wat is het?
  - Hoe komt het?
  - Wat merk je? (Symptomen, verloop)
  - Wat doet de behandelaar?
  - Wat kun jij doen? (Positief- en negatief beïnvloedende factoren)
- Vaardigheden aanleren
  - Zelfmonitoring
  - Zelfregulering en preventie
  - Omgaan met symptomen
  - Omgaan met hulpmiddelen/zelfinterventie
  - Omgaan met bijwerkingen
  - Probleemoplossing

### 2. Middelen en mogelijkheden

**Kenmerken:** Externe belemmerende en bevorderende factoren op sociaal en fysiek vlak: Sociale invloeden en omgevingsinvloeden en (hulp-) middelen

#### Onderzoek en beoordeel

- Sociale ondersteuning (hulp bij zelfmanagement, schaamte, desinformatie)
- Toegang tot middelen (financiën, transport, sport)
- Omgeving (de-)motiverend sociaal netwerk

### 3. Motivatie

#### Kenmerken:

- *Reflectief:* Sociale rol en identiteit; self-efficacy; geloof over consequenties; intentie; doelen
- *Automatisch:* Sociale rol en identiteit; ondersteuning; optimisme; emotie
- Introduceren van gedragsverandering
- Creëren van zelfvertrouwen (eigen-effectiviteit) en motivatie
- Stellen van een doel en maken van een planning
- Zorgen voor sociale ondersteuning
- Bieden van emotionele en psychische hulp

507 Tabel 2: NVH Praktijkaart Gedragsbeïnvloeding

508

509 *Behandelfases volgens de Richtlijn Lymfoedeem (NVDV, 2024)*

510 De behandeling kent twee hoofdfases, 1) de initiële behandelfase en 2) de onderhoudsfase. Tussen  
511 deze fases zit een overgangperiode (overgangsfase) die gericht is op het vergroten van de  
512 zelfredzaamheid van de patiënt. De fases kunnen zich herhalen bij een terugval of exacerbatie van het  
513 oedeem.

514 • *Initiële behandelfase*

515 In de initiële behandelfase staat de reductie van het oedeem op de voorgrond. De duur van deze fase  
516 bedraagt onder normale omstandigheden circa 8-12 weken. De huidtherapeut heeft verschillende  
517 behandelmodaliteiten voor de vermindering van het oedeem, het reduceren van klachten en het  
518 behalen van de door de patiënt gestelde doel(en). Welke interventies in welke fase geïndiceerd zijn  
519 staat omschreven in Tabel 3, afkomstig uit de Richtlijn Lymfoedeem (NVDV, 2023).

520 • *Overgangsfase*

521 In deze fase neemt de huidtherapeut een meer coachende en begeleidende rol op zich en wordt er  
522 toegewerkt naar meer zelfstandigheid voor de patiënt. Hierbij worden zelfmanagementinstructies  
523 gegeven om de patiënt en/of naasten te leren zelf de huid te verzorgen en het oedeem managen en  
524 te monitoren. Verder wordt de patiënt gemotiveerd en ondersteund om actief deel te nemen aan de  
525 behandeling. Er wordt duidelijkheid geschetst over wat nodig is om het oedeem stabiel te houden.  
526 Belemmerende en bevorderende factoren voor zelfmanagement en gedragsverandering worden  
527 onderzocht en besproken.

528 • *Onderhoudsfase*

529 In deze fase is de regie overgedragen aan de patiënt en is zelfmanagement de basis. Deze fase omvat  
530 follow-up sessies bestaande uit evaluatiegesprekken met omvang metingen en vragenlijsten om de  
531 situatie van de patiënt, de stabiliteit van de klachten en de kwaliteit van de (compressie)hulpmiddelen  
532 te monitoren. De rol van de huidtherapeut is minder prominent en wordt mede bepaald door de  
533 complexiteit en ernst van de klachten en de mate waarin de patiënt (al dan niet in samenwerking met  
534 naasten/verzorgenden) bekwaam is in het onderhouden en consolideren van de klachten en  
535 symptomen. De huidtherapeut blijft de patiënt monitoren door regelmatige controles en  
536 ondersteuning bij zelfmanagement, periodieke afspraken voor evaluatie (metingen), advies en  
537 bijsturing. Zo wordt continuïteit van zorg geboden, zodat patiënten altijd kunnen terugkomen met  
538 problemen of vragen (NVDV,2023). In het hoofdstuk "Begeleiding, educatie en adviezen" wordt dieper  
539 ingegaan op de wijze van monitoring in de onderhoudsfase.

540 *Terugval*

541 CO is een chronische aandoening met mogelijke terugval/exacerbatie. Bij terugval of exacerbatie  
542 moet gezocht worden naar een oorzaak. Hierbij valt te denken aan recidief kanker, toename in gewicht,  
543 minder bewegen, doorgemaakte wondroos, verminderde therapietrouw/motivatie van de patiënt of  
544 inadequaat compressiemateriaal. Nadat een indruk is gekregen van de oorzaak, wordt middels een  
545 patiëntgerichte aanpak, zoals beschreven in de initiële fase, opnieuw therapie ingezet. Bij  
546 recidiverende terugval wordt geadviseerd dat de patiënt naar de huisarts gaat voor een  
547 doorverwijzing naar een specialist of expertisecentrum (NVDV,2023).

548 Wanneer sprake is van instabiele symptomen kan een evaluatie een oorzaak blootleggen waarbij de  
549 therapeut zelfstandig kan ingrijpen door aanpassingen in het beleid en extra educatie, bijvoorbeeld  
550 ten behoeve van leefstijl, gewichtstoename, inadequaat compressiemateriaal, of ontoereikende  
551 zelfmanagement. Bij verdenking op onderliggende pathologieën die ten grondslag liggen aan de  
552 exacerbatie of wanneer de huidtherapeut geen verklaring kan vinden, adviseert de huidtherapeut de  
553 patiënt om een consult aan te vragen bij de huisarts. Hierbij rapporteert de patiënt conform de  
554 afspraken in de richtlijn HASP-paramedicus (2020).

<b>(Huid)therapeutische interventies</b>	<b>Initiële behandel fase (8-12 weken)</b>	<b>Onderhoudsfase (Maximaal na 12 weken)</b>
Voorlichting	X (Instructie)	
Leefstijladviezen	X	X (Zelf toepassen)
Psychosociale ondersteuning	X	X
Zelfmanagement	X (Instructie)	X (Zelf toepassen)
Oefentherapie/Zelf bewegen	X	X (Zelf bewegen (conform Beweegrichtlijn 2017), eventueel op advies of met instructies van een fysio-/oefentherapeut trainen)
Huidzorg	X (Instructie)	X (Zelf toepassen)
Zwachtelen	X	X (Zelf zwachtelen)
Therapeutisch elastische kousen/ compressiemiddel		X
Pressotherapie/ Intermitterende Pneumatische Compressie Therapie (IPC)	X (Overweeg i.c.m. andere modaliteiten)	X (Alleen bij relatief afwezige mobiliteit)
Manuele lymfdrainage	X (Op indicatie)	X (In het begin)
Andere biomedische behandelingen, zoals mobiliseren weefsel/ fascie release techniek	X	X (Zelf mobiliserende technieken bij litteken of verminderde schuifbaarheid weefsels)

555 *Tabel 3. Overzicht behandelopties per behandel fase (overgenomen en aangepast uit de Richtlijn lymfoedeem,*  
556 *door de NVDV, 2023)*

557

## 558 Huidtherapeutische zorgverlening – Onderzoek

### 559 Uitgangsvraag

Hoe wordt een huidtherapeutische screening, anamnese en lichamenlijk onderzoek uitgevoerd en welke instrumenten en methodieken worden hierin aanbevolen?

560

### 561 Aanbevelingen

- Het gebruik van de LYMQOL en de Leefstijlcheck wordt aanbevolen als onderdeel van de anamnese, om op een gestandaardiseerde manier klachten, belemmeringen en problemen binnen de ICF-domeinen in kaart te brengen, leefstijlfactoren te identificeren en het gesprek hierover te faciliteren.
- Het gebruik van de PH22 of de NVH-ZRI kan worden overwogen om belemmerende en bevorderende factoren, evenals relevante gedragsaspecten, systematisch te inventariseren.
- Voer een screening uit ter signalering of verdenking van veneuze, arteriële en primaire lymfatische insufficiëntie wanneer informatie hierover bij de verwijzing ontbreekt, en adviseer de patiënt bij een positieve screening naar de huisarts te gaan voor verder onderzoek.
- Het objectiveren van de mate van CO met één of meer palpatie methodieken zoals de ISL-classificatie, de Godet stadia, teken van Stemmer en/of de Bjork Bow Tie Test, is aanbevolen.
- Circumferentiemetingen worden aanbevolen bij aanvang en gedurende de initiële fase om voortgang te monitoren, evenals tijdens follow-up consulten om de mate van consolidatie of regressie vast te stellen.
- Bespreek de bevindingen uit het huidtherapeutisch onderzoek met de patiënt en formuleer samen met de patiënt behandeldoelen en een behandelplan.

### 562 Overwegingen

563 Het diagnostisch deel is erop gericht om een volledig beeld te krijgen van de patiënt-specifieke  
564 situatie en kenmerken middels screening, anamnese, onderzoek en analyse, zoals beschreven in het  
565 Huidtherapeutisch Methodisch Handelen (HMH) (NVH, 2026). In dit onderdeel van de zorgmodule  
566 worden alleen HMH stap 2 tot en met 5 gespecificeerd voor CO, omdat deze betrekking hebben op het  
567 diagnostisch deel.

#### 568 HMH stap 2: anamnese en vragenlijsten

569 Hoewel het HMH breed wordt gebruikt als leidraad binnen de huidtherapie, bestaat er nog veel variatie  
570 in dossiervoering. Dit hangt samen met het gebruik van open tekstvelden in EPD-systemen en met het  
571 grote aanbod aan vragenlijsten, terwijl consensus over het gebruik van meetinstrumenten ontbreekt.  
572 Met name voor kwaliteit van leven en functioneren bij CO en (huid)aandoeningen zijn veel  
573 verschillende PROMs beschikbaar. Deze diversiteit belemmert de onderlinge vergelijkbaarheid  
574 (conform de Wkkgz) en transparante passende praktijken (Kader Passende Zorg, ZiN, 2022).

#### 575 *Vragenlijsten als onderdeel van de anamnese*

576 Op basis van een vergelijking van beschikbare vragenlijsten (zie Bijlage 12: Beschikbare vragenlijsten)  
577 lijkt de LYMQOL in combinatie met de Leefstijlcheck het meest geschikt als onderdeel van de anamnese.  
578 Deze instrumenten maken het mogelijk om op een gestandaardiseerde wijze klachten,  
579 belemmeringen en problemen binnen de ICF-domeinen in kaart te brengen, leefstijlfactoren te  
580 identificeren en het gesprek hierover te ondersteunen. Het Huidtherapeutische zorgverlening – Leefstijl

581 en gezondheid geeft handvatten voor het bespreken van leefstijlfactoren en verwijst naar relevante  
582 kwaliteitsstandaarden. Wanneer sprake is van een bredere huidgerelateerde hulpvraag kan de DLQI  
583 (Dermatology Life Quality Index) of PRIDD (Patient-Reported Impact of Dermatological Diseases)  
584 overwogen worden in plaats van de LYMQOL of andere oedeem specifieke vragenlijst.

585 Voor effectieve begeleiding en educatie is het van belang inzicht te krijgen in factoren die  
586 gedragsverandering bevorderen of belemmeren. De PH22 kan hiervoor worden ingezet en sluit aan bij  
587 een positieve benadering zoals beschreven in het Kader Passende Zorg. Omdat deze vragenlijst niet  
588 alle relevante factoren uit de Generieke NVH-Zorgmodule Chronische (huid-)aandoeningen omvat, is  
589 een NVH Zelfregie Inventarisatie (NVH-ZRI) ontwikkeld (Bijlage 6 NVH Zelfregie Inventarisatie (ZRI)).  
590 Deze vragenlijst kan dienen als ingang voor een begeleidingsgesprek waarbij de patiënt aangeeft  
591 welke factoren het meest relevant zijn.

592 Het doel is te beoordelen in hoeverre zelfmanagement en gedragsverandering haalbaar zijn en welke  
593 factoren in de begeleiding extra aandacht vragen. Deze inventarisatie hoeft niet tijdens de anamnese  
594 plaats te vinden, maar kan ook in een latere fase van het zorgtraject, wanneer de focus verschuift van  
595 behandelen naar begeleiden.

596 Aanvullend op de LYMQOL en de Leefstijlcheck wordt daarom het gebruik van de PH22 of de NVH-ZRI  
597 aanbevolen om belemmerende en bevorderende factoren en gedragsaspecten systematisch in  
598 kaart te brengen. Om dubbele vraagstelling te voorkomen, zijn vragen uit deze vragenlijsten niet  
599 opgenomen in de anamnese vragen (zie Bijlage 3: Anamnese vragen). Het advies is de LYMQOL toe te  
600 passen en deze te combineren met de Leefstijlcheck en een gedragsvragenlijst (PH22 en/of NVH-ZRI),  
601 of de anamnese aan te vullen met gelijkwaardige vragen.

### 602 **HMH stap 3: Lichamelijk onderzoek**

603 Het lichamelijk onderzoek bestaat uit een inspectie, palpatie, meting en functioneel onderzoek en  
604 wordt systematisch doorlopen.

605 *Inspectie*

606 In het

607 Huidtherapeutische zorgverlening – Generieke en specifieke huidzorg is een Tabel 4:  
608 Huidtherapeutisch huidassessment opgenomen met een volledige inspectie van de huid. Voor de  
609 screening op arteriële pathologie stelt de huidtherapeut vast of er sprake is van wondjes,  
610 huidverkleuringen (verschil in kleur tussen de benen of voeten), haarverlies of nagelafwijkingen aan  
611 benen/voeten. Voor veneuze pathologie screent de huidtherapeut op huidafwijkingen passend bij CVI  
612 (zichtbare varices, pigmentatie, eczeem, atrofie blanche, lipodermatosclerose, een genezen of  
613 bestaand ulcus cruris).

614 Bij een vroege onsets (congenitaal), een onvoldoende verklarende of ontbrekende trigger voor het  
615 ontstaan van oedeem en/of bij een positieve familieanamnese kan de therapeut letten op uiterlijke  
616 kenmerken die passen bij specifieke vormen van primair lymfoedeem. Denk hierbij aan veneuze  
617 insufficiëntie, segmentale hypertrofie, intellectuele beperking (autisme, cognitieve beperking) of  
618 dismorfische kenmerken (afwijkende gezichtsstructuren zoals brede korte nek/ laagstaande oren/  
619 plat gezicht/ klein schedel). Ook scoliose, (palato-)schisis, een dubbele wimperrij of ski-jump nails zijn  
620 kenmerken die kunnen passen bij vormen van primair lymfoedeem.

#### 621 *Palpatie*

622 Palpatie technieken kunnen als instrument dienen voor het classificeren van het oedeemstadium.  
623 Meestal wordt dit gedaan door indrukbaarheid (pitting/delle) en oppakbaarheid (pinch) vast te  
624 stellen, zoals hieronder verder wordt toegelicht. Daarnaast kan de therapeut voetarteriepulsaties (a.  
625 tibialis posterior/a. dorsalis pedis) controleren als onderdeel van de screening van arteriële  
626 pathologie. Temperatuurverschil in combinatie met kleurverschil kan wijzen op ontsteking (rubor,  
627 calor, dolor, tumor) of op arteriële pathologie (koude huid i.c.m. bleke huid bij hooghouden en paars-  
628 rode huid bij afhangen).

#### 629 1. Pitting/delle indrukbaarheid:

630 *ISL classificatie:* Op basis van klinische symptomen zoals de aanwezigheid van pitting of non-pitting  
631 oedeem is in het Consensusdocument van de ISL uit 2020 een classificatie van lymfoedeem  
632 opgesteld. Formeel is de ISL classificatie bedoeld voor classificatie van lymfoedeem, maar wordt in  
633 deze zorgmodule ook voor de bredere inzet bij CO als bruikbaar geacht.

634	Stadium	Omschrijving
635	0	Subklinisch stadium, geen duidelijke zwelling zichtbaar/voelbaar (non-pitting) ondanks beschadigd/verminderd lymfetransport. Dit stadium kan jaren bestaan voordat lymfoedeem manifest wordt.
636		
637		
638	1	Verzameling van interstitieel vocht met hoog eiwitgehalte, vermindert door hoog leggen. In dit stadium kan het oedeem pitting zijn.
639		
640	2a	Pitting oedeem dat zelden verdwijnt bij hoog leggen
641	2b	Pitting en Non-pitting oedeem, ontwikkeling van subcutaan vet en fibrose
642	3	Vooraf non-pitting oedeem, lymfostase, elephantiasis, atrofische
643		huidveranderingen, papillomatosis, proliferatie van vetweefsel in subcutis

644 *Godet stadia:* Een andere manier om de mate van CO te objectiveren is de test van Godet. Hierbij  
645 wordt middels een pitting test de viscositeit van het weefsel beoordeeld. De uitkomst hiervan wordt  
646 uitgedrukt in de Godet stadia:

647	Stadium	Omschrijving
648	0	Geen pitting oedeem
649	1	Mild pitting oedeem. 2mm diepte die snel verdwijnt

650	2	Matig pitting oedeem. 4mm diepte die in 10 tot 15 seconde verdwijnt
651	3	Matig tot ernstig pitting oedeem: 6mm diepte die langer dan 1 minuut kan aanhouden
652		
653	4	Ernstig pitting oedeem: 8mm diepte die langer dan 2 minuten kan aanhouden

654 De resultaten van de test van Godet zijn naast overduidelijk negatief of positief, vrij te interpreteren.

## 655 2. Pinchtest

656 *Teken van Stemmer:* Het teken van Stemmer wijst op langdurige lymfogene stase. Om het teken van  
657 Stemmer te onderzoeken wordt geprobeerd een huidplooi omhoog te trekken aan de basis van de  
658 tweede teen. Indien er geen huidplooi kan worden opgepakt is het teken van Stemmer positief en is  
659 dit een indicatie voor lymfatisch falen. Het teken van Stemmer is minder geschikt voor vroeg  
660 signalering, omdat deze vaak nog niet positief is in een vroege fase van CO.

661 *Bjork Bow Tie Test:* een uitgebreide variant van de Stemmers-test is de Bjork Bow Tie Test waarmee  
662 veranderingen in huidtextuur en subcutaan weefsel kunnen worden vastgesteld (Bjork & Ehmann,  
663 2019). Het wordt gebruikt voor het detecteren van lymfoedeem en fibrotische  
664 weefselveranderingen/tethering.

665 De huidtherapeut voert in één vloeiende beweging de volgende handeling uit: het huidweefsel wordt  
666 zacht tussen duim en wijsvinger gevat, waarna achtereenvolgens wordt:

- 667 Geknepen (pinch) - om de mobiliteit van de huid te testen
- 668 Gerold (roll) - om de beweeglijkheid tussen de huidlagen te beoordelen
- 669 Gedraaid (twist) - om het rimpelprofiel te observeren

670 Tijdens deze manoeuvre worden de weefseltextuur, dikte en beweeglijkheid systematisch beoordeeld.

## 671 *Meting*

672 Circumferentiemeting: Voor circumferentiemetingen kunnen verschillende meetpunten en  
673 meetafstanden worden gebruikt. In de praktijk wordt vaak gemeten met vaste intervallen van 4 cm, 5  
674 cm of 10 cm. Daarnaast kan worden gekozen voor het gebruik van de meetpunten van een  
675 Therapeutische Elastische Kous (TEK). Metingen volgens de TEK-methodiek worden zonder spanning  
676 van het meetlint toegepast. Een belangrijk voordeel van deze methode is dat zowel het smalste als  
677 het breedste deel van het ledemaat standaard worden meegenomen in de meting. Deze meetpunten  
678 zijn eenvoudig te reproduceren, waardoor zij ook geschikt zijn voor zelfmonitoring door de patiënt.

679 Wanneer een circumferentiemeting mogelijk is wordt het aanbevolen deze toe te passen bij start (0-  
680 meting) en tijdens behandelconsulten in de initiële fase om de voortgang te monitoren, evenals bij  
681 follow-up consulten in de onderhoudsfase om de mate van consolidatie of regressie vast te stellen.

682 Tissue Dielectric Constant (TDC): TDC bepaalt de diëlektrische constante van het lokale weefsel, die  
683 sterk samenhangt met de hoeveelheid aanwezig vocht. Een belangrijk voordeel van de TDC is dat deze  
684 methode geschikt is voor moeilijk met circumferentiemetingen te beoordelen lichaamsgebieden,  
685 zoals de flank, borstregio of hoofdhals gebied. Daarnaast kan de TDC zinvol zijn bij patiënten die een  
686 subjectief gevoel van zwelling ervaren, bijvoorbeeld na een behandeling voor borstkanker, waarbij  
687 veranderingen in sensatie vaak voorkomen. In deze situaties kan TDC helpen om objectief vast te  
688 stellen of er sprake is van oedeem. Metingen kunnen ipsi-/contralateraal worden vergeleken in de tijd.

## 689 *Functioneel onderzoek*

690 Bij oedeem is het belangrijk om actieve en passieve bewegingsonderzoeken (AROM en PROM) te  
691 verrichten om een beweegbeperking vast te stellen en te differentiëren in oorzaak. Als AROM beperkt

692 is en PROM niet zal de oorzaak in de motoriek gezocht moeten worden, waarvoor doorverwijzing naar  
693 een fysiotherapeut verijds is. Wanneer ook PROM beperkt is onderzoekt de therapeut of de oorzaak in  
694 de structuren kan liggen, bijvoorbeeld beperking door de zwelling zelf of door fibrose. Een beperkte  
695 PROM sluit beperking vanuit de motoriek niet uit. Bij twijfel is het daarom aanbevolen een  
696 fysiotherapeut te betrekken. Functioneel onderzoek houdt ook in dat de loopvaardigheid of  
697 beweegvaardigheid onderzocht moet worden. Bewegen stimuleert op natuurlijke wijze het  
698 lymfestelsel en de afvoer van interstitieel vocht door activatie van de spierpomp en stimulatie van  
699 de lymfeknopen. Beperkte loopvaardigheid, valangst, bewegangst of evenwichtsproblemen  
700 hinderen een patiënt om voldoende te bewegen. Samenwerking met een fysiotherapeut is hierbij  
701 wenselijk. Lees het huidtherapeutisch deel – gezondheid en leefstijl voor het Bewegingadvies.

702 Bij kortademigheid, verminderd inspanningsvermogen, moeheid (NHG, 2025) in combinatie met  
703 plotseling ontstane (verergering) van (pitting) oedeem is het wenselijk om hartfalen uit te sluiten  
704 alvorens oedeemtherapie te starten.

#### 705 *Aanvullend onderzoek en screening*

706 *Indien bij verwijzing geen informatie beschikbaar is over de veneuze en/of arteriële status, wordt*  
707 *aanbevolen hier tijdens de intake expliciet aandacht aan te besteden. Ter standaardisering van de*  
708 *screening zijn aanvullende screeningslijsten opgesteld voor PAV en CVI gebaseerd op de geldende*  
709 *NHG-standaarden (zie Tabel 5 NVH Zelfregie Inventarisatie (ZRI))*

710 *Bijlage 7: Aanvullende screeningslijsten). Daarnaast kan de screening primair lymfoedeem worden ingezet om*  
711 *een vermoeden van primair lymfoedeem te signaleren en dit te onderbouwen richting de huisarts met een verzoek*  
712 *tot aanvullend onderzoek (zie Tabel 5 NVH Zelfregie Inventarisatie (ZRI))*

713 Bijlage 7: Aanvullende screeningslijsten). Deze screening is uitsluitend bedoeld voor signalering en niet  
714 voor het stellen van een diagnose. Sommige bevindingen kunnen aanleiding zijn voor verdere actie,  
715 zoals verwijzing of interdisciplinaire afstemming (zie ook Bijlage 13: Aanvullend medisch diagnostisch  
716 onderzoek). Voor lipoedeem, wonden, littekens en pijn worden aparte kwaliteitsinstrumenten  
717 ontwikkeld; het bijbehorende huidtherapeutisch onderzoek valt buiten de scope van deze zorgmodule.  
718 Verwijscriteria voor relevante aanpalende disciplines en hun rol in de zorg voor oedeempatiënten zijn  
719 opgenomen in Bijlage 10: Verwijscriteria.

#### 720 **HMH stap 4: Analyse van huidtherapeutisch onderzoek**

721 De huidtherapeut analyseert de bevindingen uit de anamnese, het lichamenlijk onderzoek, de  
722 screening en de vragenlijsten. Relevante en/of opvallende bevindingen worden gedocumenteerd aan  
723 de hand van de domeinen van het ICF en conform de NVH-Richtlijn Dossiervoering. Voor een overzicht  
724 van topics die in de analyse verwerkt kunnen worden zie Bijlage 11: Opstellen conclusie en  
725 behandelplan.

#### 726 **HMH stap 5: Behandelplan**

##### 727 *Behandeldoel*

728 1. Samen beslissen

729 Bespreek met de patiënt wat de belangrijkste bevindingen uit de analyse van de anamnese, het  
730 lichamenlijk onderzoek en de vragenlijsten zijn. De therapeut onderzoekt samen met de patiënt wat de  
731 belangrijkste behandelbehoeften zijn en toetst of de gestelde hulpvraag klopt of bijgesteld moet  
732 worden. Er wordt vastgesteld of er een indicatie is voor huidtherapeutische behandeling en of  
733 doorverwijzing voor verder onderzoek of interdisciplinaire samenwerking wenselijk is.

734 Om de bevindingen van de vragenlijsten door te nemen, de patiënt specifieke klachten boven tafel te  
735 krijgen en hierop doelen te formuleren is een hulpmiddel ontwikkeld: Oedeem Doelenkaart (zie

736 Oedeem doelenkaart). Hiermee kan de patiënt, eventueel samen met de behandelaar, de drie  
737 belangrijkste doelen formuleren aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijsten. Het doel wordt  
738 middels een NRS specifiek en meetbaar gemaakt.

## 739 2. Behandeldoel formuleren

740 Voor het formuleren van een behandeldoel kan worden teruggevallen op verschillende  
741 formuleringsmethodieken (SMART, RUMBA, PRISMA etc.), conform de NVH-Richtlijn Huidtherapeutische  
742 Dossiervoering (2026). Deze formuleringsmethodieken kunnen als hulpmiddel worden ingezet om  
743 passende doelen te formuleren. Het is niet verplicht om deze methodieken toe te passen. Het wordt  
744 aanbevolen om een behandeldoel specifiek en meetbaar te maken, gericht op een klacht of  
745 beperking binnen de ICF-domeinen. De Oedeem doelenkaart kan helpen om samen met de patiënt  
746 een concreet, meetbaar behandeldoel te formuleren (zie Oedeem doelenkaart).

## 747 3. Haalbaarheid

748 De therapeut beoordeelt samen met de patiënt of het (eind-)doel haalbaar is en onderzoekt en  
749 formuleert zo nodig kleinere haalbare subdoelen. Niet altijd is vooraf goed in te schatten of een doel  
750 haalbaar zal zijn. Dan helpt het om te onderzoeken met welk resultaat de patiënt al tevreden zou zijn  
751 als subdoel. Bij het behalen van dit subdoel kan besproken worden wat de volgende stap zou kunnen  
752 zijn. Vervolgens wordt het behandelplan opgesteld, waarin onder meer de (sub-)doelen,  
753 verrichtingen, tijdsinvesteringen en evaluaties worden opgenomen.

### 754 *Behandelplan*

755 Aan de hand van de analyse en het behandeldoel stelt de huidtherapeut een behandelplan op. Het  
756 risicoprofiel, de belemmerende en bevorderende factoren (waaronder leefstijl), fysieke beperkingen,  
757 informele zorg (zoals mantelzorg) en de gezondheidsvaardigheden geven richting aan het  
758 behandelplan. Het is niet ongebruikelijk dat patiënten naast oedeem nog nevenpathologieën hebben  
759 die aanvullend medisch/diagnostisch onderzoek wensen (denk aan vermoeden van PAV, CVI, primair  
760 lymfoedeem, hartfalen, mentale/fysieke gezondheidsklachten etc.), interdisciplinaire samenwerking  
761 vereisen (zie Bijlage 10: Verwijscriteria) of een aanvullend huidtherapeutisch onderzoek en/of  
762 behandelplan wensen (denk aan wonden of significante pijn-, litteken-, eczeem- of oncologische  
763 huidklachten). Voor een handreiking voor het opstellen van een behandelplan wordt verwezen naar  
764 Bijlage 11: Opstellen conclusie en behandelplan.

### 765 **HMH stap 7: Evaluatie**

766 Na het opstellen van een behandelplan volgt "HMH stap 6: Behandeling" waarop geëvalueerd wordt  
767 in HMH stap 7: Evaluatie. In de evaluatie onderzoekt de therapeut het effect van de behandeling en  
768 stelt indien nodig het behandelplan bij. Dit is in de basis een doorlopend proces die bij iedere zitting  
769 plaatsvindt. Bij start van de onderhoudsfase zal de therapeut een evaluatie uitvoeren over het  
770 behandelproces en het behandelresultaat. Zijn er afwijkingen van het verwachte behandelbeloop en  
771 zijn de patiënt en de huidtherapeut tevreden met het proces en het resultaat?

772

# 773 Huidtherapeutische zorgverlening – 774 Begeleiding, educatie en advies

## 775 Uitgangsvraag

Hoe wordt goede begeleiding, educatie en advies vormgegeven en ingevuld?

## 776 Aanbevelingen

- Integreer begeleiding, educatie en advies structureel in de behandeling van patiënten met chronisch oedeem om zelfmanagement en zelfeffectiviteit te versterken.
- Stem voorlichting en begeleiding af op de individuele situatie, behandelfase en gezondheidsvaardigheden van de patiënt.
- Bouw patiëntenvoorlichting stapsgewijs op uit: informatie, instructie en educatie
- Pas motiverende gespreksvoering toe om motivatie, zelfeffectiviteit en therapietrouw te versterken.
- Stimuleer sociale ondersteuning (emotioneel, praktisch en informatief) bij het uitvoeren van zelfmanagement.

## 777 Overwegingen

### 778 Professioneel perspectief

779 Begeleiding, educatie en advies vormen kernonderdelen van huidtherapeutische zorg bij chronische  
780 aandoeningen (NVH, 2025–b). Het doel is patiënten te ondersteunen bij het ontwikkelen van kennis,  
781 vaardigheden en motivatie die nodig zijn voor effectief zelfmanagement. De huidtherapeut vervult  
782 hierbij verschillende rollen, waaronder coach, instructeur en begeleider.

### 783 Begeleiding

784 Het Chronic Care Model benadrukt dat patiënten met chronische aandoeningen pas bereid zijn  
785 gedrag te veranderen wanneer zij een actieve rol krijgen in hun zorgproces en beschikken over  
786 voldoende kennis en vaardigheden (Wagner, 1998). Zelfmanagement wordt daarom beschouwd als  
787 een essentieel onderdeel van de zorg voor chronisch zieken (NVDV, 2023).

788 Begeleiding richt zich op het ondersteunen van de patiënt bij het ontwikkelen van kennis,  
789 vaardigheden en motivatie die nodig zijn voor zelfmanagement. De huidtherapeut inventariseert  
790 welke informatie en ondersteuning de patiënt nodig heeft en stemt de begeleiding af op de  
791 persoonlijke situatie, gezondheidsvaardigheden en behandelfase. Volgens Dekkers (1981) vormt  
792 patiëntbegeleiding de basis waarbinnen patiëntvoorlichting vormgegeven kan worden. Binnen deze  
793 begeleiding worden verschillende vormen van voorlichting ingezet:

- 794 • **Informatie:** het verstrekken van kennis over de aandoening, het beloop en de behandeling.
- 795 • **Instructie:** het aanleren van praktische vaardigheden die nodig zijn voor zelfzorg en het  
796 gebruik van hulpmiddelen.
- 797 • **Educatie:** het bevorderen van inzicht en begrip zodat patiënten zelfstandig keuzes kunnen  
798 maken en gedrag kunnen aanpassen.

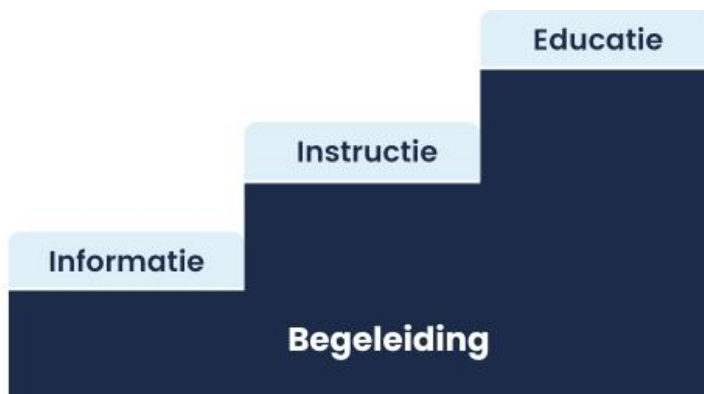
799 Advies (als ZBaH) daarmee onderverdeeld in het geven van informatie en instructie. Door deze  
800 opbouw wordt stap voor stap gewerkt aan het versterken van zelfmanagement en zelfeffectiviteit van

801 de patiënt (zie figuur 1). De stappen kunnen overlappen: het instrueren van de patiënt kan bijvoorbeeld  
802 samengaan met het geven van informatie en/of educatie.

803 **Informatie: het aanreiken van kennis over de aandoening**

804 Door het aanrijken van informatie in een vroege fase van de behandeling wordt een basis gelegd voor  
805 gedragsverandering (Prochaska & DiClemente, 1982). Patiënten kunnen pas een actieve rol vervullen  
806 wanneer zij begrijpen:

- 807 • Wat chronisch oedeem inhoudt
- 808 • Wat het natuurlijke beloop is
- 809 • Wat de behandelmogelijkheden en hun effecten zijn
- 810 • Wat de rol van de behandelaar is en wat de rol van de patiënt (en/of verzorgenden) is



811 *Figuur 1: Fasering in gedragsverandering*

811 De huidtherapeut stemt informatie af op de gezondheidsvaardigheden en mogelijkheden van de  
812 patiënt. Hiervoor kunnen verschillende middelen worden ingezet, zoals folders, praatplaten, digitale  
813 informatie, trainingen of e-learnings.

814 **Instructie: Vaardigheden aanleren voor zelfmanagement en hulpmiddelen gebruik**

815 Het ontwikkelen van zelfmanagementvaardigheden is essentieel binnen de zorg voor patiënten met  
816 CO. Zelfmanagement wordt bevorderd door het aanleren van praktische vaardigheden in combinatie  
817 met coaching en educatie die zijn afgestemd op de individuele mogelijkheden en context van de  
818 patiënt. Instructie gaat veelal samen met informatieverstrekking of educatie, zodat een patiënt weet  
819 waarom een bepaalde vaardigheid van belang is om aan te leren. Onderwerpen die aan bod kunnen  
820 komen zijn onder andere:

821 *Monitoring van klachten*

822 De patiënt krijgt uitleg over het belang van het tijdig signaleren van veranderingen in het oedeem en  
823 de huidconditie. De huidtherapeut kan de patiënt leren hoe deze zelf veranderingen kan observeren  
824 en beoordelen. Voorlichting en instructie kunnen onder andere bestaan uit:

- 825 • Uitleg over het herkennen van veranderingen in zwelling, zoals een toename van omvang, een  
826 zwaarder of gespannen gevoel in het aangedane gebied;
- 827 • Instructie in het uitvoeren van eenvoudige zelfmetingen, bijvoorbeeld door het meten van de  
828 omvang van het aangedane lichaamsdeel met een meetlint en het vergelijken met een eerdere  
829 meting;
- 830 • Uitleg dat schommelingen in metingen normaal kunnen zijn en door verschillende factoren  
831 beïnvloed worden;

- 832 • Instructie om bij een aanhoudende toename van zwelling of klachten contact op te nemen met  
833 de behandelaar;
- 834 • Uitleg over het controleren van de huid op verwondingen, insectenbeten, huidirritatie of uitdroging;
- 835 • Instructie in het herkennen van tekenen van infectie, zoals roodheid, warmte, pijn en plotselinge  
836 zwelling, en het belang van tijdig contact opnemen met een behandelaar of huisarts.

#### 837 *Gebruik van compressiehulpmiddelen*

838 Compressie vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling en het zelfmanagement van CO.  
839 Voorlichting en instructie richten zich daarom op het correct en consequent gebruik van  
840 compressiehulpmiddelen. Onderwerpen die hierbij aan bod kunnen komen zijn onder andere:

- 841 • Uitleg over het doel van compressietherapie en de rol van compressie bij het stabiliseren van  
842 oedeem;
- 843 • Instructie over het dagelijks gebruik van compressiehulpmiddelen, zoals het belang van directe  
844 toepassing vanaf opstaan in de ochtend, tot het slapengaan in de avond;
- 845 • Uitleg over correct aan- en uittrekken van compressiehulpmiddelen en mogelijke hulpmiddelen  
846 die dit kunnen vergemakkelijken;
- 847 • Instructie over het onderhoud en de verzorging van compressiemateriaal volgens de adviezen  
848 van de leverancier;
- 849 • Uitleg over aanvullende compressiemogelijkheden, zoals zwachtelen, adjustable compression  
850 devices (ACD) of nachtcompressie wanneer dit passend is;
- 851 • Instructie in het toepassen van eventuele aanvullende materialen, zoals pelottes/point pressure  
852 devices (PPD), onderkousen of polstermateriaal;
- 853 • Voorlichting over het dragen van compressie tijdens dagelijkse activiteiten en lichamelijke  
854 training, en situaties waarin hiervan kan worden afgeweken.

#### 855 *Zelfzorg en aanvullende maatregelen*

856 Naast compressie en monitoring kan de huidtherapeut instructies geven over aanvullende  
857 zelfzorgmaatregelen die patiënten kunnen toepassen om klachten te verminderen of verergering te  
858 voorkomen. Voorlichting en instructie kunnen onder andere betrekking hebben op:

- 859 • Het tijdelijk hoog leggen van een arm of been in rustsituaties om zwelling te verminderen, zonder  
860 dat dit leidt tot vermindering van dagelijkse activiteit;
- 861 • Het toepassen van eenvoudige vormen van zelfdrainage, wanneer de patiënt hier baat bij ervaart;
- 862 • Uitleg over het belang van bewegen als natuurlijke stimulans voor de circulatie van lymfevocht;
- 863 • Instructie in eenvoudige mobiliserende technieken bij aanwezigheid van littekenweefsel of  
864 verhard bindweefsel;
- 865 • Advies om mobiliserende oefeningen en beweging te integreren in dagelijkse activiteiten.

866 Het doel van deze voorlichting en instructie is dat patiënten voldoende kennis en vaardigheden  
867 ontwikkelen om zelfstandig bij te dragen aan het behouden van het behandelresultaat en het  
868 voorkomen van verergering van klachten.

869 Aan het einde van de initiële fase beschikken de patiënten over de benodigde vaardigheden om  
870 zelfzorg en zelfmanagement toe te passen. Een voorbeeld van opbouw van patiëntvoorlichting per  
871 fase van de behandeling is terug te vinden in Bijlage 8: Opbouw patiëntvoorlichting per behandelfase.

#### 872 **Educatie: bevorderen van inzicht en gedragsverandering**

873 Educatie richt zich op het verdiepen van het inzicht van de patiënt in het eigen klachtenpatroon en de  
874 invloed van gedrag op het beloop van de klachten. Hierdoor wordt de patiënt beter in staat gesteld  
875 om zelfstandig keuzes te maken en adviezen toe te passen in het dagelijks leven. Door kennis,

876 vaardigheden en coaching te combineren kan gedragsverandering worden ondersteund (Michie et  
877 al., 2011). De huidtherapeut kan educatie onder andere vormgeven door:

- 878 • Het bespreken van factoren die klachten kunnen beïnvloeden;
- 879 • Het stimuleren van reflectie op eigen gedrag en gewoonten die de klachten kunnen beïnvloeden;
- 880 • Het helpen van de patiënt om nieuwe, gezondere gedragspatronen te ontwikkelen of nadelige  
881 gedragspatronen aan te passen;
- 882 • Het ondersteunen van patiënten bij het toepassen van adviezen in hun dagelijkse routine;
- 883 • Het bevorderen van zelfeffectiviteit en vertrouwen in het eigen vermogen om klachten te  
884 monitoren en te beïnvloeden.

## 885 **Motivatie**

886 Motivatie gaat over de innerlijke drang om te kiezen voor ander gedrag en bestaat uit de aspecten  
887 Reflectief en Automatisch.

888 Automatische motivatie gaat over intuïtieve en emotionele processen die ons gedrag aansturen, zoals  
889 gewoontes, vaste patronen en automatische reacties op prikkels. De sociale rol en identiteit,  
890 ondersteuning, optimisme en emotie hebben invloed op de automatische motivatie.

891 Reflectieve motivatie daarentegen omvat bewuste denkprocessen waarbij we doelen stellen, plannen  
892 maken, onze intenties bewust vormen en ons gedrag evalueren. Hierbij speelt ook het vertrouwen in  
893 eigen kunnen, overtuigingen over consequenties, intenties en doelen een belangrijke rol (Steur-  
894 Kranenburg, 2023). Vertaald naar de aanbevelingen uit de Generieke NVH-Zorgmodule chronische  
895 (huid)aandoeningen komen vijf verschillende interventies naar voren die hierop aansluiten die  
896 kunnen worden ingedeeld volgens de vijf fases van gedragsverandering zoals opgesteld door  
897 Prochaska & Diclemente (1982).

### 898 *Fase 1. Voorbereiding of pre-contemplatie*

- 899 • Kenmerken: De patiënt is nog niet bezig met gedragsverandering.
- 900 • Interventie: Bewustwording creëren en introduceren van gedragsverandering.
- 901 • Rol van de huidtherapeut: Introduceert het belang van zelfmanagement bij CO en geeft  
902 basisinformatie over mogelijke gedragsveranderingen. Met behulp van vragenlijsten kan de  
903 patiënt inzicht krijgen in bevorderende en belemmerende factoren. De nadruk ligt op het vergroten  
904 van bewustzijn.

### 905 *Face 2. Contemplatie*

- 906 • Kernmerken: de patiënt wordt zich bewust van het gedrag en overweegt verandering.
- 907 • Interventie: Motivatie en zelfvertrouwen (zelf-effectiviteit) versterken
- 908 • Rol van de huidtherapeut: Geeft ruimte aan emoties en eventuele ambivalentie rondom  
909 gedragsverandering. Motiverende gespreksvoering kan helpen om verandertaal te stimuleren.  
910 Informatie en instructie ondersteunen het inzicht dat een actieve rol van de patiënt belangrijk is.

### 911 *Fase 3. Preparatie*

- 912 • Kenmerken: De patiënt bereidt gedragsverandering voor en stelt doelen.
- 913 • Interventie: Doelen formuleren en plannen maken.
- 914 • Rol van de huidtherapeut: Samen met de patiënt worden behandeldoelen geëvalueerd en zo  
915 nodig bijgesteld. Op basis van educatie en inzicht in bevorderende en belemmerende factoren  
916 kunnen doelen worden geconcretiseerd of uitgebreid, bijvoorbeeld op het gebied van  
917 zelfmanagement of leefstijl. De huidtherapeut bespreekt welke ondersteuning nodig is om deze  
918 doelen te behalen en te behouden.

919 *Fase 4. Actie*

- 920 • Kenmerken: De patiënt start met het uitvoeren van nieuw gedrag.
- 921 • Interventie: Ondersteuning organiseren.
- 922 • Rol van de huidtherapeut: Stimuleert sociale ondersteuning. Dit kan bestaan uit:
  - 923 ○ Emotionele steun (bijvoorbeeld vanuit naasten),
  - 924 ○ Instrumentele steun (praktische hulp bij taken of hulpmiddelen),
  - 925 ○ Informatieele steun (advies, feedback en begeleiding).

926 *Fase 5. Behoud of terugval*

- 927 • Kenmerken: Nieuw gedrag wordt volgehouden of terugval treedt op.
- 928 • Interventie: Ondersteunen bij behoud van gedrag.
- 929 • Rol van de huidtherapeut: Geeft positieve feedback, bespreekt behaalde resultaten en herhaalt de oorspronkelijke motivatie. Ook wordt besproken welke follow-up en monitoring wenselijk zijn. Tijdens controleconsulten wordt naast de medische situatie ook aandacht besteed aan bevorderende en belemmerende factoren voor het volhouden van het gedrag.

### 933 **Begeleiding in onderhoudsfase (monitoring)**

934 In een monitoringsconsult evalueert de huidtherapeut ten minste de volgende aspecten:

- 935 • Oedeem (omvangs-)meting, beloop van klachten, veranderingen in klachtenbeeld
- 936 • Huid: screening en monitoring van de aanwezigheid en ernst van lymfatische dermatografie middels inspectie, palpatie en eventueel foto's.
- 937
- 938 • Gezondheidsstatus van de patiënt: Ziekte/aandoeningen, medische verrichtingen, verandering in medicatie, cognitie en gezondheidsvaardigheden.
- 939
- 940 • Gewichtstoename of afname en het effect op de ernst van de klachten en de effectiviteit of toepasbaarheid van de compressiehulpmiddelen.
- 941
- 942 • Activiteitsniveau afname of toename afgezet tegen de beweegrichtlijnen (2017).
- 943 • Compressiehulpmiddel(en) nog adequaat? (Getoetst a.d.h.v. de kwaliteit, effectiviteit, toepasbaarheid, comfort en patiënttevredenheid).
- 944
- 945 • Veranderingen in persoonlijke situatie, zoals woonomgeving, gezinssituatie, werk, financiën
- 946 etc., die impact hebben op zelf-effectiviteit en zelfmanagement capaciteit van de patiënt.

947 Er is geen aantal monitoringsconsulten vastgesteld. Bij patiënten met een lagere complexiteit en/of  
948 een goede zelf effectiviteit zal kunnen worden volstaan met 1 á 2 consulten op jaarbasis, mede om de  
949 kwaliteit en effectiviteit van de compressiehulpmiddelen te evalueren. Afhankelijk van patiënt  
950 gebonden belemmerende factoren kunnen extra consulten wenselijk of noodzakelijk zijn.

### 951 **Balans van gewenste en ongewenste effecten**

952 Begeleiding, educatie en advies zijn gericht op het versterken van zelfmanagement bij patiënten met  
953 CO. Door patiënten kennis en praktische vaardigheden aan te leren, bijvoorbeeld rondom monitoring  
954 van klachten, huidzorg en het gebruik van compressiehulpmiddelen, kunnen zij een actievere rol  
955 nemen in het omgaan met hun aandoening. Dit kan bijdragen aan betere therapietrouw, het tijdig  
956 herkennen van veranderingen in klachten en het behouden van behandelresultaten.

957 Mogelijke ongewenste effecten zijn dat informatie en adviezen als complex of belastend kunnen  
958 worden ervaren, met name bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden of wanneer veel  
959 zelfmanagementtaken tegelijk worden verwacht. Door informatie gefaseerd aan te bieden en  
960 begeleiding af te stemmen op de individuele mogelijkheden en behoeften van de patiënt kan deze  
961 belasting worden beperkt.

962 **Waarden en voorkeuren van patiënt**

963 Voorlichting is een doorlopend onderdeel van de zorgverlening en vindt bij voorkeur plaats in een open  
964 en veilige omgeving waarin patiënten vragen kunnen stellen en zorgen kunnen bespreken. Passende  
965 voorlichting bevordert therapietrouw, zelfmanagement en vertrouwen in de behandelrelatie.

966 Bij het geven van voorlichting houdt de huidtherapeut rekening met de gezondheidsvaardigheden  
967 van de patiënt (ZiN, 2022). Informatie kan bijvoorbeeld stapsgewijs worden aangeboden, ondersteund  
968 met visueel materiaal en gecontroleerd met de terugvraagmethode (Pharos, 2025a). Bij patiënten  
969 met hogere gezondheidsvaardigheden kan meer uitgebreide informatie worden gegeven en kan de  
970 patiënt actiever worden betrokken bij besluitvorming en evaluatie van behandeldoelen.

971 Actieve betrokkenheid van de patiënt is belangrijk bij het ontwikkelen van  
972 zelfmanagementvaardigheden. Dit kan worden gestimuleerd door patiënten te laten meedenken over  
973 adviezen, eigen ervaringen te bespreken en handelingen onder begeleiding te laten oefenen.

974 De behoefte aan begeleiding kan per patiënt verschillen. Sommige patiënten ontwikkelen snel  
975 zelfmanagementvaardigheden, terwijl anderen langere begeleiding of frequentere follow-up nodig  
976 hebben. Motiverende gespreksvoering kan patiënten ondersteunen bij gedragsverandering. Wanneer  
977 therapietrouw beperkt blijft, is het belangrijk de mogelijke gevolgen hiervan te bespreken en bij follow-  
978 up opnieuw aandacht te besteden aan belemmerende factoren.

979 *Preventieve adviezen*

980 Vroegtijdige voorlichting over het risico op CO is essentieel, vooral bij operatieve of radiologische  
981 behandelingen die lymfatische schade kunnen veroorzaken. Hoog risicopatiënten kunnen door artsen  
982 of verpleegkundigen geïnformeerd worden over vroege symptomen en preventieve maatregelen,  
983 passend binnen persoonsgerichte zorg (NVDV, 2023). De huidtherapeut kan deze preventieve  
984 voorlichting versterken door actieve coaching, educatie en bewustwording te stimuleren.

985 **Aanvaardbaarheid en haalbaarheid**

986 Het systematisch aanbieden van begeleiding en voorlichting sluit aan bij het huidtherapeutisch  
987 beroepsprofiel en bij de taken van de huidtherapeut, waaronder het uitvoeren van het  
988 huidtherapeutisch consult en het geven van begeleiding, educatie en advies (NVH, 2023). Daarnaast  
989 sluit deze aanpak aan bij het kader Passende Zorg, waarin een verschuiving plaatsvindt van hands-  
990 on behandeling naar begeleiding en zelfmanagement.

991 Begeleiding bij CO vraagt specifieke coachingsvaardigheden en kan bij patiënten met lage  
992 gezondheidsvaardigheden of therapietrouw tijdsintensief zijn. Wanneer verwacht wordt dat  
993 begeleiding leidt tot verbetering van zelfmanagement en zelfeffectiviteit, kan deze investering  
994 gerechtvaardigd zijn. De patiënt blijft verantwoordelijk voor het toepassen van aangereikte adviezen.  
995 Behaalde resultaten en de verwachte prognose kunnen worden gerapporteerd aan de huisarts of  
996 verwijzer.

997 **Economische overwegingen en kosteneffectiviteit**

998 Er is geen onderzoek beschikbaar naar de kosteneffectiviteit van begeleiding en voorlichting bij  
999 patiënten met CO. Begeleiding en educatie zijn echter gericht op het vergroten van zelfeffectiviteit en  
1000 zelfmanagement. Wanneer patiënten beter in staat zijn hun klachten te monitoren en adviezen toe te  
1001 passen, kan dit bijdragen aan stabiliteit van het oedeem en mogelijk het aantal behandelconsulten  
1002 of recidieven verminderen. Om deze reden wordt verwacht dat begeleiding bij CO kosteneffectief kan  
1003 zijn.

# 1004 Huidtherapeutische zorgverlening – Leefstijl en 1005 gezondheid

## 1006 Uitgangsvraag

Welke rol hebben leefstijl en gezondheidsfactoren in de huidtherapeutische oedeemzorg en hoe worden deze onderdelen geïntegreerd binnen de oedeemtherapie?

## 1007 Aanbevelingen

- Integreer en analyseer leefstijl als kerncomponent van oedeemzorg en monitoring en signaleer wanneer specifieke begeleiding nodig is
- Maak gebruik van beschikbare kwaliteitsstandaarden en hulpmiddelen op het gebied van leefstijl, zoals het leefstijlroer of de leefstijlcheck om leefstijl in kaart te brengen en bespreekbaar te maken
- Wijs patiënten op gespecialiseerde zorgverleners voor begeleiding bij specifieke leefstijlcomponenten
- Monitor het gewicht, BMI en/of taille heupverhouding bij aanvang van het behandeltraject en bij follow-up
- Licht de relatie tussen overgewicht en de ernst en prognose van oedeem toe aan de patiënt.
- Motiveer de patiënt in zowel de initiële behandelfase als onderhoudsfase tot meer bewegen volgens de beweegerichtlijnen
- Bespreek het belang van een goede nachtrust en voldoende ontspanning
- Signaleer psychosociale gezondheidsproblemen en adviseer de patiënt om dit te bespreken met de (huis)arts.
- Signaleer afdiening gerelateerde seksualiteitsproblemen en maak dit bespreekbaar
- Bespreek welke wensen, behoeften en verlangens de patiënt heeft en laat dit leidend zijn in het behandeltraject.

## 1008 Overwegingen

### 1009 Professioneel perspectief

#### 1010 *Relevantie voor CO*

1011 Bij CO is leefstijl een belangrijk onderdeel van effectieve zorg omdat leefstijlfactoren het ontstaan en  
1012 de ernst van oedeem altijd beïnvloeden. Ook psychosociale aspecten, zoals stress, slaap en sociale  
1013 steun, kunnen het zelfmanagement en de therapietrouw beïnvloeden.

#### 1014 *Leefstijl in het algemeen*

1015 Het analyseren van de leefstijl is een integraal onderdeel van de gezondheidszorg, en zo ook van  
1016 oedeemzorg. De huidtherapeut analyseert de leefstijl van de patiënt en maakt dit bespreekbaar, zo  
1017 nodig met gebruik van hulpmiddelen (zie ook Bijlage 14: Hulpmiddelen voor leefstijlinterventies). Om  
1018 een integraal beeld van leefstijlfactoren te verkrijgen kan het leefstijlroer worden ingezet. Dit  
1019 instrument geeft inzicht in verschillende domeinen van gezondheid: beweging, voeding, ontspanning,  
1020 slaap, middelengebruik en sociale verbinding. Met behulp van instrumenten zoals de leefstijlcheck van  
1021 Arts en Leefstijl of de BRAVO QuickScan kan een eerste inventarisatie worden gemaakt. Het zakkaartje  
1022 van Arts en Leefstijl kan zorgverleners ondersteunen bij het starten van een gesprek over leefstijl.

1023 Medische factoren kunnen leerbare momenten creëren waarin patiënten extra ontvankelijk zijn voor  
1024 leefstijlverandering (McBride, 2003). Op zulke momenten kan een kort leefstijlgesprek al een positief  
1025 effect hebben, vooral wanneer dit wordt aangevuld met begeleiding (Brust et al., 2020). Door deze  
1026 momenten doelgericht te benutten kunnen zorgprofessionals een belangrijke rol spelen in duurzame  
1027 leefstijlverbetering (Coalitie Leefstijl in de Zorg et al., 2025).

#### 1028 *Gewicht*

1029 Overgewicht is zowel een oorzaak als een risicofactor voor het ontstaan van lymfoedeem (Obesitas  
1030 Geïnduceerd Lymfoedeem/OIL). Verschillende mechanismen spelen hierbij een rol (Bertsch, 2018):

- 1031 • Adipokines uit vetweefsel veroorzaken inflammatie van perilymfatisch vetweefsel, wat schade  
1032 aan het lymfesysteem kan veroorzaken;
- 1033 • Adipokines verminderen de contractiliteit van lymfevaten, terwijl lymfstase adipogenese  
1034 stimuleert, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat;
- 1035 • Structurele veranderingen in lymfeklieren verminderen de opname van lymfe;
- 1036 • Toegenomen lichaamsmassa leidt tot verhoogde lymfeproductie;
- 1037 • Vetweefsel kan lymfevaten mechanisch comprimeren;
- 1038 • Verminderde mobiliteit leidt tot een minder effectieve spierpompfunctie.

1039 Gewichtsbeheersing is een belangrijk thema bij patiënten met (risico op) CO omdat overgewicht de  
1040 prognose en behandeling negatief beïnvloedt. De huidtherapeut kan het onderwerp bespreekbaar  
1041 maken en patiënten ondersteunen bij bewustwording van de voordelen van gewichtsreductie. Een  
1042 basismeting voor gewicht, BMI en/of Heup-Taille ratio en het monitoren van het gewicht tijdens follow-  
1043 up zijn standaard meet en evaluatie verichtingen. Afstemming met de huisarts en diëtist is belangrijk;  
1044 zo nodig kan worden verwezen naar een Gezonde Leefstijl Interventie (GLI) of een obesitaskliniek.

#### 1045 *Voedingspatroon*

1046 Er is onvoldoende bewijs voor specifieke voedingspatronen bij CO. Een gezond voedingspatroon levert  
1047 wel algemene gezondheidswinst op. Voor voedingsadvies kan de Richtlijn [Goede Voeding](#)  
1048 (Gezondheidsraad, 2025) worden gevolgd. Bij signalen van een ongezond voedingspatroon kan  
1049 vroegtijdige betrokkenheid van een diëtist zinvol zijn.

#### 1050 *Beweging*

1051 De huidtherapeut brengt het activiteitsniveau van de patiënt in kaart en stimuleert zowel in de initiële  
1052 als de onderhoudsfase voldoende beweging. Instrumenten zoals de [beweegrichtlijntest](#), de  
1053 [beweegcirkel](#) van Coalitie Leefstijl in de Zorg of een stappenteller kunnen hierbij helpen. Beweging  
1054 verbetert spierkracht, cardiovasculaire functie, psychologisch welbevinden en functionele capaciteit.  
1055 Daarnaast stimuleert het de spierpomp en bevordert het de lymfelow. Het beweegadvies wordt  
1056 persoonsgericht opgesteld en houdt rekening met type beweging, intensiteit en frequentie (NVDV,  
1057 2023; Verdonk, 2021). Geadviseerd wordt om activiteiten geleidelijk op te bouwen op basis van  
1058 belastbaarheid; zo nodig kan een fysio- of oefentherapeut worden betrokken.

1059 Volgens de [beweegrichtlijn](#) (Gezondheidsraad, 2017) wordt volwassenen geadviseerd minimaal vijf  
1060 dagen per week 30 minuten matig intensief te bewegen en ten minste twee keer per week spier- en  
1061 botversterkende oefeningen te doen. Bij patiënten met een laag activiteitsniveau kan het zinvol zijn  
1062 om dit stapsgewijs op te bouwen. Om het gesprek over bewegen aan te gaan heeft het kenniscentrum  
1063 sport & bewegen een tool ontwikkeld die helpt om in 1 minuut of 5 minuten een gesprek met een  
1064 patiënt te doorlopen. Deze tool is te vinden onder [Bewust Bewegen met een chronische aandoening](#)  
1065 op de website van het kenniscentrum sport & bewegen. Bij voldoende expertise kan de huidtherapeut  
1066 ook specifieke CO-gerelateerde beweeginstructies geven en de range of motion (ROM) bewaken. Bij  
1067 bewegingsbeperkingen kan worden doorverwezen naar een fysio- of oefentherapeut.

1068 *Slaap en ontspanning*  
1069 Slaap en ontspanning zijn belangrijke factoren voor de algemene gezondheid. Slaapproblemen  
1070 kunnen zowel lichamelijke als psychische gevolgen hebben en therapietrouw beïnvloeden (Streur-  
1071 Kranenburg, 2023). Mindfulness-apps kunnen laagdrempelig ondersteuning bieden. Voor verdere  
1072 informatie wordt verwezen naar de richtlijn [Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen](#)  
1073 (V&VN, 2021).

1074 *Psychosociale domein*  
1075 De huidtherapeut heeft een rol in het signaleren van psychosociale problemen. Naast  
1076 communicatieve vaardigheden kunnen instrumenten zoals de PHQ-2, PRIDD of Lymf-ICF worden  
1077 gebruikt om psychische belasting te inventariseren. Voor verdere informatie wordt verwezen naar  
1078 de [Kwaliteitsstandaard psychosociale zorg bij somatische ziekte \(2019\)](#) en het [Rapport Psychosociale](#)  
1079 [zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen](#).

1080 *Seksualiteit*  
1081 CO kan leiden tot een veranderd lichaamsbeeld en verminderde seksualiteit (Fu et al., 2013). Het is  
1082 daarom belangrijk om seksualiteit bespreekbaar te maken en eventuele zorgen of misvattingen met  
1083 de patiënt te bespreken. In het spinnenweb van IPH wordt aandacht besteed aan seksualiteit. Zo nodig  
1084 kan de patiënt worden geadviseerd hierover contact op te nemen met de huisarts of een seksuoloog.

1085 *Positieve gezondheid*  
1086 Het gedachtegoed van positieve gezondheid (Huber, 2015) richt zich niet op gezondheidsproblemen,  
1087 ziekte of beperking, maar op wat het leven voor de patiënt betekenisvol maakt, met als doel zoveel  
1088 mogelijk eigen regie te voeren. In dit kader bespreekt de huidtherapeut met zijn patiënten hun wensen,  
1089 behoeften en verlangens. Patiënten moeten de ruimte krijgen om zelf aan te geven wat voor hen  
1090 betekenisvol is, waar zij aan willen werken en wat zij nodig hebben om hun doelen te bereiken. De zorg  
1091 en ondersteuning van de huidtherapeut moet daarom gericht zijn op de doelen van de cliënt.

#### 1092 **Balans van gewenste en ongewenste effecten**

1093 Het bespreken van leefstijlfactoren kan patiënten meer inzicht geven in de invloed van leefstijl op het  
1094 beloop van CO. Hoewel leefstijlverandering niet voor iedere patiënt noodzakelijk of haalbaar is, kan  
1095 bewustwording bijdragen aan betere zelfzorg en therapietrouw. Het is daarom belangrijk om vooral  
1096 aandacht te besteden aan leefstijlfactoren die voor de betreffende patiënt relevant zijn.

#### 1097 **Waarden en voorkeuren van de patiënt**

1098 Veel patiënten zoeken actief naar informatie over leefstijl en verwachten dat zorgprofessionals dit  
1099 onderwerp bespreken (Coalitie Leefstijl in de Zorg, 2023). Hoewel zorgprofessionals het belang van  
1100 leefstijl erkennen, komt dit onderwerp in de praktijk nog niet altijd aan bod.

#### 1101 **Aanvaardbaarheid en haalbaarheid**

1102 Het Integraal Zorgakkoord beschouwt leefstijl als een integraal onderdeel van zorg voor mensen met  
1103 een aandoening (VWS, 2022). Leefstijl omvat daarbij niet alleen voeding, beweging, middelengebruik  
1104 en slaap, maar ook ontspanning, sociale verbondenheid en welzijn. Zorgverleners ervaren soms  
1105 onzekerheid over het bespreken van leefstijl, bijvoorbeeld door gebrek aan kennis over  
1106 verwijsmogelijkheden of de zorg om bemoeizuchtig over te komen (Coalitie Leefstijl in de Zorg et al.,  
1107 2025).

#### 1108 **Economische overwegingen en kosteneffectiviteit**

1109 Er is geen onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van leefstijlinterventies in relatie tot de  
1110 behandeling en begeleiding van patiënten met CO.

1111

# 1112 Huidtherapeutische zorgverlening – Generieke 1113 en specifieke huidzorg

## 1114 Uitgangsvraag

Wat is het belang van huidzorg bij CO en hoe kan huidzorg worden ingericht?

## 1115 Aanbevelingen

- Voer bij iedere patiënt met CO een systematisch huidassessment uit bij aanvang en vervolg van de behandeling en instrueer patiënten in zelfmonitoring van de huid.
- Verhoog de frequentie van huidevaluatie naar wekelijks, of bij iedere compressiewisseling, bij hoog-risicopatiënten zoals patiënten met diabetes mellitus, immobiliteit of recidiverende infecties.
- Pas generieke huidzorg toe bij patiënten met geringe of geen huidklachten, eventueel met de CLEANSE-PROTECT-RESTORE methodiek, en stem de productkeuze af op de huidconditie.
- Herken specifieke huidandoeningen als gevolg van CO en pas aanvullende huidzorginterventies toe naast de reguliere oedeemtherapie en basis huidzorg.
- Adviseer de patiënt tijdig om contact op te nemen met de (huis)arts bij huidandoeningen die medicamenteuze behandeling of nadere diagnostiek vereisen.
- Zet compressietherapie voort bij acute infecties (cellulitis/erysipelas), of start ACT tegelijk met medicamenteuze behandeling bij patiënten zonder bestaande compressie.
- Richt de behandeling primair op stabilisering van het oedeem als belangrijkste maatregel ter vermindering van het infectierisico, in plaats van op het voorkomen van kleine huidletsels.

## 1116 Overwegingen

### 1117 Professioneel perspectief

1118 Een gezonde huid kenmerkt zich door een goede balans tussen hydratatie en lipidengehalte, ook wel  
1119 eudermie genoemd. Huidzorg bij CO is gericht op het behouden of herstellen van deze balans en kan  
1120 zowel preventief worden ingezet als ter behandeling van veelvoorkomende huidklachten.

1121 Lymfatisch falen resulteert in een huid die vatbaar is voor infectueuze, inflammatoire en carcinogene  
1122 pathologieën. Dit wordt veroorzaakt door een verstoring van de adaptieve immuniteit: het  
1123 immuuntransport van antigenen, lymfocyten, macrofagen en dendritische cellen naar de lymfeklieren  
1124 vermindert of wordt geblokkeerd bij dynamische insufficiëntie. Hierdoor ontstaat een huidgebied van  
1125 immunosuppressie dat kan leiden tot reversibele en irreversibele huidveranderingen, omschreven als  
1126 lymfatische dermatopathie (LD): het falen van de huid als immuun orgaan (Carlson, 2014).

1127 Naast dynamische insufficiëntie speelt ook de mate van verhoogde preload een significante rol.  
1128 Verhoogde vasculaire hypertensie en/of beschadiging van de endotheliale glycocalyx (EGL) leiden tot  
1129 verhoogde filtratie van plasma, erythrocyten, fibrinogeen en andere macromoleculen naar het  
1130 interstitium, met perivasculaire diapedese van leukocyten als gevolg (Manolache et al., 2022). Een  
1131 hoog gehalte aan deze eiwitten en macromoleculen veroorzaakt chronische ontsteking met  
1132 angiogenese, bindweefselproliferatie, fibrose en fibrosclerose (Bjork et al., 2018). Oxidatie van  
1133 interstitiële eiwitten trekt macrofagen aan die fibroblasten en adipocyten activeren, wat leidt tot  
1134 verdikte, fibrotische dermis en subcutane weefsels. Dit proces beschadigt tevens lymfatische  
1135 haarvaten en bloedvaten (Lee, 2018), waardoor het CO verergert en de immuun functie van de huid

1136 verder wordt ondermijnd: lymfatische insufficiëntie en huidfunctiestoornissen versterken elkaar  
1137 wederzijds (Bjork et al., 2018).

1138 Compressietherapie kan bijdragen aan het ontstaan van xerosis cutis: een droge, gebarsten en  
1139 geïrriteerde huid. Door frictie van het compressiehulpmiddel vindt versnelde afschilfering van de  
1140 hoornlaag plaats en neemt de lipidenlaag af. Tevens absorbeert het materiaal transpiratievocht en  
1141 huidlipiden, waardoor de hydrolipidenfilm en de zuurmantel van de huid worden aangetast. Dit leidt  
1142 tot een verhoogd transepidermaal waterverlies en uitdroging. Consequente huidverzorging en -  
1143 bescherming zijn daarmee een essentieel onderdeel van de oedeemtherapie.

#### 1144 **Huidzorg bij chronisch oedeem**

1145 Huidzorg bij CO is opgebouwd uit twee niveaus: generieke basiszorg die voor iedere patiënt geldt, en  
1146 specifieke huidzorg bij aanvullende huidaandoeningen. De basis bestaat altijd uit reguliere  
1147 oedeemtherapie; huidzorg is hieraan complementair en niet vervangend.

#### 1148 *Huidassessment*

1149 Een systematisch huidassessment vormt de basis voor risicosignalering en behandelplanning. Het  
1150 omvat de beoordeling van huidintegriteit, textuur, verkleuring, hydratatiegraad en tekenen van  
1151 ontsteking. Voor omschrijving van specifieke efflorescenties wordt de PROVOKE-methode gehanteerd  
1152 (plaats, rangschikking, omvang, vorm, omtrek, kleur, efflorescentie). Bij hoog-risicopatiënten,  
1153 waaronder patiënten met diabetes mellitus, immobiliteit of recidiverende infecties, wordt wekelijkse  
1154 evaluatie of beoordeling bij iedere compressiewisseling aanbevolen. Educatie aan patiënt en/of  
1155 mantelzorger over vroegtijdige signalering van huidveranderingen is een integraal onderdeel van de  
1156 zorg.

Huid-	Huidtherapeutisch huidassessment
<b>Integriteit</b>	Fissuren/rhagaden atrofie/dystrofie, wond(en)/ulcus, vesicula/bulla, skin tears, insectenbeten, crusta, excoriatie mycose, (hydrostatisch- of contact-) eczeem of dermatitis, intertrigo
<b>Textuur</b>	Hyperkeratose, hypertrofie, papillomatose/vegetaties, craquelé, squama, sclerosering, lichenificatie, eelt, peau d'orange, weefsel vervetting
<b>Verkleuring</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rood (bijv. Erythrodermie, erytheem of insectenbeet)</li><li>• Bleek/wit: (bijv. Ischemie, maceratie of mycose)</li><li>• Paars (bijv. Ecchymose, purpura of petechiën)</li><li>• Blauw (bijv. veneuze pathologieën)</li><li>• Bruin (bijv. hemosiderine)</li></ul>
<b>Hydratatie- graad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Xerosis cutis/ xerodermie</li><li>• Eudermie</li><li>• Maceratio cutis</li><li>• Transsudaat (lymphorrhoe)</li></ul>
<b>Inflammatie</b>	Rubor, calor, dolor, tumor, odour, functio laesa cutis (vesicula, ulcera, toename exsudaat of erythematosquameuse huid)

1157 *Tabel 4: Huidtherapeutisch huidassessment*

1158

1159 *Generieke huidzorg*

1160 Een praktische methode voor huidzorg bij CO is CLEANSE – PROTECT – RESTORE, zoals voorgesteld door  
1161 een internationaal consensuspanel voor incontinentie geassocieerd huidletsel (EWMA, 2025).

1162 • CLEANSE: Het was advies is afhankelijk van de hydratatiegraad. Bij een droge of eczemateuze huid  
1163 wordt geadviseerd niet te vaak, lang en warm te douchen of te Baden. Bij een normale,  
1164 gehydrateerde huid is dagelijks wassen met water afdoende. De huid dient zorgvuldig maar niet  
1165 te krachtig gedroogd te worden. Gebruik uitsluitend zeepvrije, milde was lotions (syndets) met een  
1166 licht zure pH (<5) of pH-huidneutrale producten (pH 7). Bij een droge huid of eczeem zijn producten  
1167 op oliebasis aangewezen (Collier et al., 2025).  
1168

1169 • PROTECT: Ontbrekende huidsubstanties, vocht, natuurlijke vochtvasthoudende factoren (NMF) en  
1170 lipiden, worden aangevuld met emolliens. De productkeuze hangt af van huidverdraagzaamheid  
1171 en de interactie met compressiemateriaal. Natuurrubber (latex) in TEK kan worden aangetast  
1172 door minerale vetten en oliën; wanneer zalven noodzakelijk zijn, verdient een TEK van kunstrubber  
1173 de voorkeur en dienen minerale vetten te worden vermeden. Gekozen producten zijn bij voorkeur  
1174 vrij van irriterende stoffen zoals parfum, lanoline of etherische oliën. Preparaten op basis van  
1175 glycerine, ceramiden, sheaboter en ureum zijn geschikt voor CO-gerelateerde dermatosen  
1176 vanwege hun hydraterende, lipiden-ondersteunende en barrière herstellende werking. De  
1177 huidconditie bepaalt de basisvorm: bij een natte huid zijn zinkoxidepreparaten of crèmes  
1178 aangewezen; bij een neutrale huid crème; bij een droge huid vette crème of zalf; bij een zeer droge  
1179 huid vette crème of vette zalf (zie Bijlage 9: Basis huidzorgpreparaten).

1180 ○ Woon- en leef adviezen zijn aanvullend van belang: vermijd droge binnenlucht, zet de  
1181 verwarming niet te hoog, gebruik waterbakjes aan radiatoren, vermijd airconditioning en  
1182 zorg voor goede ventilatie. Overmatig zweten kan extra jeuk veroorzaken en dient te  
1183 worden voorkomen (Galimont-Collen, 2022).

1184 ○ Bij een fragiele huid, met name bij ouderen, verhoogt het aan- en uittrekken van  
1185 compressiehulpmiddelen het risico op skin tears. Overleg met een ergotherapeut over  
1186 geschikte technieken, pas een onderkous toe, optimaliseer hydratatie voor een betere  
1187 huidsoepelheid en gebruik polstermateriaal ter bescherming van kwetsbare  
1188 huidgebieden.

1189 ○ Het voorkomen van huidletsel (door insectenbeten, krassen van huisdieren, het knippen  
1190 van nagels, tuinieren, snijden, verbranden en het scheren (in de buurt) van het aangedane  
1191 lichaamsdeel) vormt, ook bij goed gestabiliseerd oedeem, een preventief advies. Bij  
1192 oedeem van de bovenste extremiteiten is het dragen van handschoenen bij (vuil)  
1193 huishoudelijk werk, tuinieren of klussen, geadviseerd. Bij de onderste extremiteiten is het  
1194 advies om lopen op bloten voeten te beperken en goed, passend schoeisel te dragen.  
1195

1196 • RESTORE: Ureum en glycerine hebben een keratolytisch effect en herstellen het vochtgehalte van  
1197 de huid; in hogere concentraties kan ureum antibacterieel werken. Gebruik ureum bij voorkeur 's  
1198 nachts, wanneer het compressiemateriaal niet wordt gedragen. Bij smetten of maceratie in  
1199 huidplooiën of tussen de tenen worden indrogende emolliens (bij voorkeur zinkhoudend)  
1200 aanbevolen; pasta's zijn gecontra-indiceerd vanwege kloneringsrisico. Katoenen gazen of Engels  
1201 pluksel helpen de huid droog te houden. Bij kleine wondjes dient desinfectie met een geschikte  
1202 desinfectans en afdekking met een (waterdichte) pleister voor gevoelige huid plaats te vinden. Bij  
1203 complexe wonden wordt verbandmateriaal gekozen dat geschikt is voor gebruik onder  
1204 compressiemateriaal en voldoende absorptiecapaciteit biedt, terwijl wondranden worden  
1205 beschermd met zink of barrièrecrème.

1206 Toepassing van emolliens: Smeer zalven met de haarrichting mee ter voorkoming van folliculitis. Breng  
1207 emolliens tweemaal daags aan (na douchen of baden en voor het slapengaan) met gebruikmaking  
1208 van de vingertop-eenheid (8 FTU voor been en voet, 4 FTU voor arm en hand). Na vijf tot tien minuten  
1209 is het preparaat ingetrokken, waarna het compressiehulpmiddel kan worden aangetrokken. Zie Bijlage  
1210 9: Basis huidzorgpreparaten voor een volledig overzicht van indifferentie middelen en hun toepassing.

### 1211 **Specifieke huidaandoeningen bij chronisch oedeem**

1212 Naast generieke basiszorg vraagt een deel van de huidaandoeningen bij CO om aanvullende  
1213 huidzorginterventies. Onderscheid wordt gemaakt tussen aandoeningen waarbij reguliere oedeem-  
1214 en huidzorg volstaat, en aandoeningen waarbij een aanvullende rol is weggelegd voor de  
1215 huidtherapeut, door specifieke huidzorginterventies, advies en instructie of als signaalfunctie voor  
1216 doorverwijzing. In dit onderdeel van de zorgmodule wordt onderscheid gemaakt in:

- 1217 1. *Huidaandoeningen als direct gevolg van chronisch oedeem*
- 1218 2. *Inflammatoire huidaandoeningen*
- 1219 3. *Infectieuze huidaandoeningen*
- 1220 4. *Huidaandoeningen gerelateerd aan veneuze pathologie*
- 1221 5. *Overige huidaandoeningen*

1222 Voor huidklachten ontstaan door oncologische behandeling wordt verwezen naar de NVH-  
1223 Zorgmodule Oncologie en voor eczeem naar de NVH-Zorgmodule Eczeem.

- 1224 1. *Huidaandoeningen als direct gevolg van chronisch oedeem*

1225 **Pachydermie** is een abnormale verdikking van de huid als gevolg van bindweefselhypertrofie bij CO  
1226 met verhoogde afterload. Reductie van het oedeem door reguliere oedeemtherapie kan de  
1227 huidverandering verminderen of doen verdwijnen.

1228 **Peau d'orange** is een hobbelig, sinaasappelschilachtig huidbeeld dat zowel bij verhoogde preload als  
1229 verhoogde afterload kan voorkomen; overgewicht, inactiviteit, hormonale veranderingen, erfelijke  
1230 factoren en roken kunnen bijdragen. Ook hier leidt reductie van oedeem doorgaans tot vermindering  
1231 van het huidbeeld.

1232 **Bloktenen** zijn hoekig uitziende tenen als gevolg van CO met verhoogde afterload waarbij de tenen  
1233 zijn aangedaan. Naast oedeem reductie wordt continuering van compressie op de tenen middels  
1234 teenkappen in de onderhoudsfase aanbevolen.

1235 **Hyperkeratose** is verhoorning van de huid met gelig-bruinige of grijze plakken, veroorzaakt door  
1236 verhoogde proliferatie van de keratinelaag ten gevolge van aanhoudende druk, irritatie of ontsteking.  
1237 De huidtherapeut adviseert een keratolytisch middel (glycerine of ureum) en een emolliens met een  
1238 laag wateraandeel. Bij onvoldoende verbetering wordt doorverwezen naar de huisarts.

1239 **Papilomatose (mossy feet)** is een hobbelig patroon van uitstulpingen gepaard gaand met  
1240 hyperkeratose, met name aan voeten, onderbenen en in de genitaal regio. Het ontstaat door dilatatie  
1241 van lymfevaten en fibrose bij CO met verhoogde afterload. Naast oedeemreductie kijkt de  
1242 huidtherapeut naar geschikte compressiematerialen voor specifieke regio's (padding, zwachtels,  
1243 teenkappen, genitale compressiekleding) en worden de crème adviezen bij hyperkeratose gevolgd.  
1244 Bij lekkage wordt verwezen naar het beleid bij lymfecysten/lymphorrhoe.

1245 **Lymfangiëctasieën en lymfecysten** zijn zachte blaasjes gevuld met lymfevocht (doorsnede enkele  
1246 millimeters), distaal gelokaliseerd aan de benen of in de okselregio bij de armen, en frequent bij het  
1247 scrotum. Ze ontstaan door verhoogde druk in het lymfesysteem met oppervlakkige verwijding van  
1248 lymfevaten bij CO met verhoogde afterload. Door fibrosing veranderen ze in fibromen; bij

1249 beschadiging kan een lymffistel ontstaan met aanzienlijk vochtverlies. De huidtherapeut controleert  
1250 of de compressie ter hoogte van de dermatose adequaat is en past indien nodig aan met padding,  
1251 extra zwachtels of compressiekleding. Wondzorg wordt uitgevoerd met sterk absorberende  
1252 verbanden en de omgevende huid wordt beschermd met barrièrecreme of zinkzalf. Een onderkous  
1253 kan worden toegepast als extra hygiënemaatregel en om verbandmateriaal te fixeren. Doorverwijzing  
1254 naar de huisarts is aangewezen voor medische behandeling en/of diagnostiek (biopsie, excisie,  
1255 resectie of ligatie). Differentiaal diagnostisch moet rekening worden gehouden met lymphangioma  
1256 circumscriptum, Kaposisarcoom, maligne lymfangiosarcoom (Stewart-Treves syndroom) en andere  
1257 zeldzame aandoeningen.

1258 **Lymphorrhoe** is het uittreden van proteïnerijke lymfevloeistof uit de huid in een gebied met dermale  
1259 lymfostase. Het is meestal gelokaliseerd aan de onderbenen maar kan ook elders voorkomen en gaat  
1260 samen met oedeem, erytheem, maceratie, blaarvorming, ulceratie en hematomen, en veroorzaakt  
1261 geur, ongemak en pijn. Adequaat absorberend verbandmateriaal is aangewezen om vocht effectief  
1262 op te vangen en verweking van de huid te voorkomen.

1263 **Fibrose** bij CO kent verschillende klinische uitingsvormen, waaronder lymfostatische fibrose,  
1264 lipodermatosclerose, post-cellulitis fibrose en radiatie-geïnduceerde fibrose. Verschillende  
1265 mobiliserende technieken kunnen worden toegepast; het NVH-behandelprotocol mobiliserende  
1266 technieken is in ontwikkeling.

1267 **Lymfogene ulcera en fissuren** kunnen, evenals veneuze ulcera, ontstaan doordat ernstige lymfogene  
1268 stase de interstitiële druk vergroot, de immuun functie comprimeert en huidherstel belemmert  
1269 (Olszewski, 2016; Alexander, 2023). De NVH-Zorgmodule Wondzorg is in ontwikkeling.

1270 **Elephantiasis nostras verrucosa (ENV)** wordt beschouwd als het eindstadium van CO en komt vaker  
1271 voor bij patiënten met obesitas. Het kenmerkt zich door misvormde, verdikt houtachtige huid met  
1272 wrachtige knobbels (papillomatose) en verhardingen (fibrose). ENV is irreversibel, maar het risico  
1273 op wonden en infecties kan worden verkleind door intensieve CDT met hoge compressie, waarbij de  
1274 complexe anatomische afwijkingen worden meegewogen. Bewustwording van de invloed van  
1275 obesitas, inactiviteit en huidzorg is cruciaal. De huidtherapeut motiveert de patiënt een fysiotherapeut  
1276 en diëtist te betrekken, vermindert huidklachten als hyperkeratose door dagelijkse reiniging en  
1277 keratolytische emolliens en overweegt een onderkous ter bescherming van huid en  
1278 compressiemiddel.

1279 **Stewart-Treves syndroom (STS)** is een maligne lymfangiosarcoom dat in zeldzame gevallen kan  
1280 ontstaan in een oedemateus gebied, veelal – maar niet uitsluitend – na invasieve behandeling van  
1281 maligniteiten zoals mamma carcinoom. De tumor begint als een voelbare zwelling onder de huid of  
1282 een niet-genezend wondje bij een litteken, waarna blauwroodachtige vlekjes of knobbeltjes ontstaan  
1283 die kunnen uitgroeien tot poliepachtige gezwellen. STS kan gemiddeld elf jaar na oncologische  
1284 behandeling nog optreden. De huidtherapeut is alert op onderhuidse palpabele zwellingen,  
1285 veranderingen in een operatielitteken en blauwrode vlekjes of knobbeltjes, en adviseert de patiënt bij  
1286 huid- of weefselveranderingen contact op te nemen met de (huis)arts.

1287 *2. Inflammatoire huidaandoeningen*

1288 **Stasedermatitis/Hypodermatitis** presenteert zich als een gelokaliseerde, rode, licht geïnduceerde en  
1289 schilferende plaque op het onderbeen, eventueel met andere tekenen van chronische veneuze  
1290 insufficiëntie (CVI). Klachtenvrije periodes worden afgewisseld met exacerbaties; recidieven komen  
1291 frequent voor, met name bij oudere patiënten met CVI. Differentiaal diagnostisch moet cellulitis,  
1292 erysipelas, contacteczeem, orthoergisch eczeem, intertrigo en perifocaal eczeem worden overwogen.

1293 De huidtherapeut verwijst door naar huisarts of specialist voor medicamenteuze behandeling (klasse  
1294 II-III lokale corticosteroïden) en diagnostiek (duplex via huisarts of specialist).

1295 **Contactdermatitis** varieert van beginnend erytheem tot oedeem, vesikels, bullae en  
1296 erythematosquameuze laesies als gevolg van een type IV-allergische reactie, met ontwikkeling  
1297 binnen tien tot veertien dagen na eerste blootstelling aan het allergeen. In de onderhoudsfase worden  
1298 vetcrèmes of zalven toegepast; in de acute fase wordt doorverwezen naar de huisarts voor  
1299 medicamenteuze behandeling.

1300 **FACAS (Factor XII-geassocieerd auto-inflammatoir syndroom)** is een erfelijke chronische  
1301 ontstekingsziekte met verhoogde bradykinineproductie en angio-oedeem als symptoom. Zwellingen  
1302 kunnen optreden in gezicht, armen, benen, keel en darmen en beperken beweging en dagelijks  
1303 functioneren (UMC-Utrecht, 2020). Bij onverklaarbaar (angio-)oedeem met een positieve  
1304 familieanamnese consulteert de huidtherapeut de verwijzend arts over de wenselijkheid van  
1305 aanvullend onderzoek.

### 1306 *3. Infectieuze huidaandoeningen*

1307 **Cellulitis en erysipelas** zijn bacteriële infecties van respectievelijk onderhuids vet- en bindweefsel  
1308 (cellulitis: acuut, subacuut of chronisch, hoofdzakelijk door bacteriën) en dermis met oppervlakkige  
1309 lymfevaten (erysipelas: acuut, door streptokokken). Klinisch kenmerkt het zich door een acuut begin,  
1310 scherpbegrensde progressieve roodheid met voelbare rand, gepaard gaand met hoge koorts of  
1311 algehele malaise. Differentiaal diagnostisch moeten trombose, tromboflebitis, necrotiserende fasciitis  
1312 en hypodermatitis worden overwogen. Ambulante compressietherapie wordt toegepast zodra gestart  
1313 is met medicamenteuze behandeling, ook als de infectie nog niet volledig bestreden is, omdat dit op  
1314 basis van klinische ervaring pijn verlicht en genezing bespoedigt.

1315 **Dermatomyose** zijn oppervlakkige schimmelinfecties van de epidermis veroorzaakt door  
1316 dermatofyten of gisten, gekenmerkt door een geleidelijk begin met onscherp begrensde roodheid,  
1317 schilfering en jeuk, soms met een branderig gevoel en fissuren. Ze komen met name voor aan voeten,  
1318 liezen, romp en huidplooiën en hebben vaak een chronisch of recidiverend beloop, bevorderd door  
1319 vocht, warmte en occlusie. De huidtherapeut houdt huidgebieden schoon en droog, plaatst katoenen  
1320 gazen of Engels pluksel tussen huidplooiën of tenen, overweegt barrière- of zinkhoudende emolliens  
1321 preventief, en gebruikt bij actieve infectie myconazolnitraat. Bij onvoldoende effect wordt de huisarts  
1322 geraadpleegd.

### 1323 *4. Huidaandoeningen gerelateerd aan veneuze pathologie*

1324 **Atrofie blanche** presenteert zich als witte atrofische gebieden met rode macula, veelal in het mediale  
1325 of laterale enkelgebied. De witte kleur wordt veroorzaakt door microtrombi waardoor capillairen zijn  
1326 verdwenen; de overgebleven capillairen zijn zichtbaar als rode puntjes met vertraagde bloedflow. De  
1327 huidtherapeut overweegt huidbescherming ter voorkoming van wondvorming door gebruik van  
1328 onderkousen, polsterwatten of siliconenschuimverbanden onder het compressiemateriaal.

1329 **Veneuze ulcera** zijn wonden gelokaliseerd laag rond de enkel of op de voet, omgeven door huid met  
1330 mogelijke varices, oedeem, hyperpigmentatie, atrofie blanche en/of hyperkeratose. Ze ontstaan door  
1331 lang bestaande CVI: druk van buitenaf waar intern de druk het hoogst is resulteert in ulceratie.  
1332 Wondzorg wordt uitgevoerd conform de NVH-Zorgmodule Wondzorg (in ontwikkeling).

1333 **Post-inflammatoire hyperpigmentatie (PIH)** is hyperpigmentatie ter plaatse van huidbeschadiging  
1334 of inflammatoire huidaandoeningen. Epidermale PIH heeft een geelbruin tot donkerbruin pigment;  
1335 dermale PIH kenmerkt zich door een donkerder bruine of blauw-grijze verkleuring. Bij CO is PIH met  
1336 name zichtbaar in combinatie met eczeem of na erysipelas. De huidtherapeut geeft voorlichting: PIH

1337 kan spontaan verdwijnen (soms maanden tot jaren) mits de onderliggende aandoening adequaat  
1338 wordt behandeld, hoewel de verkleuring soms blijvend is. Adequate zonbescherming wordt  
1339 aanbevolen. Laserbehandeling kan geïndiceerd zijn, maar vergt voorzichtigheid vanwege het risico op  
1340 hypopigmentatie.

1341 **Purpura jaune d'ocre** is hemosiderinepigmentatie als bruine hyperpigmentatie aan de onderbenen,  
1342 veelal gezien bij CVI. Het begint met rode of paarse microbloedingen die later bruin worden. Bij  
1343 verhoogde filtratie treden erythrocyten uit naar het interstitium; het oxidatieve afbraakproduct  
1344 hemosiderine wordt door macrofagen opgenomen maar kan niet volledig worden afgevoerd, wat  
1345 resulteert in blijvende pigmentatie. De huidtherapeut geeft voorlichting over de oorzaak en verwijst  
1346 (terug) naar de arts bij verergering, uitblijven van verbetering of dreiging van ulcusvorming.

1347 *5. Overige huidaandoeningen*

1348 **Pretibiaal myxoedeem** manifesteert zich als paarse plaques op het scheenbeen bij  
1349 hyperthyreoïdie/Graves. De huidtherapeut consulteert de huisarts of verwijzend arts voor verder  
1350 beleid.

1351 **Intertrigo** is een rode, macererende aandoening van huidplooiën, ontstaan onder occlusie – veelal in  
1352 de liezen, onder de borsten of tussen andere huidflappen. De huidtherapeut beschermt de huid met  
1353 indrogende emolliëns (bij voorkeur zinkhoudend), overweegt katoenen gazen of Engels pluksel om  
1354 occlusie te voorkomen, en signaleert bacteriële of schimmelinfecties voor verwijzing naar de huisarts.

#### 1355 **Balans van gewenste en ongewenste effecten**

1356 Patiënten met CO hebben een verhoogde kans op infecties door een verminderde lokale  
1357 afweerfunctie. Cellulitis en erysipelas zijn de meest voorkomende vormen (Vignes, 2022). Omdat 80%  
1358 van de patiënten met een eerste episode van erysipelas aan één been scintigrafisch tekenen heeft  
1359 van pre-existente lymfatische dysfunctie aan het niet-aangedane been, kan een infectie een  
1360 gecompenseerd lymfatisch systeem decompenseren en bestaand CO verergeren (Damstra, 2008).  
1361 Het is echter van belang dit in perspectief te plaatsen: het adagium 'geen wondjes ter voorkoming van  
1362 infectie' wordt als te simplistische benadering beschouwd. De huidige inzichten benadrukken dat het  
1363 primair cruciaal is CO te stabiliseren door effectieve volumebeheersing en het verminderen van  
1364 chronische ontsteking (Cemal, 2011; NVDV, 2023). Een disfunctioneel lymfestelsel en chronische  
1365 inflammatie in het onderhuids weefsel zijn de belangrijkste predisponerende factoren voor infecties,  
1366 niet louter kleine huidletsels. Overmatige voorzichtigheid kan leiden tot vermijdingsgedrag en  
1367 verminderde kwaliteit van leven. Wel blijft het vermijden van overbelasting bij comorbiditeiten zoals  
1368 diabetes mellitus en immobiliteit van belang, omdat deze factoren wondgenezing en immuunrespons  
1369 negatief beïnvloeden.

#### 1370 **Waarden en voorkeuren van de patiënt**

1371 Patiënten met CO ervaren huidproblemen als een significante last, zowel functioneel als cosmetisch.  
1372 Geurhinder (bij lymphorrhoe of geïnfecteerde wonden), zichtbare huidveranderingen en de noodzaak  
1373 van dagelijkse verzorging beïnvloeden de kwaliteit van leven. Tegelijkertijd bestaat er risico op  
1374 overmatige voorzichtigheid wanneer patiënten activiteiten vermijden uit angst voor wondjes of  
1375 infecties. Voorlichting die angsten reduceert en zelfmanagement bevordert, is daarom essentieel.  
1376 Praktische hulpmiddelen zoals gestructureerde zelfassessment vergroten de kans dat patiënten  
1377 dagelijks hun huid monitoren, wat leidt tot vroege signalering van huidveranderingen en betere  
1378 zelfzorg. In de praktijk wordt een individueel plan gemaakt waarbij rekening wordt gehouden met  
1379 patiëntkenmerken, voorkeuren en de beschikbaarheid van behandel mogelijkheden en producten.

1380 **Aanvaardbaarheid en haalbaarheid**

1381 Basishuidzorg is voor de meeste patiënten haalbaar en acceptabel, mits de adviezen zijn afgestemd  
1382 op individuele mogelijkheden en omstandigheden. Aandacht voor de fysieke belasting van het aan-  
1383 en uittrekken van compressiehulpmiddelen – met name bij fragiele of oudere patiënten – en  
1384 samenwerking met ergotherapeuten is van belang. Specifieke huidzorginterventies vereisen  
1385 voldoende kennis en vaardigheden bij de huidtherapeut, alsmede beschikbaarheid van geschikte  
1386 producten en materialen. Bij complexe of twijfelachtige huidbeelden is tijdige doorverwijzing naar de  
1387 huisarts of specialist een essentieel onderdeel van het zorgpad.

1388 **Economische overwegingen en kosteneffectiviteit**

1389 Preventieve en generieke huidzorg zijn relatief laagdrempelig en kunnen worden uitgevoerd met in de  
1390 apotheek beschikbare basispreparaten (FNA-preparaten). Vroegtijdige signalering en behandeling  
1391 van huidaandoeningen voorkomt complicaties zoals infecties, wonden en hospitalisatie, die gepaard  
1392 gaan met aanzienlijk hogere kosten. Goede patiënteducatie en zelfmanagement dragen bij aan het  
1393 verminderen van de zorgbelasting op de lange termijn. Bij specifieke of complexe huidaandoeningen  
1394 kunnen kosten voor verbandmateriaal, gespecialiseerde compressiehulpmiddelen of  
1395 medicamenteuze behandeling oplopen; tijdige verwijzing en multidisciplinaire samenwerking zijn dan  
1396 aangewezen om onnodig langdurige of kostbare trajecten te voorkomen.

1397

1398

## Organisatie van zorg

1399

### Uitgangsvraag

Hoe dient de zorg voor mensen met chronisch oedeem georganiseerd te worden?

1400

### Aanbevelingen

- Houd rekening met de Stepped Care benadering.
- Geef terugkoppeling aan de verwijzer/huisarts over de progressie van de behandeling conform de HASP-paramedicus.
- Adviseer de patiënt contact op te nemen met de verwijzer/huisarts indien zowel de patiënt als de huidtherapeut gezamenlijk besluiten dat er onvoldoende verbetering is of als het oedeem onverklaarbaar of acuut verergert.
- Zoek samenwerking met de zorgverleners zoals de huisarts, dermatologie, oncologie/mammacare, thuiszorg, wondzorg, ergotherapie, fysio- en/of oefentherapie, urologie, gynaecologie, diëtiëk, revalidatie en psychologie in de regio.

1401

### Overwegingen

1402

#### Professioneel perspectief

1403

Binnen de organisatie van zorg voor mensen met eczeem staat een integrale Stepped Care benadering centraal. Stepped Care houdt in dat de behandeling afgestemd wordt op de behoeften van de patiënt, waarbij complexere interventies pas worden overwogen als eenvoudigere interventies onvoldoende resultaat opleveren. Aangezien verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met CO, is het essentieel om duidelijke afspraken te maken over de organisatie van zorg en de verantwoordelijkheden van elke zorgverlener. Het advies is dan ook om samenwerking met de betrokken zorgverleners in de regio (bij voorkeur via het regionale huidnetwerk) op te zoeken.

1411

Het zorgpad begint met de diagnostiek, waarbij de huisarts, dermatoloog of een andere betrokken specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant de diagnose stelt en de patiënt verwijst naar de huidtherapeut. Bij het ontbreken van een vooronderzoek naar de veneuze of arteriële staat, voert de huidtherapeut een screening uit en vraagt indien nodig, via een rapportage conform de HASP-paramedicus, de huisarts om een vervolgbeleid. De huidtherapeut beoordeelt of screening op primaire lymfatische pathologie relevant is, voert deze indien relevant uit, en vraagt indien nodig, via een rapportage conform de HASP-paramedicus, de huisarts om een vervolgbeleid. Aan de hand van het huidtherapeutisch onderzoek beoordeelt de therapeut of/welke andere disciplines kunnen bijdrage aan een optimaal resultaat en prognose. In Bijlage 10: Verwijscriteria staan verwijscriteria voor een breed scala aan disciplines en hun relevantie ten aanzien van specifieke patiëntkarakteristieken. De huidtherapeut neemt patiëntvoorkeuren hierbij in overweging en houdt rekening met de (on-)mogelijkheden van een patiënt om meerdere behandeltrajecten naast elkaar te starten. Wanneer de patiënt beperkt is middelen en/of mogelijkheden om meerdere behandeltrajecten naast elkaar te starten kan overwogen worden om gedurende of na de overgangsfase andere disciplines te betrekken. Onderbouw gedurende de patiëntvoorlichting waarom je een consult of behandeltraject bij een andere discipline adviseert, en welke invloed dit kan hebben op de ernst en prognose van het klachtenbeeld.

1427

## 1428 *Vergoeding*

1429 In Nederland is de diagnose primair of secundair lymfoedeem vereist voor vergoeding van  
1430 oedeemtherapie binnen het basispakket. Er zijn diverse declaratiecodes die onderscheid maken  
1431 tussen behandeling bij CO (aanvullende verzekering code 008 en vanaf de 20ste behandeling  
1432 basisvergoeding code 001) en niet-CO (aanvullende verzekering code 009). Initieel werd dit gebruikt  
1433 om onderscheid te maken tussen oedeem met een veneuze oorsprong (veneus oedeem) en oedeem  
1434 met een lymfatische oorsprong (lymfoedeem). Waarbij de traditionele opvatting was dat permanente  
1435 behandeling met MLD geïndiceerd was bij mensen met lymfoedeem.

1436 Verschillende inzichten in de afgelopen jaren maken dat deze indeling onder therapeuten verwarring  
1437 veroorzaakt. Het International Lymphoedema Framework (ILF) pleit voor het gebruik van de term CO,  
1438 omdat deze term onafhankelijk is van wie de diagnose stelt en als epidemiologisch en klinisch  
1439 overkoepelend begrip kan dienen (Moffatt et al., 2019). Hiermee wordt tevens duidelijk dat CO een  
1440 syndroom is dat meerdere oorzaken kan hebben en niet beperkt blijft tot klassieke lymfatische  
1441 afwijkingen. Alle vormen van oedeem hebben een lymfatisch component (lees ook pathofysiologie).  
1442 Daarmee kan verondersteld worden dat al het CO als lymfoedeem beschouwd kan worden (Mortimer  
1443 & Rockson, 2014).

## 1444 **Balans van gewenste en ongewenste factoren**

1445 Een duidelijke beschrijving en afbakening van het huidtherapeutisch onderzoek, begeleiding,  
1446 patiëntvoorlichting evenals de rol van leefstijl en huidzorg bij CO draagt bij aan het draagvlak voor  
1447 deze zorg en het verminderen van ongewenste praktijkvariatie. Het biedt een transparant kader ten  
1448 aanzien van hoe oedeemzorg, aanvullend op de conservatieve behandelmodaliteiten als  
1449 compressietherapie, vorm kan worden gegeven ten einde deze zorg voldoet aan het kader Passende  
1450 Zorg.

## 1451 **Waarden en voorkeuren van patiënten**

1452 Patiënten willen de juiste zorg ontvangen bij ernstige oedeemklachten, maar ook milde  
1453 oedeemklachten tijdig aanpakken om verergering te voorkomen. Door een integrale benadering  
1454 kunnen therapeuten aan deze wens tegemoetkomen. Door meer nadruk te leggen op kwalitatieve  
1455 begeleiding en voorlichting, ook ten aanzien van de rol en relevantie van andere disciplines, wordt de  
1456 patiënt in toenemende mate eigenaar en regiehouder over de eigen gezondheid.

## 1457 **Aanvaardbaarheid en haalbaarheid**

1458 De inhoud van deze zorgmodule is in samenwerking met andere disciplines tot stand gekomen, en is  
1459 via de achterban van de in werk- of klankbordgroep deelnemende partijen getoetst. In de opbouw  
1460 van de zorgmodule zijn de NVDV richtlijnen, NHG standaarden en landelijke kaders en akkoorden als  
1461 overkoepelende leidraden gebruikt. Deze zorgmodule draagt daarmee bij aan het draagvlak van de  
1462 huidtherapeut voor deze zorgverlening. Een goede samenwerking tussen de huidtherapeut en de  
1463 verwijzers, overige zorgprofessionals en naasten (informele zorgverleners) van de patiënt is cruciaal  
1464 om de behandeling, begeleiding, educatie en advies op elkaar af te stemmen voor de patiënt.

## 1465 **Economische aspecten en kosteneffectiviteit**

1466 Er is geen onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit binnen de organisatie van zorg bij CO-  
1467 patiënten. Behandeling volgens de principes van Stepped Care is bedoeld om CO-patiënten de meest  
1468 effectieve en doelmatige behandeling te bieden, passend bij de aard en ernst van de klachten en de  
1469 patiëntkarakteristieken. De huidtherapie streeft naar optimale zorgverlening, betekenend dat er niet  
1470 méér zorg geleverd wordt dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Waarbij ten aanzien van ieder  
1471 additief zorgcomponent een afweging wordt gemaakt van de gezondheidswinst ten opzichte van de  
1472 behandelduur, -kosten, en intensiteit.

## 1473 Referenties

- 1474 Alexander, J. B. (2023). Lower-Extremity Vascular Ulcers. *Med Clin N Am*, 107, 911–923.
- 1475 Arts en Leefstijl. (z.d.). *Het leefstijlroer*. Geraadpleegd op 13 oktober 2025, van  
1476 <https://www.artsenleefstijl.nl/leefstijlroer>
- 1477 Bates, D. O., Levick, J. R., & Mortimer, P. S. (1994). Starling pressures in the human arm and their alteration  
1478 in postmastectomy oedema. *The Journal of Physiology*, 477(2), 355–363.
- 1479 Bjork, R., & Ehmann, S. (2019). STRIDE professional guide to compression garment selection for the lower  
1480 extremity. *Journal of Wound Care*, 28(Suppl. 6a), 1–44.
- 1481 Bjork, R., & Hettrick, H. (2018). Endothelial glycocalyx layer and interdependence of lymphatic and  
1482 integumentary systems. *Wounds International*, 9(2), 50–55.
- 1483 Blom, K. Y., Johansson, K. I., Nilsson-Wikmar, L. B., Klernäs, P. E., & Brogårdh, C. B. (2023). Impact on health-  
1484 related quality of life after wearing compression garment or not for six months in women with mild  
1485 breast cancer-related arm lymphedema: A cross-sectional study. *Acta Oncologica*, 62(5), 528–534.
- 1486 Bowman, C., & Rockson, S. G. (2024). The role of inflammation in lymphedema: A narrative review of  
1487 pathogenesis and opportunities for therapeutic intervention. *International Journal of Molecular  
1488 Sciences*, 25(7), 3907.
- 1489 Broekhuizen, L. N. (2011). *Glycocalyx, cardiometabolic disease and inflammation* [Proefschrift,  
1490 Universiteit van Amsterdam].
- 1491 Brouillard, P., Witte, M. H., Erickson, R. P., Damstra, R. J., Becker, C., Quéré, I., & Vikkula, M. (2021). Primary  
1492 lymphoedema. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 77. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00309-7>
- 1493 Brown, S., Dayan, J. H., Kataru, R. P., & Mehrara, B. J. (2023). The vicious circle of stasis, inflammation, and  
1494 fibrosis in lymphedema. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 151(2), 330e–341e.
- 1495 Burian, E. A., et al. (2021). Cellulitis in chronic oedema of the lower leg: An international cross-sectional  
1496 study. *British Journal of Dermatology*, 185, 110–118.
- 1497 Cemal, Y., Pusic, A., & Mehrara, B. J. (2011). Preventative measures for lymphedema: Separating fact  
1498 from fiction. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(4), 543–551.  
1499 <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.07.001>
- 1500 Coalitie Leefstijl in de Zorg & Lifestyle4Health. (2025). *Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneeskunde:  
1501 Update 2025*.
- 1502 Collier, M., Barbul, A., Campbell, R. F., Filori, P., Haughey, L., Hazledine, M., ... Moffatt, C. (2025). Chronic  
1503 oedema of the lower limb: Practical guidance on diagnosis, effective treatment and ongoing  
1504 management. *Journal of Wound Management*, 26(3), S2–S87.
- 1505 Damstra, R. J., Van Steensel, M. A., Boomsma, J. H., Nelemans, P., & Veraart, J. C. (2008). Erysipelas as a  
1506 sign of subclinical primary lymphoedema: A prospective quantitative scintigraphic study of 40  
1507 patients with unilateral erysipelas of the leg. *British Journal of Dermatology*, 158(6), 1210–1215.
- 1508 Davis, M. J., & Zawieja, S. D. (2024). Pacemaking in the lymphatic system. *The Journal of Physiology*.
- 1509 Davis, M. J., Zawieja, S. D., & King, P. D. (2024). Transport and immune functions of the lymphatic system.  
1510 *Annual Review of Physiology*, 87.

- 1511 Devoogdt, N., Thomis, S., Belva, F., Dickinson-Blok, J., Fourgeaud, C., Giacalone, G., ... Damstra, R. (2024).  
1512 The VASCERN PPL working group patient pathway for primary and paediatric lymphoedema. *European*  
1513 *Journal of Medical Genetics*, 67, 104905.
- 1514 Duhon, B. H., Phan, T. T., Taylor, S. L., Crescenzi, R. L., & Rutkowski, J. M. (2022). Current mechanistic  
1515 understandings of lymphedema and lipedema: Tales of fluid, fat, and fibrosis. *International Journal of*  
1516 *Molecular Sciences*, 23(12), 6621.
- 1517 Farmacotherapeutisch Kompas. (2019). *Indifferente middelen*. Geraadpleegd op 9 september 2024,  
1518 van <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl>
- 1519 Finlay, A. Y., & Khan, G. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for  
1520 routine clinical use. *Clinical and experimental dermatology*, 19(3), 210–216.
- 1521 Földi, M., & Kubik, S. (1993). *Lehrbuch der lymphologie für Mediziner und Physiotherapeuten*.
- 1522 Foote, C. A., Soares, R. N., Ramirez-Perez, F. I., Ghiarone, T., Aroor, A., Manrique-Acevedo, C., ... Martinez-  
1523 Lemus, L. (2022). Endothelial glycocalyx. *Comprehensive Physiology*, 12(4), 3781–3811.
- 1524 Fu, M. R., Ridner, S. H., Hu, S. H., Stewart, B. R., Cormier, J. N., & Armer, J. M. (2013). Psychosocial impact of  
1525 lymphedema: A systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1466–1484.
- 1526 Galimont-Collen, A. (2022). Jeuk: Om gek van te worden. *WCS Nieuws*, 38(4), 50–54.
- 1527 Giancesini, S., Rimondi, E., Raffetto, J. D., Melloni, E., Pellati, A., Menegatti, E., ... Rockson, S. (2023). Human  
1528 collecting lymphatic glycocalyx identification by electron microscopy and immunohistochemistry.  
1529 *Scientific Reports*, 13(1), 3022.
- 1530 Gezondheidsraad. (2017). *Beweegrichtlijnen*. Den Haag: Auteur.
- 1531 Gezondheidsraad. (2025). *Richtlijnen goede voeding*. Den Haag: Auteur.
- 1532 Gordon, K., Varney, R., Keeley, V., Riches, K., Jeffery, S., Van Zanten, M., ... Mansour, S. (2020). Update and  
1533 audit of the St George's classification algorithm of primary lymphatic anomalies. *Journal of Medical*  
1534 *Genetics*, 57(10), 653–659.
- 1535 Haggerty, A., & Nirmalan, M. (2019). Capillary dynamics, interstitial fluid and the lymphatic system.  
1536 *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 20(3), 182–189.
- 1537 Hoyle, E., Kilbreath, S., & Dylke, E. (2022). Body image and sexuality concerns in women with breast  
1538 cancer-related lymphedema. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 3917–3924.
- 1539 Kolářová, H., Ambrůzová, B., Švihálková Šindlerová, L., Klinke, A., & Kubala, L. (2014). Modulation of  
1540 endothelial glycocalyx structure under inflammatory conditions. *Mediators of Inflammation*, 2014,  
1541 694312.
- 1542 Lamprou, D. A., Damstra, R. J., & Partsch, H. (2011). Prospective, randomized, controlled trial comparing  
1543 a new two-component compression system with inelastic multicomponent compression bandages  
1544 in the treatment of leg lymphedema. *Dermatologic Surgery*, 37(7), 985–991.
- 1545 Levick, J. R., & Michel, C. C. (2010). Microvascular fluid exchange and the revised Starling principle.  
1546 *Cardiovascular Research*, 87(2), 198–210.
- 1547 Ligi, D., Croce, L., & Mannello, F. (2018). Chronic venous disorders: The dangerous, the good, and the  
1548 diverse. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(9), 2544.

- 1549 Lymphedema Framework. (2006). *Best practice for the management of lymphoedema: International*  
1550 *consensus*. London: MEP Ltd.
- 1551 Mayer-Yousif, M., Korschake, W., Haase, H., Jünger, M., & Riebe, H. (2021). Influence of medical  
1552 compression stockings on skin hydration. *Skin Pharmacology and Physiology*, 34, 57–73.
- 1553 Mercier, G., Pastor, J., Moffatt, C., Franks, P., & Quéré, I. (2019). LIMPRINT: Health-related quality of life in  
1554 adult patients with chronic edema. *Lymphatic Research and Biology*, 17(2), 163–167.
- 1555 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2022). *Integraal Zorgakkoord: Samen*  
1556 *werken aan gezonde zorg*.  
1557 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraalzorgakkoord-samen->  
1558 [werken-aan-gezonde-zorg](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraalzorgakkoord-samen-)
- 1559 Moffatt, C., Keeley, V., & Quéré, I. (2019). The concept of chronic edema—A neglected public health issue.  
1560 *Lymphatic Research and Biology*, 17(2), 121–126.
- 1561 Mortimer, P. S., & Rockson, S. G. (2014). New developments in clinical aspects of lymphatic disease.  
1562 *Journal of Clinical Investigation*, 124(3), 915–921.
- 1563 National Lymphoedema Partnership. (2015). *Consensus statement on the chronic oedema-*  
1564 *lymphoedema interface*.
- 1565 NHG. (2009). *NHG-standaard Varices*. Utrecht: Auteur.
- 1566 NHG. (2024). *NHG-standaard Perifeer arterieel vaatlijden*. Utrecht: Auteur.
- 1567 NHG. (2025). *NHG-standaard Hartfalen*. Utrecht: Auteur.
- 1568 NVDV. (2023). *Richtlijn lymfoedeem*. Utrecht: Auteur.
- 1569 NVH. (2025a). *Beroepsprofiel huidtherapeut*. Utrecht: Auteur.
- 1570 NVH. (2025b). *Generieke NVH-zorgmodule chronische (huid-)aandoeningen*. Utrecht: Auteur.
- 1571 NVH. (2025c). *NVH-zorgmodule eczeem*. Utrecht: Auteur.
- 1572 NVH. (2026). *Richtlijn huidtherapeutische dossiervoering*. Utrecht: Auteur.
- 1573 Olszewski, W. L. (2016). Lymphatic ulcer of lower limb. In *Ulcers of the lower extremity* (pp. 259–265).  
1574 Springer.
- 1575 Piquero-Casals, J., Morgado-Carrasco, D., Granger, C., Trullàs, C., Jesús-Silva, A., & Krutmann, J. (2021).  
1576 Urea in dermatology. *Dermatology and Therapy*, 11(6), 1905–1915.
- 1577 Ridner, S. H., Deng, J., Doersam, J. K., & Dietrich, M. S. (2021). Lymphedema symptom intensity and  
1578 distress survey – truncal and head and neck, version 2. *Lymphatic Research and biology*, 19(3), 240-  
1579 248.
- 1580 Rodríguez, M., Suárez, R., Cabello, M., Rodríguez, C., Trujillo, P., & Curbelo, V. (2025). Adherence to  
1581 compression garments in lymphedema patients. *Medicina*, 61.
- 1582 Stichting Positieve Gezondheid. (z.d.). *Gezondheidsspinnenweb*. Geraadpleegd op 13 oktober 2025, van  
1583 <https://www.iph.nl>
- 1584 Streur-Kranenburg, M. (2023). Leefstijlgeneeskunde, wat is dat? In *Leefstijlgeneeskunde in de praktijk*  
1585 (pp. 3–12). Bohn Stafleu van Loghum.

1586 UMC Utrecht. (2020). *Nieuwe chronische ontstekingsziekte ontdekt*. Geraadpleegd op 11 december  
1587 2025, van <https://www.umcutrecht.nl>

1588 Van Berkestijn, L. (2011). Wat denkt u er zelf van? *Huisarts en Wetenschap*, 54(4), 224–225.

1589 Verdonk, H. P. M., Devoogdt, N., & Damstra, R. J. (2021). *Oedeem en oedeemtherapie*. Bohn Stafleu van  
1590 Loghum.

1591 Vignes, S. (2022). Lymphedema: Diagnosis and management. *Journal of Lymphatic Research*, 45(2),  
1592 123–130.

1593 Vignes, S., Poizeau, F., & Dupuy, A. (2022). Cellulitis risk factors for patients with primary or secondary  
1594 lymphedema. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 10(1).

1595 V&VN. (2021). *Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen*. Utrecht: Auteur.

1596 Webb, E., Neeman, T., Bowden, F. J., Gaida, J., Mumford, V., & Bissett, B. (2020). Compression therapy to  
1597 prevent recurrent cellulitis of the leg. *The New England Journal of Medicine*, 383(7), 630–639.  
1598 <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917197>

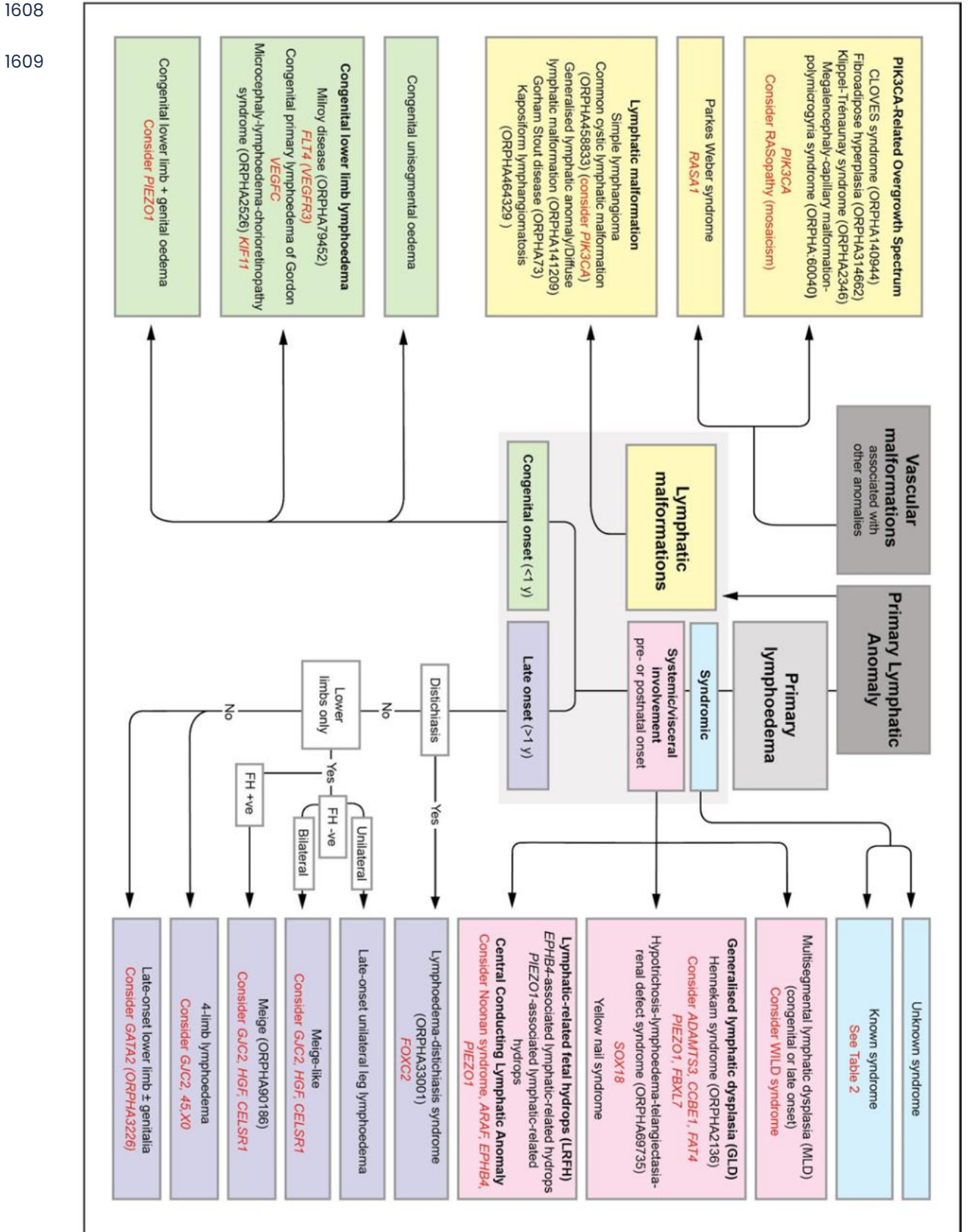
1599 Yazdani, S., Jaldin-Fincati, J. R., Pereira, R. V., & Klip, A. (2019). Endothelial cell barriers: Transport of  
1600 molecules between blood and tissues. *Traffic*, 20(6), 390–403.

1601 Young, K. Z., Plazyo, O., & Gudjonsson, J. E. (2023). Targeting immune cell trafficking and vascular  
1602 endothelial cells in psoriasis. *Journal of Clinical Investigation*, 133(9).

1603

1604 **Bijlage 1: St. George's classification algorithm for primary lymphatic**  
 1605 **anomalies**

1606 Verkregen van: Update and audit of the St George's classification algorithm of primary lymphatic  
 1607 anomalies: a clinical and molecular approach to diagnosis, van Gordon et al., 2019.



## 1610 **Bijlage 2: Revisie Starling-principe**

1611 De rol en functie van de EGL en de huidige inzichten rondom het capillaire filtratie proces zijn veelal  
1612 onderbelicht in vakliteratuur en bij- en nascholingen. Nog te vaak wordt het klassieke Starling-model  
1613 als basis gebruikt, zelfs 20 jaar na introductie van het gereviseerde Starling-model door Levick (2004)  
1614 en 60 jaar na de eerste visualisatie van de EGL door Luft in 1966 (Bjork et al., 2018). In deze zorgmodule  
1615 zal daarom dieper in worden gegaan op het vasculaire filtratieproces volgens de laatste inzichten, ten  
1616 einde deze basis geborgd wordt in de vormgeving van de huidtherapeutische zorgverlening.

1617 Klassieke Starling-model: In het traditionele plaatje beschouwen we alleen de capillaire  
1618 hydrostatische druk ( $P_c$ ) en de  $COP_p$ ). In het arteriële deel is  $P_c$  hoger dan  $COP_p$ , waardoor filtratie  
1619 plaatsvindt. In het venulaire deel daalt  $P_c$  onder  $COP_p$ , waardoor netto absorptie zou ontstaan. De  
1620 interstitiële drukken ( $P_i$  en  $COP_i$ ) worden hierbij verwaarloosd, en er wordt aangenomen dat filtratie en  
1621 absorptie elkaar precies in balans houden.

1622 Revisie van het Starling-model: In het gereviseerde model beschouwen we de gemeten Starling-  
1623 krachten in menselijke huid en subcutis. Wanneer alle drukgradiënten worden gemeten in dezelfde  
1624 weefsels, blijkt het plaatje anders: De interstitiële hydrostatische druk ( $P_i$ ) is subatmosferisch  
1625 (ongeveer  $-2$  mmHg). De interstitiële COP is aanzienlijk (circa 15,7 mmHg). Hierdoor blijft ( $P_c - P_i$ )  
1626 groter dan  $\sigma$  ( $COP_p - COP_i$ ) over zowel de arteriële als de venulaire helft van het capillair. Dat betekent  
1627 dat er in de hele capillaire lus netto filtratie optreedt, zelfs in de venulen, en dat de veronderstelde  
1628 downstream-absorptie niet plaatsvindt.

1629 De hydrostatische druk ( $P$ )

- 1630 • *Capillair hydrostatische druk ( $P_c$ )*; De druk van het bloed tegen de wand van het capillair, die  
1631 vocht naar buiten duwt.
- 1632 • *Interstitieel hydrostatische druk ( $P_i$ )*; De druk van het vocht in de ruimte rond de cellen  
1633 (interstitium), die vocht terugduwt in het capillair.

1634 De colloïd-osmotische druk ( $COP$ )

- 1635 • *Plasma colloïd-osmotische druk ( $COP_p$ )*; De zuigende kracht van een hoge concentratie eiwitten  
1636 in het bloedplasma, die water aantrekt richting het capillair.
- 1637 • *Interstitieel colloïd-osmotische druk ( $COP_i$ )*; De zuigende kracht van een hoge concentratie  
1638 eiwitten in het weefselvocht, die water aantrekt richting het interstitium.

1639 Extravasatie van cellen en macromoleculen kan, afhankelijk van het type molecuul en de integriteit  
1640 van de EGL, via actieve of passieve mechanismes plaatsvinden. Door shedding van de EGL worden  
1641 adhesiemoleculen van het vaat endotheel blootgesteld, waaraan witte bloedcellen (WBC's) of  
1642 bloedplaatjes kunnen hechten (Reitsma et al., 2007). Wanneer WBC's zich door nauwe capillaire  
1643 ruimtes wringen bij hun overgang naar een venule, wordt de EGL tijdelijk met ongeveer 20%  
1644 samengedrukt (Weinbaum et al., 2007). Vervolgens hechten de WBC's zich aan de blootliggende  
1645 adhesiemoleculen en rollen ze langs de venule wand richting het omliggende weefsel. Dit proces  
1646 wordt aangeduid als *diapedese*. Naast diapedesis vormt ook *transcytose* een route door de  
1647 vaatwand, waarbij cellen via een vesiculair systeem (o.a. middels caveolae) door endotheelcellen  
1648 migreren (Yazdani et al., 2019). *Paracellulair transport* vindt plaats tussen de endotheelcellen. Bij de  
1649 aanwezigheid van een intacte EGL wordt dit type transport als nihil beschouwd (Haggerty & Nirmalan,  
1650 2019).

1651

1652 **Bijlage 3: Anamnese vragen**

1653 **Algemeen**

- 1654 • Hulpvraag van de patiënt  
1655 • Locatie en uitbreiding: arm; been; eenzijdig/tweezijdig; genitaal; thorax; hoofd-hals etc.

1656 *Medische (voor)geschiedenis en beloop:*

- 1657 • Onset  
1658 • Aanleiding/oorzaak (verondersteld of vastgesteld?)  
1659 • Welke onderzoeken, behandelingen, hulpmiddelen en/of medicatie heeft de patiënt in het  
1660 verleden/heden gehad ten behoeve van deze klachten?  
1661     o Hoe is de diagnose gesteld?  
1662     o Welke onderzoeken zijn uitgevoerd?  
1663     o Zijn andere (onderliggende) oorzaken uitgesloten?  
1664 • Zijn factoren als PAV, CVI, primair lymfoedeem of systemische factoren (bv. hartfalen) onderzocht?  
1665 • Is er sprake van andere aandoeningen, gezondheidsproblemen of beperkingen?  
1666 • Andere of eerder verleende zorg  
1667 • Allergieën/overgevoeligheden; operaties; trauma's; medicatie; overige behandeltrajecten  
1668 • Wijze van omgang met functioneringsproblemen  
1669 • (Relatieve) contra-indicaties voor huidtherapeutische zorg  
1670 • Mening en ideeën van de patiënt over gezondheidstoestand of prognose  
1671 • Verwachting van de patiënt van huidtherapeutische zorg

1672 *Familieanamnese:*

- 1673 • Gelijksortige klachten in de familie (ouders, broers/zussen, grootouders)  
1674 • Andere ziekten: suikerziekte, hypertensie, hypercholesterolemie of hart- en vaatziekten

1675 **Functie en structuur**

- 1676 • Eerdere infecties aan het gezwollen lichaamsdeel  
1677 • Zwaar of vermoeid gevoel in de benen (bij lang staan/zitten of aan het einde van de dag)  
1678 • Pijn of gespannen gevoel in de benen, vermindert bij hoogleggen of bewegen  
1679 • Afname van zwelling bij hoogleggen van het ledemaat  
1680 • Nachtelijke kuitkrampen  
1681 • Pijn, kramp, moeheid of stijfheid in been of bil bij lopen, afname in rust  
1682 • Rustpijn in voet of tenen, afname bij afhangen van het been  
1683 • Slecht genezende wondjes aan voeten of tenen

1684 Vragenlijsten: LYMQOL

1685 **Activiteiten en participatie**

- 1686 • Beweegbeperking (door de zwelling)  
1687 Vragenlijsten: LYMQOL; Leefstijlcheck; PH22/NVH-ZRI

1688 **Interne (persoonlijke) en externe factoren**

1689 *Middelen en mogelijkheden:*

- 1690 • In hoeverre is de patiënt in staat om financieel bij te dragen, mocht dit de uitkomst van de  
1691 behandeling positief beïnvloeden (bijv. huidverzorging/ hulpmiddelen).  
1692 • In hoeverre is de patiënt in staat hulp in te schakelen uit de omgeving t.b.v. informele zorgverlening  
1693 (bijv. monitoren van klachten, kousen aantrekken of ondersteunen bij zelfmanagement).  
1694 • Zijn er fysieke beperkingen of handicaps die zelfmanagement bemoeilijken?

1695 **Leekverklaring** (kennisseniveau over aandoening ten tijde van eerste consult):

- 1696 • Heeft de patiënt aannames/ideeën over de oorzaak of behandeling van het oedeem?  
1697 Vragenlijsten: LYMQOL; Leefstijlcheck; PH22/NVH-ZRI

1698 **Bijlage 4: Analyse van huidtherapeutisch onderzoek**

1699 **Algemeen**

1700 Is er een duidelijke verklaring voor het oedeem?

1701 Is er een positieve familieanamnese?

1702 Geven de bevindingen een aanleiding voor verder onderzoek of screening door een arts?

1703 Geven de bevindingen aanleiding voor het betrekken van een andere discipline?

1704 **Functie en structuur**

1705 Welke fysieke klachten (zoals pijn, tintelingen, jeuk) worden hoog gescoord en geven aanleiding tot  
1706 verder onderzoek?

1707 Kunnen de klachten verklaard worden door het oedeem?

1708 Kunnen de klachten anders verklaard worden?

1709 Geven de bevindingen een aanleiding voor verder onderzoek of screening door een arts?

1710 Geven de bevindingen aanleiding voor het betrekken van een andere discipline

1711 Maak onderscheid tussen nociseptieve-, nociplastische- en neuropatische pijn.

1712 \*Voor onderzoek en educatie bij pijn wordt een NVH-protocol Pijn Educatie ontwikkeld.

1713 Welke factoren kunnen de ernst of de prognose van het oedeem negatief beïnvloeden?

1714 Welke factoren kunnen de ernst of de prognose van het oedeem positief beïnvloeden?

1715 **Activiteiten en participatie**

1716 Welke klachten en/of beperkingen binnen het activiteiten en participatie domein worden hoog  
1717 gescoord en geven aanleiding tot verder onderzoek?

1718 Kunnen de klachten verklaard worden door het oedeem?

1719 Kunnen de klachten anders verklaard worden?

1720 Geven de bevindingen een aanleiding voor verder onderzoek of screening door een arts?

1721 Geven de bevindingen aanleiding voor het betrekken van een andere discipline

1722 Welke factoren kunnen de ernst of de prognose van het oedeem negatief beïnvloeden?

1723 Welke factoren kunnen de ernst of de prognose van het oedeem positief beïnvloeden?

1724 **Interne (persoonlijke) en externe factoren**

1725 Op welke vragen t.a.v. de mentale functies, middelen, mogelijkheden, gezondheid en leefstijl worden  
1726 slecht gescoord en geven aanleiding tot verder onderzoek?

1727 Welke belemmerende en bevorderende factoren vallen op en verdienen aandacht in het  
1728 behandelplan.

1729 Zijn er behandeltrajecten, therapieën, fysieke beperkingen, handicaps, allergieën/overgevoeligheden  
1730 waar rekening mee moet worden gehouden in het behandelplan?

1731 In welke mate moet informatieverstrekking afgestemd worden op de gezondheidsvaardigheden?

1732 Geven de bevindingen een aanleiding voor verder onderzoek of screening door een arts?

1733 Geven de bevindingen aanleiding voor het betrekken van een andere discipline

1734 Welke factoren kunnen de ernst of de prognose van het oedeem negatief beïnvloeden?

1735 Welke factoren kunnen de ernst of de prognose van het oedeem positief beïnvloeden?

1736

1737 **Bijlage 5 Oedeem doelenkaart**

1738 Zie volgende pagina.

<b>Oedeem doelenkaart</b>		<b>Naam:</b>
		<b>Datum:</b>
<b>Oedeemtherapie bestaat uit drie fases: de behandel fase, de overgangsfase en de onderhoudsfase. Iedere fase heeft een aantal algemene doelen:</b>		
BEHANDELFASE	OVERGANGSFASE	ONDERHOUDSFASE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• U begrijpt wat oedeem is, hoe het ontstaat en welke behandelingen er zijn.</li> <li>• Het oedeem wordt zoveel mogelijk verminderd en de huidconditie wordt verbeterd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• U kunt zelf, of met hulp, de behaalde resultaten stabiel houden.</li> <li>• U weet wat oedeem beter of erger maakt en wat u wel of juist beter niet kunt doen.</li> <li>• U kunt een infectie herkennen en voorkomen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• U kunt zelf of met hulp uw klachten monitoren en weet wanneer professionele hulp nodig is.</li> <li>• U past zelf of met hulp blijvend zelfmanagement toe.</li> <li>• De behandelaar evalueert minimaal 1x per jaar uw klachten en uw hulpmiddelen.</li> </ul>
<p>U heeft een of meer vragenlijsten ingevuld. Kijk nu naar uw antwoorden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke klachten, problemen en beperkingen vallen u het meest op?</li> <li>• Welke klachten wilt u graag verminderen?</li> <li>• Welke dingen kunt u nu niet door het oedeem, en zou u weer willen kunnen?</li> </ul> <p><b>Vul hieronder uw 3 belangrijkste doelen in.</b></p> <p>💡 TIP: Kijk terug naar uw ingevulde vragenlijsten. Welke vragen scoorden het slechtst? Dat zijn vaak uw belangrijkste klachten of problemen.</p>		
<b>1 Wat is uw belangrijkste klacht, probleem of beperking?</b>	Hoe erg is dit nu? ____/ 10 (1 = heel weinig last 10 = heel veel last)	Wanneer bent u tevreden? ____/ 10 (Bij welke score zou het goed genoeg zijn?)
<b>2 Wat is uw tweede belangrijkste klacht, probleem of beperking?</b>	Hoe erg is dit nu? ____/ 10 (1 = heel weinig last 10 = heel veel last)	Wanneer bent u tevreden? ____/ 10 (Bij welke score zou het goed genoeg zijn?)
<b>3 Wat is uw derde belangrijkste klacht, probleem of beperking?</b>	Hoe erg is dit nu? ____/ 10 (1 = heel weinig last 10 = heel veel last)	Wanneer bent u tevreden? ____/ 10 (Bij welke score zou het goed genoeg zijn?)
<b>Neem deze kaart mee naar uw volgende afspraak. Uw huidtherapeut zal uw behandel doelen en de behandelopties met u bespreken.</b>		

## Bijlage 6 NVH Zelfregie Inventarisatie (ZRI)

Deze vragenlijst brengt belemmerende en bevorderende factoren voor zelfmanagement en gedragsverandering in kaart. Alle vragen die met “eens” worden beantwoord kunnen als bevorderende factor worden bestempeld, alle vragen die met “oneens” worden beantwoord kunnen als belemmerende factor worden bestempeld.

<b>Capability (competenties en kunnen)</b>	
<b>1. Informatie verwerken en begrijpen</b>	
Ik heb een opleiding hoger dan mbo afgerond.	Eens/oneens
Ik begrijp meestal goed wat zorgverleners mij uitleggen.	Eens/oneens
Ik kan beoordelen of informatie die ik opzoek over mijn aandoening betrouwbaar is.	Eens/oneens
Ik voel me zeker om mijn vragen of twijfels met mijn zorgverlener te bespreken.	Eens/oneens
<b>2. Zelfredzaamheid</b>	
Ik kan mijn dagelijkse activiteiten (zoals boodschappen, koken en wassen) zelfstandig uitvoeren.	Eens/oneens
Ik heb niet vaak hulp nodig in het dagelijks leven.	Eens/oneens
Ik kan mijn behandeling (zoals medicatie, zalven of verbanden) zelfstandig uitvoeren.	Eens/oneens
Ik kan praktische oplossingen bedenken als iets de zorg voor mezelf bemoeilijkt.	Eens/oneens
<b>3. Zelfeffectiviteit en coping</b>	
Ik heb het gevoel dat ik zelf invloed heb op mijn klachten.	Eens/oneens
Ik volg meestal de adviezen van mijn zorgverleners op.	Eens/oneens
Ik heb in het verleden gezondheidsklachten zelfstandig kunnen aanpakken.	Eens/oneens
Ik kan goed doorzetten wanneer het lastig is om adviezen vol te houden.	Eens/oneens
<b>4. Fysieke, emotionele en psychische factoren</b>	
Mijn lichamelijke klachten belemmeren mij niet in het zorgen voor mezelf.	Eens/oneens
Ik voel me meestal energiek genoeg om te doen wat voor mij belangrijk is.	Eens/oneens
Ik heb niet tot nauwelijks last van stress, somberheid of angst.	Eens/oneens
Ik onderneem regelmatig activiteiten (bijv. bewegen, ontspanning of contact met anderen) die mij helpen om me beter te voelen.	Eens/oneens
<b>Opportunity (mogelijkheden)</b>	
<b>5. Sociale steun</b>	
Ik kan hulp krijgen van één of meerdere naasten bij mijn behandeling of dagelijkse zorg.	Eens/oneens
Ik heb mensen in mijn omgeving die mij motiveren om goed met mijn gezondheid om te gaan.	Eens/oneens
Ik ervaar steun en begrip van mensen die dicht bij mij staan.	Eens/oneens
Ik schaam me niet voor mijn klachten.	Eens/oneens
<b>6. Toegang tot middelen</b>	
Ik kan zonder problemen naar mijn afspraken komen.	Eens/oneens
Financiële zorgen belemmeren mij niet in mijn behandeling of zorg.	Eens/oneens
Ik heb toegang tot plekken of activiteiten (zoals een sportclub of lotgenotengroep) die bijdragen aan mijn welzijn.	Eens/oneens
Ik voel me bekwaam in het gebruik van digitale middelen (bijv. apps, websites) die mijn gezondheid ondersteunen.	Eens/oneens
<b>7. Omgeving</b>	
In mijn omgeving wordt het normaal gevonden om met gezondheid en leefstijl bezig te zijn.	Eens/oneens
Ik vind het niet vervelend wanneer mijn behandeling zichtbaar is voor anderen (bijv. compressiekleding of steunkousen).	Eens/oneens
Ik vind het niet vervelend als mensen mij vragen stellen over mijn aandoening of behandeling.	Eens/oneens
Mijn woon- of werkomgeving maakt het over het algemeen goed mogelijk om voor mijn gezondheid te zorgen en maatregelen te treffen.	Eens/oneens

Tabel 5 NVH Zelfregie Inventarisatie (ZRI)

## Bijlage 7: Aanvullende screeningslijsten

Anamnese	
Heeft u pijn, kramp, moeheid of stijfheid in het been of de bil bij lopen die verdwijnt in rust?	Ja/Nee
Is de loopafstand de laatste maanden afgenomen?	Ja/Nee
Is er pijn in voet/tenen bij rust, die vermindert bij het afhangen van het been?	Ja/Nee
Heeft u wondjes aan uw voeten of tenen die slecht genezen?	Ja/Nee
Rookt u of heeft u gerookt?	Ja/Nee
Heeft u suikerziekte, hoge bloeddruk, hoog cholesterol of hart- en vaatziekten in de familie?	Ja/Nee
Lichamelijk onderzoek	
Zijn er wondjes, huidverkleuringen, haarverlies of nagelafwijkingen aan benen/voeten?	Ja/Nee
Zijn voetarteriepulsaties (a. tibialis posterior/a. dorsalis pedis) voelbaar?	Ja/Nee
Ziet/voelt u kleur- of temperatuurverschil tussen uw benen/voeten?	Ja/Nee

Tabel 6: Screening PAV op basis van NHG-standaard PAV (NHG, 2024)

Anamnese	
Heeft u vaak een zwaar/vermoeid gevoel in de benen, vooral bij lang staan/zitten of aan het eind van de dag?	Ja/Nee
Heeft u pijn of een gespannen gevoel in de benen dat vermindert bij hoogleggen of bewegen?	Ja/Nee
Heeft u last van nachtelijke kuitkrampen?	Ja/Nee
Lichamelijk onderzoek	
Zijn er zichtbare varices aanwezig aan het onderbeen?	Ja/Nee
Zijn er huidafwijkingen passend bij CVI (pigmentatie, eczeem, atrofie blanche, lipodermatosclerose, corona phlebectatica paraplanaris)?	Ja/Nee
Is er een (genezen of bestaand) ulcus cruris aanwezig?	Ja/Nee

Tabel 7: Screening CVI op basis van NHG-standaard varices (2009)

Patiënten met >3mnd oedeem in combinatie met één of meer van de volgende kenmerken:	
Congenitale onset	Ja/Nee
Familiare historie van zwelling	Ja/Nee
Genitale zwelling, systemische betrokkenheid (Intestinale lymfangiëctasie, pleurale effusie, pericardiale effusie, ascites, chylous reflux)	Ja/Nee
Syndromische vormen	Ja/Nee
Recidiverende cellulitis/erysipelas	Ja/Nee
Let op de volgende aan primair lymfoedeem gerelateerde problemen:	
Veneuze insufficiëntie, segmentale hypertrofie, intellectuele beperking (autisme, cognitieve beperking) of dismorfische kenmerken (afwijkende gezichtsstructuren)	
De huidtherapeut kan geen primair lymfoedeem uitsluiten of vaststellen, maar kan de screening gebruiken om bevindingen te rapporteren aan de huisarts.	

Tabel 8: Screening primair lymfoedeem op basis van The VASCERN PPL working group patient pathway for primary and paediatric lymphoedema (Devoogdt et al., 2024)

## Bijlage 8: Opbouw patiëntvoorlichting per behandelfase

De volgende drie tabellen (8-10) bieden een praktisch handvat voor het geven van informatie, instructie en educatie bij CO, gefaseerd per behandelfase. Therapeuten zijn vrij om inhoud en volgorde aan te passen aan individuele patiëntbehoeften en gezondheidsvaardigheden.

Opbouw patiëntenvoorlichting in de initiële behandelfase	
<b>Informatie</b>	
Wat is het?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Wat is CO? Welke soorten zijn er? (primair/secundair/ISL-stadiering)</i></li></ul>
Hoe komt het?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Hoe werkt het lymfesysteem</i></li><li>• <i>Hoe werkt het bloedvatensysteem</i></li><li>• <i>Hoe werken ze samen</i></li><li>• <i>Welke risicofactoren kunnen zorgen voor het ontstaan van CO? / Welke factor heeft gezorgd voor het ontstaan van CO?</i></li></ul>
Wat merk je? (Symptomen, verloop)	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Wat zijn symptomen van CO?</i></li><li>• <i>Wat gebeurt er als de zelfzorg rondom CO niet wordt toepast?</i></li><li>• <i>Wat is de aard en ernst van het CO op dit moment?</i></li><li>• <i>Wat is de prognose?</i></li></ul>
Wat doet de behandelaar? (Behandelfases, CDT-componenten)	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Welke behandelfases zijn er?</i></li><li>• <i>Welke behandelopties zijn er voor CO?</i></li><li>• <i>Wat is het belang van zelfmonitoring en zelfmanagement?</i></li><li>• <i>Waarom is compressie de basis van oedeembehandelingen?</i></li><li>• <i>Welke behandelingen/hulpmiddelen worden vergoed?</i></li></ul>
<b>Instructie</b>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Welke vragenlijst(en) vult u in en hoe moet u deze invullen?</i></li><li>• <i>Wat doen we met de uitkomsten van de vragenlijst(en)?</i></li><li>• <i>Hoe formuleren we een behandelgoal?</i></li><li>• <i>Wat is het behandelvoorstel?</i></li><li>• <i>Zijn er alternatieve behandelvoorstellen?</i></li><li>• <i>Wat kunt u zelf doen?</i></li><li>• <i>Ruimte voor samen beslissen</i></li><li>• <i>Welke reacties kunt u krijgen van de behandeling, en wat moet u dan doen?</i></li><li>• <i>Wat doet u zelf thuis en hoe kunt u dit doen?</i></li><li>• <i>Wat kunt u beter niet doen?</i></li></ul>
<b>Educatie</b>	
	<p>Geef de patiënt inzicht in het eigen gedrag dat positief of negatief bijdraagt aan de klachten. Doe dit bij voorkeur met gesprekstechnieken waarmee de patiënt wordt gestimuleerd tot het zelf komen en uitspreken van deze inzichten. Help de patiënt bij het invoeren van gedrag/gewoonten die positief bijdragen aan de prognose van CO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Waardeer wat lukt aan zelfzorg</i></li><li>• <i>Bespreek bereikte resultaten (zoals omvang afname)</i></li><li>• <i>Maak bespreekbaar wat niet lukt aan zelfmanagement</i></li><li>• <i>Help met het komen tot een passende oplossing</i></li></ul>

Tabel 9: Opbouw patiëntenvoorlichting in de initiële fase

## Opbouw patiëntenvoorlichting in de overgangsfase en tijdens follow-up in de onderhoudsfase

### Informatie

Ga na wat de patiënt nog weet van de informatie die verstrekt is tijdens de initiële behandelfase. Verstrek zo nodig bepaalde informatie opnieuw.

- Waarom is het noodzakelijk om met zelfmanagement CO stabiel te houden?
- Wat is de meerwaarde van compressie?
- Wat is de meerwaarde van beweging?
- Wat is de meerwaarde van hoogleggen van aangedane ledematen?
- Wat is de meerwaarde van een gezond gewicht?
- Wat is de meerwaarde van huidzorg?
- Wat is de meerwaarde van routine?
- Is het erg om een korte periode geen compressie te dragen?
- Is fluctuatie van het oedeem normaal?
- Welke symptomen zijn "normaal" en geen reden tot zorgen?
- Wat zijn de signalen dat het oedeem niet stabiel is?
- Wat is het vervolg? (Bespreek follow-up)

### Instructie

- Hoe kunt u uw klachten (oedeem/ huid/ functioneren) monitoren? (Welke meetinstrumenten/ hoe vaak)
- Hoe kunt u uw klachten stabiel houden? (Met welke zelfmanagement interventies?)
- Hoe kunt u huidschade, infecties voorkomen?
- Wat moet u doen bij huidschade?
- Hoe herkent u, en hoe handelt u bij een infectie?
- Hoe kunt u subjectieve klachten en symptomen van oedeem zoals zwaar gevoel, verhelpen en voorkomen?
- Wat moet u doen wanneer klachten verergeren of instabiel zijn?
- Hoe gebruik- en onderhoud ik mijn compressiehulpmiddel(en)?
- Welke bijwerkingen/reacties kan ik krijgen van de zelfmanagement interventies, en wat kan ik hier zelf aan doen?

### Educatie

Geef de patiënt inzicht in het eigen gedrag dat positief of negatief bijdraagt aan de klachten. Doe dit bij voorkeur met gesprekstechnieken waarmee de patiënt wordt gestimuleerd tot het zelf komen en uitspreken van deze inzichten. Help de patiënt bij het invoeren van gedrag/gewoonten die positief bijdragen aan de prognose van CO:

- Waardeer wat lukt aan zelfzorg
- Bespreek bereikte resultaten (zoals omvang afname)
- Maak bespreekbaar wat niet lukt aan zelfmanagement
- Help met het komen tot een passende oplossing

Bespreek met wie de patiënt contact op kan nemen bij problemen of vragen?

Tabel 10: Opbouw patiëntenvoorlichting in de overgangs- en behandelfase

## Bijlage 9: Basis huidzorgpreparaten

Conditie van de huid	Vorm	Effect	Preparaten, bases
<b>Nat</b>	Zinkoxide in verschillende basispreparaten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indrogend</li> <li>• Verkoelend (i.c.m. water)</li> <li>• Jeukstillend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zinkoxidesmeersel FNA (weke pasta)</li> <li>• Zinkoxide-kalkwaterzalf FNA (ZOK-zalf; weke pasta)</li> </ul>
	Water of oplossing in vochtige omslag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indrogend</li> <li>• Verkoelend</li> <li>• Jeukstillend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Water of fysiologische zoutoplossing</li> </ul>
	Crème	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzachtend</li> <li>• Beschermend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cetomacrogol crème FNA</li> <li>• Lanette crème I/II FNA</li> </ul>
<b>Neutraal (niet nat, niet droog)</b>	Crème (olie/water)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzachtend</li> <li>• Beschermend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cetomacrogol crème FNA</li> <li>• Lanette crème I/II FNA</li> </ul>
<b>Droog</b>	Vette crème (olie/water)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydraterend</li> <li>• Verzachtend</li> <li>• Beschermend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaselinecetomacrogolcrème FNA</li> <li>• Vaseline-Lanette crème FNA</li> <li>• Cetomacrogolcrème met vaseline (10/20%) FNA</li> <li>• Lanette crème met vaseline (10/20%) FNA</li> </ul>
	Zalf (water/olie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydraterend</li> <li>• Verzachtend</li> <li>• Beschermend</li> <li>• Verkoelend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koelzalf FNA</li> <li>• Waterhoudende zalf FNA</li> </ul>
<b>Zeer droog</b>	Vette crème	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterk hydraterend</li> <li>• Verzachtend</li> <li>• Beschermend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cetomacrogolcrème met 50% vaseline FNA</li> <li>• Lanette crème met 50% vaseline FNA</li> </ul>
	Vette zalf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterk hydraterend</li> <li>• Verzachtend</li> <li>• Beschermend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cetomacrogolzalf FNA</li> <li>• Lanette zalf FNA</li> <li>• Vaselineparaffine zalf FNA</li> </ul>

Tabel 11: Basispreparaten: toepassing en effect bij verschillende huidcondities (overgenomen uit farmaceutisch kompas, indifferente middelen)

## Bijlage 10: Verwijscriteria

<b>Dermatoloog/ fleboloog:</b>	Onbegrepen, therapieresistent oedeem, vermoeden veneuze pathologie, huidinfecties, vermoede van (pre)maligne afwijkingen, aanvraag, vermoede primair lymfoedeem (voor doorverwijzing expertisecentrum)
<b>Diëtist:</b>	BMI >27
<b>Ergotherapeut:</b>	Moeite aan- uittrekken compressiematerialen, verminderde zelfredzaamheid, participatieproblemen, disbalans belasting/belastbaarheid
<b>Fysiotherapeut:</b>	Beperkte mobiliteit, bewegingsangst, stagnerend effect conservatieve therapie
<b>Logopedist:</b>	Bij hoofd-/hals oedeem waarbij zwelling van de tong zorgt voor slik-, stem-, articuleer-, of ademhalingsproblemen
<b>Oncoloog:</b>	Nieuwe/progressieve zwelling na oncologisch ingreep
<b>Orthopeed:</b>	Recidiverende drukulcera, standsafwijkingen (op indicatie van revalidatiearts).
<b>(Medisch) Pedicure:</b>	Verhoogt infectierisico, recidiverende huidklachten zoals likdoorns of eeltvorming en beperking in zelfzorg.
<b>Podotherapeut/ podoloog:</b>	Voetproblemen zoals drukplekken, standsafwijkingen en voetulcera. (Ben vooral alert bij diabetes)
<b>Psycholoog:</b>	Psychosociale problematiek of (dreigende) sociale isolatie
<b>Revalidatiearts:</b>	Ernstige functionele beperkingen, aanhoudende vermoeidheidsklachten of beperkte conditie na intensief medisch traject (bijvoorbeeld na oncologisch traject), wanneer orthopedisch schoeisel wenselijk is.
<b>Seksuoloog:</b>	Seksuele klachten, impact oedeem op seksualiteit
<b>Thuiszorg/ wijkverpleging:</b>	Beperkte zelfredzaamheid, ondersteuning complexe wondzorg en het niet zelfstandig kunnen aan- of uittrekken van TEK
<b>Vaatchirurg:</b>	Vermoeden arteriële pathologie of persisterende ulcera.
<b>Wondteam:</b>	Complexe (recidiverende) wonden

*NOOT: alleen artsen zijn bevoegd om patiënten te verwijzen naar een andere discipline. Verwijzing kan daarom alleen plaatsvinden door de verwijzer (bijv. specialist, PA, VPS) of de huisarts van de patiënt, tenzij de discipline directe toegankelijkheid heeft.*

## Bijlage 11: Opstellen conclusie en behandelplan

### HANDVATTEN VOOR DE CONCLUSIE

Gebruik de onderstaande vragen als leidraad bij het formuleren van de conclusie van het huidtherapeutisch onderzoek.

#### 1. Huidtherapeutische diagnose

- Wat is de huidtherapeutische diagnose?

*Komt deze overeen met de gestelde diagnose? Rapporteer afwijkende bevindingen aan de verwijzer.*

#### 2. Aanvullend onderzoek

- Welk aanvullend medisch/diagnostisch onderzoek is wenselijk?
- Welk aanvullend huidtherapeutisch onderzoek is wenselijk?

*Bijv. bij nevenpathologieën zoals pijn, littekens, wonden, eczeem, oncologische huidklachten etc.*

#### 3. Interdisciplinaire samenwerking

- Welke interdisciplinaire samenwerking is wenselijk?

#### 4. Gezondheidsvaardigheden

- Is er sprake van verlaagde gezondheidsvaardigheid?

*Hoe wordt patiëntvoorlichting hierop afgestemd?*

#### 5. Risicoprofiel

- Wat is het risicoprofiel?

*Welke factoren en kenmerken hebben een negatief effect op de ernst of prognose? Bijv.: overgewicht, laag activiteitsniveau, recidiverende wonden, mentale klachten etc.*

#### 6. Behandelkeuzes

- Uit welke modaliteiten bestaat de meest doelmatige behandeling op basis van de analyse?
- Wordt van de meest doelmatige behandeling afgeweken op basis van patiëntvoorkeuren (samen beslissen)? Zo ja, hoe is dit verantwoord?

#### 7. Evaluatie en planning

- Hoe wordt de voortgang geëvalueerd?

*Welke evaluatiemomenten en meetinstrumenten/PROMs worden ingezet?*

- Wat is de geplande behandelduur?
- Wat is de geplande follow-up?

### BEHANDELPLAN

#### Behandeldoelen

- Hoofd behandeldoel *omschrijf het geplande behandelhoofddoel*
- Subdoel(en) *omschrijf de geplande behandelsubdoelen*

#### Onderzoek en verwijzing

- Aanvullend medisch/  
diagnostisch onderzoek (arts): *indien van toepassing*
- Aanvullend huidtherapeutisch  
onderzoek: *indien van toepassing*

#### Risico en contextfactoren

- Risicoprofiel *beschrijf relevante risicofactoren*
- Belemmerende factoren
- Bevorderende factoren

#### Patiëntperspectief

- 3 belangrijkste klachten/  
Bepalingen/problemen *vanuit het perspectief van de patiënt*

- Patiënt-specifieke
- Behandeldoelen en subdoelen

## **REDUCTIE- EN OVERGANGSFASE**

### **Algemene behandeldoelen reductiefase**

- *De patiënt basiskennis verschaffen over wat oedeem is, de oorzaak en de behandeling.*
- *Maximale oedeemreductie en verbetering van huidconditie.*

### **Algemene behandeldoelen overgangsfase**

- *De patiënt kan zelf, of met hulp, de behaalde resultaten stabiel houden.*
- *De patiënt weet welke factoren positieve of negatieve invloed hebben op het oedeem.*
- *De patiënt kan een infectie herkennen en weet hoe dit te voorkomen (incl. basishuidzorg en basis huidassessment).*

### **Geplande verrichtingen, incl. geplande hulpmiddelen**

- CDT-interventies: *bijv. ACT, TEK, ACD etc.*
- Zelfmanagement/ hulpmiddelen: *bijv. zelf zwachtelen, algemene of specifieke huidzorg*
- Leefstijl: *bijv. gewichtsafname of meer bewegen*
- Informele zorg: *bijv. mantelzorg/partner/buurvrouw*
- Additieve interventies: *bijv. MLD, mobiliserende technieken, wondzorg, specifieke huidzorg, pijneducatie etc.*
- Geplande behandelduur: *schatting duur initiële fase en overgangsfase*

## **CONSOLIDATIEFASE**

### **Algemene behandeldoelen consolidatiefase**

- *De patiënt kan zelf, of met hulp, klachten monitoren en weet wanneer professionele hulp nodig is.*
- *De patiënt past zelf of met hulp blijvend zelfmanagement toe.*
- *De behandelaar evalueert minimaal 1x per jaar de klachten en de hulpmiddelen van de patiënt.*

### **Interventies:**

- CDT-interventies: *bijv. ACT, TEK, ACD etc.*
- Zelfmanagement/ hulpmiddelen: *bijv. zelf zwachtelen, algemene of specifieke huidzorg*
- Leefstijl: *bijv. gewichtsafname of meer bewegen*
- Informele zorg: *bijv. mantelzorg/partner/buurvrouw*
- Additieve interventies: *bijv. MLD, mobiliserende technieken, wondzorg, specifieke huidzorg, pijneducatie etc.*
- Geplande follow-up: *bijv. 1x per 6mnd of 1x per 12 mnd*

### **Overige behandelafspraken**

- Interdisciplinaire samenwerking: *bijv. fysio-/ergotherapie, wondconsulent of thuiszorg*
- Evaluatiemethoden: *meetinstrumenten en PROMs*
- Stepped Care: *omschrijf waarom en hoe zorg is opgeschaald of afgeschaald*

### **Toestemming patiënt**

*De patiënt heeft ingestemd met het behandelplan en geeft toestemming voor gegevensuitwisseling met betrokken zorgverleners. Vastgelegd conform de geldende privacywetgeving (AVG/WGBO).*

- Instemming met behandelplan: *datum en wijze van vastlegging*
- Toestemming gegevensuitwisseling: *datum, betrokken partijen en wijze van vastlegging*

## **Bijlage 12: Beschikbare vragenlijsten**

### **CO/Lymfoedeem**

- Lymf-ICF BL (Devoogdt, 2011; Revisie door De Vrieze, 2019)
- Lymf-ICF OL (Devoogdt, 2014)
- LYMQOL (arm/leg) (Keeley, 2010)
- LLIS (Lymph-Life-Impact-Scale) V2 (Weiss, 2016)
- ULL (Upper-Limb-Lymphedema) 27 (Launois, 2002; vertaald door Viehoff, 2008)
- LSIDS (Lymphedema Symptom Intensity and Distress Survey – Trucal and Heas and Neck, V2 V2.0 (Ridner et al. 2021)

### **Huidaandoeningen**

- DLQI (Dermatology Life Quality Index) (Finlay, & Khan, 1994).
- PRIDD (Patient-Reported Impact of Dermatological Diseases) (Pattinson et al., 2024)
- SKINDEX (Chren, 2012)

### **Generiek/leefstijl**

- PH22 (Positive Health 22) (Nahar- van Venrooij et al., 2025)
- LAST-meter (Roth et al., 1998; vertaald door: Bannink et al., 2004; gevalideerde door: Tuinman et al., 2008)
- CPHQ (Context-Specific Positive Health Questionnaire) V2.0 (Doornenbal et al., 2022)
- Leefstijlcheck (Arts & Leefstijl)

### **Overig**

- DASH (gericht op functie van schouder/arm) (Beaton et al., 2001)
- Vilalta-score (bij post trombotisch syndroom) (Soosainathan et al., 2013; gevalideerd door Ng et al., 2022)
- Copingstijlen test (Schreurs et al., 2023)
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (bij angst en depressie) (Zigmond et al., 1983, 1992, 1994; vertaald door Pauwer et al., 1997)
- Tampa-schaal (bij kinesiofobie) (Miller et al., 1991; vertaald door Vlaejen et al, 1995)

## **Bijlage 13: Aanvullend medisch diagnostisch onderzoek**

Diagnoses bij CO (lymfoedeem volgens Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) wordt gesteld door een arts op basis van anamnese en klinisch onderzoek. Bij patiënten met CO waar (nog) geen diagnose is gesteld, kan de huidtherapeut de (huis)arts voorzien van een rapportage met huidtherapeutische bevindingen om ervoor te zorgen dat er een doorverwijzing naar de medisch specialist kan plaatsvinden om een diagnose te kunnen stellen.

### **Aanvullend onderzoek**

Vaak kan op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek al een diagnose worden gesteld door de behandelend arts gesteld.

In sommige gevallen is echter aanvullend onderzoek noodzakelijk om duidelijkheid te scheppen, hierbij kan men denken aan:

### **Lymfscintigrafie**

Lymfscintigrafie is de meest gebruikte techniek om oedeem te diagnosticeren en de ernst ervan in te schatten. Een radioactieve tracer wordt intradermaal in de voet of de hand gebracht. Dit wordt gevolgd door de beeldvormingstechniek, die inzicht geeft in de kwaliteit van het lymfesysteem en de hoeveelheid opgenomen tracervloeistof in de lymfeklieren. Men kan vervolgens deze waardes contralateraal met elkaar vergelijken. De uitkomst van de lymfscintigrafie komt niet altijd overeen met het klinische beeld.

### **Lymfofluoroscopie**

Near infrared flurorescent imaging (NIRFLI) is een techniek waarbij een fluorescent product wordt geïnjecteerd, bijvoorbeeld indocyanine groen (ICG). Met deze visualisatietechniek kan de behandelaar het oppervlakkige lymfestelsel in kaart brengen.

### **Echografie**

Echografie is een eenvoudige, niet invasieve techniek. Hiermee kan de behandelaar vergrote/abnormale lymfeklieren in beeld brengen of abdominale massa's die de lymfeflow belemmeren. Daarnaast kan met echografie de veneuze status worden beoordeeld.

### **MRI-scan, CT-scan**

Deze beeldvormige technieken kunnen nuttig zijn bij het in kaart brengen van lymfeklieren, opsporing van afwijkingen en visualisatie van vasculaire malformaties. Oorzaken van lymfatische obstructie. Met MRI of CT kunnen de verschillende lagen van de huid en onderhuids weefsel in kaart worden gebracht.

### **Duplex echografie**

Duplex echografie wordt ingezet bij het in kaart brengen van het veneuze stelsel. De behandelaar kan het gebruiken om de functie van de kleppen te beoordelen en diep veneuze trombose (DVT) of Post Trombotisch Syndroom (PTS) als oorzaak van het oedeem uit te sluiten.

### **Genetisch onderzoek**

Genetisch onderzoek kan worden ingezet bij mensen met congenitale en familiale lymfoedemen om onderliggende genen en hereditaire syndromen te identificeren.

## Bijlage 14: Hulpmiddelen voor leefstijlinterventies

Leefstijlmodule	Handige bronnen
<i>Algemeen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">NHG praktijkhandleiding leefstijl overzicht</a></li> <li>• <a href="#">Leefstijlroer</a></li> <li>• <a href="#">Beter gezond – leefstijlzorg als structureel onderdeel van de zorg</a></li> <li>• <a href="#">Zorginstituut Nederland – gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)</a></li> <li>• <a href="#">Gezond leven   Thuisarts</a></li> <li>• <a href="#">Gesprekstools - Institute for Positive Health</a></li> <li>• <a href="#">Leefstijlcheck   Vereniging Arts en Leefstijl</a></li> <li>• <a href="#">Zakkaartjes Leefstijl   Vereniging Arts en Leefstijl</a></li> <li>• <a href="#">Leefstijl Quickscan (BRAVO) – de Healthy Crew</a></li> <li>• <a href="#">Kennisbundel: Wetenschappelijk bewijs Leefstijlgeneeskunde – Coalitie Leefstijl in de Zorg</a></li> </ul>
<i>Dieet en voeding</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">NHG praktijkhandleiding – voeding</a></li> <li>• <a href="#">Richtlijnen goede voeding: eiwitbronnen en voedingspatronen 2025   Gezondheidsraad</a></li> <li>• <a href="#">Thuisarts – ik wil gezond eten</a></li> <li>• <a href="#">Voedingscentrum – schijf van vijf</a></li> <li>• <a href="#">DAVO allergiediëtist</a></li> </ul>
<i>Voedingssupplementen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Voedingscentrum – voedingssupplementen</a></li> <li>• <a href="#">Krijg ik genoeg vitamines binnen?   Thuisarts</a></li> </ul>
<i>Alcohol en roken</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">NHG praktijkhandleiding – alcohol</a></li> <li>• <a href="#">Thuisarts – alcohol</a></li> <li>• <a href="#">NHG praktijkhandleiding- roken</a></li> <li>• <a href="#">Thuisarts – stoppen met roken</a></li> <li>• <a href="#">Trimbos Instituut – Very brief Advice+</a></li> </ul>
<i>Stress</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">NHG praktijkhandleiding – chronische stress</a></li> <li>• <a href="#">Thuisarts – ik wil beter omgaan met stress</a></li> <li>• <a href="#">Leefstijlcoalitie – verwijkskaart Natuur en je gezondheid</a></li> </ul>
<i>Bewegen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">NHG praktijkhandleiding – bewegen</a></li> <li>• <a href="#">Thuisarts – ik wil gezond bewegen</a></li> <li>• <a href="#">Kenniscentrum Sport &amp; Bewegen – beweegcirkel</a></li> <li>• <a href="#">Kenniscentrum Sport &amp; Bewegen – bewust bewegen met chronische aandoeningen</a></li> </ul>
<i>Slaap</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Overzicht van aanbevelingen – Gezonde slaap en slaapproblemen   Richtlijnen Langdurige Zorg</a></li> </ul>
<i>Psychosociaal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Kwaliteitsstandaard psychosociale zorg bij somatische ziekte (2019)</a></li> <li>• <a href="#">Rapport Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen.</a></li> </ul>
<i>Seksualiteit</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Gesprekstools - Institute for Positive Health</a></li> </ul>

Tabel ... Bestaande hulpmiddelen voor leefstijl, voor patiënten en zorgverleners, aangepast overgenomen uit de NVDV richtlijn Psoriasis en Eczeem, onderdeel Leefstijl

© 2026 NVH

Alle rechten voorbehouden Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk of kopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten te Utrecht (NL).

NVH

Orteliuslaan 750 | 3528 BB UTRECHT

035 542 75 52

[info@huidtherapie.nl](mailto:info@huidtherapie.nl)

[www.huidtherapie.nl](http://www.huidtherapie.nl)



Nederlandse  
Vereniging van  
**Huidtherapeuten**

