

Deel 2 - Verkorting doorstroomtijd = Verbetering patiëntenzorg

STROOM-project Diabetische Voet

In EADV-Magazine 02/3 is beschreven dat de organisatie van de zorg aan diabetespatiënten veel beter kan. Daardoor worden patiënten beter en sneller geholpen. Het opzetten van een multidisciplinaire voetpoli is daarvoor een goed middel. Verkorting van de doorstroomtijd leidt tot snellere genezing van de voetulcera, minder amputaties en verkorting van het aantal ligdagen.

Op deze manier heeft men onder andere in 's-Hertogenbosch, Almelo, Heemstede en Sittard goede resultaten behaald. We weten dus hoe de zorg aan voetpatiënten anders zou kunnen. Er blijkt echter een groot gat te zitten tussen de beschikbare kennis en de praktijk. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is daarom in 2001 gestart met het STROOM-project Diabetische Voet met als doel de zorg voor diabetespatiënten met voetproblemen te verbeteren. STROOM is een samenwerkingsproject van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. Het STROOM-project wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS. Deelnemers betalen daarnaast een eigen bijdrage.

In het eerste deel van het artikel (*EADV-Magazine 02/3, september 2002, pagina 116 en 117*) is gesproken over de deelnemers aan het STROOM-project, de DOORBRAAK-methode en de resultaten. Dit tweede en laatste deel van het artikel gaat in op de rol van een multidisciplinaire voetpoli, de taak van een diabetesverpleegkundige, de organisatie van een 'best practice' van een voetpoli en de mogelijke knelpunten bij de realisering van zo'n poli.

Rol multidisciplinaire voetpoli

1. Behandeling van voetcomplicaties, zoals ulcera, infecties en ernstige voetdeformiteiten.
2. Preventie van complicaties en uiteindelijk amputaties. Dit houdt in het opsporen van risicofactoren die kunnen leiden tot ulcera en het behandelen ervan.
3. Voorlichting aan patiënten en (para)medische werkers.

Taak diabetesverpleegkundige

De diabetesverpleegkundige heeft een belangrijke taak bij de voorlichting en behandeling van diabetespatiënten en fungeert als 'spin in het web'. Aangezien de meeste diabetespatiënten bij de huisarts onder controle zijn (75%), heeft de diabetesverpleegkundige een transmurale taak: de jaarlijkse voetcontrole, educatie en een adequate glucose-instelling in samenwerking met de huisarts. Intramuraal heeft de diabetesverpleegkundige een belangrijke taak bij

de behandeling van complicaties en bij de preventieve zorg. Tevens kan de diabetesverpleegkundige zorgen voor adequate doorverwijzing naar andere professionals zoals pedicure, podotherapeut en internist. Regionaal is het van belang dat de professionals onderling afspraken maken over deze doorverwijzing.

Opzet 'Best Practice'

Een best practice is een voorbeeld van een praktijk waar goede patiëntenzorg wordt geleverd. Bij de behandeling van diabetische-voetpatiënten is aangetoond dat er aanzienlijke verbeteringen kunnen worden bereikt als er de behandeling multidisciplinair wordt opgezet. Hoe de organisatie van zo'n multidisciplinaire voetpoli het best kan worden vormgegeven, wordt hieronder beschreven. Een multidisciplinair team in een ziekenhuis is soms een vreemde, maar een noodzakelijke eend in de bijt. Voor het goed behandelen van voetproblemen bij diabetespatiënten is het beslist noodzakelijk.

Best Practice diabetische voetenpolikliniek

Organisatie

- Er is één centraal meldpunt voor voetproblemen.
- Ulcerapatiënten worden binnen één week gezien op de voetpoli.
- De voetpoli is multidisciplinair samengesteld.
- Een multidisciplinair team bestaat in ieder geval uit een podotherapeut en een medisch specialist.
- De volgende disciplines zijn mogelijk betrokken bij de voetpoli: internist, diabetesverpleegkundige, podotherapeut, voetverzorger met diabetesaantekening, revalidatie-arts, orthopedisch chirurg, vaatchirurg, orthopedisch schoenmaker en gipsverbandmeester.
- Eén specialist is verantwoordelijk voor de voetpoli. Anderen kunnen in consult geroepen worden.
- Er is een aparte statusvoering voor patiënten die op voetpoli verschijnen.
- Naast curatie is er ook aandacht voor preventie. De diabetesverpleegkundige heeft hierin een belangrijke taak.
- Gebruik richtlijnen diabetische voet NDF/CBO (1998).
- Gebruik NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2 door huisartsen.
- De directie heeft positieve visie op multidisciplinaire activiteiten.
- Er zijn geen (financiële) belemmeringen voor patiënten om diensten van voetpoli af te nemen.
- Huisartsen zijn op de hoogte van indicatie voor voetpoli en worden regelmatig geïnformeerd.

J.A. Fossen is adviseur bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO te Utrecht.

P.M. Netten is internist in het Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch.

A.H.M. van Haarlem is diabetesverpleegkundige in het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

J. van Baal is vaatchirurg in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo.

- Transmuraal diabetesverpleegkundigen zijn werkzaam in de regio.

Mogelijke knelpunten bij het opstarten van een diabetische voetenpoli

Financiering podotherapeut

De podotherapeut is een paramedicus die zich gespecialiseerd heeft in voetproblemen. Deze heeft een centrale rol in het voetenteam, zowel bij de behandeling als bij de preventie van de diabetische voet. Zorgverzekeraars blijken meestal maar een deel van de behandeling te vergoeden en soms is er ook een maximum gesteld aan de totale vergoeding. Dit heeft als consequentie dat een deel van de patiënten niet verschijnt bij de podotherapeut, of dat de podotherapeut de frequentie van de bezoeken verlaagt om de kosten voor de patiënten acceptabel te houden. Op deze wijze worden concessies gedaan aan de ideale behandeling. Dit heeft invloed op de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Een oplossing hiervoor is dat de directie van het ziekenhuis in overleg treedt met de zorgverzekeraar. Als aangevoerd kan worden dat door een andere organisatie er minder complicaties optreden waardoor er minder wonden, amputaties en ligdagen noodzakelijk zijn, is de kans groter dat de kosten voor de podotherapeut worden vergoed.

Ook kan het ziekenhuis besluiten dat patiënten geen eigen bijdrage hoeven te betalen. De inkomsten die de podotherapeut hiermee misloopt, worden door het ziekenhuis vergoed. Dit kan tijdelijk door zorgvernieuwingsgelden hiervoor aan te wenden.

Een andere oplossing is om de educatie en voorlichting aan diabetespatiënten zodanig goed op te zetten, dat alle diabetespatiënten ervan doordrongen raken dat de (preventieve) behandelingen bij de podotherapeut en diabetesverpleegkundige van groot belang zijn om complicaties te voorkomen. Dat stimuleert patiënten wellicht om toch de eigen bijdrage te betalen.

Tot slot willen we niet onvermeld laten dat de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie activiteiten onderneemt om de podotherapie in het basispakket te krijgen. Dat zou betekenen dat de behandeling vergoed wordt, als patiënten aanvullend verzekerd zijn. In de praktijk zijn de meeste patiënten dat.

Financiering specialisten: wie declareert?

In het ziekenhuis moeten goede afspraken gemaakt worden over de declaraties bij multidisciplinaire activiteiten. Het is in sommige ziekenhuizen lastig om specialisten te motiveren mee te doen met het multidisciplinaire spreekuur, omdat het financieel niet aantrekkelijk is.

Verschillende ziekenhuizen hebben een multidisciplinair voetensprek uur. Hier wordt door een podotherapeut het voetprobleem protocollair in kaart gebracht wordt, samen met een specialist. Voor een specifiek probleem is op afroep een andere specialist beschikbaar, die alle relevante gegevens op een presenteerblaadje krijgt aangereikt. Deze specialist hoeft dan alleen een advies te geven, of neemt de behandeling (tijdelijk) over. Op deze manier wordt er efficiënt omgegaan met ieders tijd, ten voordele van de patiënt. Het is uiteraard wel van belang dat een consulterend specialist rekening houdt met consulten op afroep. Dit kan bijvoorbeeld door enige ruimte in zijn spreekuur in te bouwen om te kunnen participeren in het voetenteam. Voor een consult ontvangen zij uiteraard een vergoeding.

Ruimte

Ziekenhuizen zijn nog niet altijd gewend aan multidisciplinaire behandelteams. Dit heeft als consequentie dat de voorwaarden waaronder de zorg aan diabetes mellitus patiënten gegeven moet worden, niet altijd optimaal zijn. Vaak is er geen geschikte ruimte voor de voetenpoli en onvoldoende budget voor de noodzakelijke apparatuur.

Hiervoor is in feite maar één oplossing: als de directie dit initiatief steunt, zal de directie ook de voorwaarden moeten creëren om de zorg aan de diabetespatiënten te leveren. Dit betekent dat er voor een geschikte ruimte gezorgd moet worden en dat er een budget is voor de noodzakelijke apparatuur. Wellicht dat hier ook aanspraak gemaakt kan worden op zorgvernieuwingsgelden.

Hoe kom je aan zorgvernieuwingsgelden?

Om aanspraak te kunnen maken op gelden voor zorgvernieuwing moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Het STROOM-project:

- verhoogt de productie,
- verkort de doorlooptijd van de patiënt,
- vervangt duurdere vormen van zorg,
- is vernieuwend.

Het is van belang dat de directie en de zorgverzekeraar met elkaar in gesprek gaan hierover en afspraken maken. Van belang daarbij is dat de directie over cijfermateriaal beschikt dat de aanvraag kan onderbouwen. Het moet voor de zorgverzekeraar duidelijk zijn dat er verbeteringen kunnen worden gerealiseerd. Dat hoeven geen cijfers te zijn van het eigen ziekenhuis, ook voorbeelden van andere ziekenhuizen kunnen overtuigend zijn. Verder is van belang dat de directie zich niet beperkt tot het eigen zorgproces, maar breder kijkt. Zowel waar de patiënt binnenkomt, als op welke wijze deze het ziekenhuis weer verlaat zou onderdeel moeten zijn van het zorgvernieuwingsproject.

Toekomst

Er zal een tweede STROOM-project van start gaan. In het huidige STROOM-project konden deelnemers kiezen tussen diabetische voet- of knieklachten. In het tweede STROOM-project willen we de keus voor het onderwerp overlaten aan de ziekenhuizen. Dit betekent dat belangstellenden zelf een zorgproces kunnen kiezen. Het uitgangspunt daarbij blijft dat we in het project streven naar een kwalitatief goede behandeling, waarbij de patiënt zo min mogelijk naar het ziekenhuis hoeft te komen en zo kort mogelijk in het ziekenhuis verblijft. Professionele en organisatorische principes worden op deze wijze geïntegreerd.

Ziekenhuizen die belangstelling hebben voor de tweede ronde kunnen zich hiervoor aanmelden. ■

Correspondentieadres

J.A. Fossen

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

postbus 20064

3502 LB Utrecht

e-mail j.fossen@cbo.nl