

Wordt de diabetische voet onder de voet gelopen?

Auteur: R. van der Most
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1999
Pagina: 13-14
Jaargang: 12
Nummer: 3
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: diabetische voet consensus
Literatuur:

Ron van der Most in gesprek met dr. N.C. Schaper, internist, Medisch Universitair Centrum Maastricht, Lid van de editorial board of the International Working Group on the Diabetic Foot. In mei van dit jaar is met succes de International Consensus on the Diabetic Foot gelanceerd. Dat gebeurde op een internationaal congres dat in Noordwijkerhout werd gehouden. Nederland was het organiserende land en Nederlandse diabetologen zijn vooral de voortrekkers geweest van dit project. Het zou erop kunnen duiden dat Nederland op goede voet staat met de diabetische voet en diens gevolge een leidende rol in de wereld speelt. Of dit waar is en of Nederland in staat is om in de toekomst de diabetische voet (letterlijk) te behouden, vraag ik aan dr. N.C. Schaper, internist in het MUCM en wetenschappelijk secretaris van de editorial board van de International Consensus on the Diabetic Foot.

Opmaken van de rekening

In Nederland lijkt het erop dat wij veel op het gebied van de preventie en behandeling van de diabetische voet bereikt hebben, maar daarbij zijn toch wel een paar kanttekeningen te maken. In de eerste plaats wordt de interesse in het onderwerp vooral gedragen door een klein clubje enthousiaste ziekenhuisspecialisten. Hoewel er wel meer belangstelling komt, wat blijkt uit het groeiend aantal voetenpoli's, blijft de diabetische voet letterlijk een laag bij de grond fenomeen. Voor een medisch specialist heeft het niet de heroïek van een ingewikkeld probleem waarvoor complexe diagnostiek of therapie nodig is en voor de huisarts is het een onderwerp waarmee deze weinig ervaring heeft. Het hangt meer van de persoonlijke interesse van een specialist af of er in bepaalde regio's aparte voorzieningen voor diabetes patiënten met voetproblemen worden getroffen, coördinatie tussen ziekenhuizen onderling en met de huisartsen ontbreekt vaak.

In de tweede plaats staan het huidige financiële beleid uit Den Haag en de opstelling van de ziektenkostenverzekeraars verdere ontwikkelingen op dit gebied in de weg. Hoewel het paradoxaal klinkt, kost het sparen van een voet de zorgverzekeraars meer dan een amputatie. Immers, een voetulcus zal vaak recidiveren, ondanks optimale behandeling en de patiënt moet meestal levenslang intensief vervolgd worden. Wordt een voet echter geamputeerd en

verdwijnt de patiënt in een verzorgingstehuis, dan valt de patiënt onder de AWBZ en zijn er geen kosten meer voor de zorgverzekeraar. Het argument dat wij door een pakket van (nieuwe) maatregelen het aantal amputaties kunnen halveren was daarom in het verleden weinig overtuigend voor de zorgverzekeraar met wie wij onderhandelden. Het is natuurlijk belachelijk, want vanuit macro-economisch perspectief hebben voldoende studies aangetoond dat amputatie wel degelijk duurder is dan intensieve zorg met behoud van het been, afgezien van het leed dat de patiënt moet ondervinden. Daarnaast als het ene been eraf is zal vaak het andere in afzienbare tijd volgen.

In de derde plaats vraagt de diabetische voet om een multidisciplinaire benadering, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Bij de behandeling zijn vele verschillende specialismen gemoeid, zoals internist, podotherapeut, gipsmeester, vaatchirurg, orthopeed, revalidatie arts, orthopedisch schoenmaker, etc. Meestal wordt onder multidisciplinair verstaan dat er heldere afspraken bestaan over verwijzingen en behandelingsprotocollen. Voor mij is dat een eerste stap naar een meer interdisciplinaire samenwerking. Hierbij komen verschillende specialismen tot een behandelingsplan tijdens bijvoorbeeld een gezamenlijk spreekuur of zaalbezoek. Uit ervaring weet ik dat een dergelijke aanpak niet alleen het aantal complicaties van 50 tot 80% doet afnemen, maar ook dat je van elkaar leert en meer inzicht krijgt in hetgeen de vaatchirurg vermag of de orthopeed voor mogelijk houdt. Het beleidsplan wordt helderder omdat de lijnen kort zijn. Echter, door de huidige beknibbing op het ziekenhuisbudget dreigt een dergelijke interdisciplinaire aanpak een utopie te worden. Daarnaast legt het feit dat de opnameduur steeds korter wordt, een extra claim op de polikliniek. Onze wachttijden lopen op en we zijn zelfs bang dat wij binnenkort geen nieuwe patiënten meer kunnen behandelen."

Disease management

Het gaat dus niet zo goed met de diabetische voet in Nederland!

"Ik denk dat wanneer wij op deze wijze doorgaan het niet goed afloopt. We zullen duidelijk een andere koers moeten varen. De diabetische voet leent zich bij uitstek voor disease management. Disease management betreft de gestructureerde en geïntegreerde aanpak van een ziekte of gezondheidsprobleem. Aangezien we door de vergrijzing steeds meer met suikerziekte te maken zullen krijgen en we niet mogen verwachten dat er meer geld beschikbaar komt (eerder minder), zullen wij moeten proberen méér te doen met dezelfde middelen. Hierbij denken we vooral aan zowel horizontale als verticale substitutie van de zorg. Recent hebben we in Maastricht aangetoond dat bij insuline behandelde patiënten een huisarts in combinatie met een diabetesverpleegkundige met goed resultaat de behandeling kan overnemen. De volgende stap is dat bij de behandeling van een patiënt met voetproblemen paramedici een centralere rol krijgen. Wij denken hierbij aan een team bestaande uit een diabetesverpleegkundige, podotherapeut, schoenmaker en gipsmeester. Bij een actief voetprobleem is één medisch specialist de vaste coördinator, is een stabiele situatie ontstaan dan krijgt de huisarts meer de medische verantwoordelijkheid. Nu is het zo dat een patiënt soms wel drie of vier keer per week naar het ziekenhuis moet komen. Door op één locatie te werken waar zowel diagnostiek als behandeling plaatsvindt kan je deze belasting voor de patiënt sterk beperken. Van het transmurale diabetesproject hebben we een aantal dingen geleerd: deze manier van werken levert een grotere doelmatigheid op -kwaliteit in

relatie tot de kosten- en damt de patiëntenstroom naar een specialist in.

Aan de andere kant is duidelijk geworden dat huisartsen onvoldoende technisch zijn toegerust om bij de diabetische voet in diagnostische zin een belangrijke rol te spelen. Ook ontbreekt de tijd vaak. Een diabetesverpleegkundige kan de huisarts hierbij ondersteunen. Zo'n verpleegkundige kan strikt geprotocolleerd werken en is gewend aandacht aan educatie te schenken. Uit meerdere onderzoeken weten we dat adequate educatie essentieel is voor de preventie van voetproblemen. Uiteindelijk is het de bedoeling van disease management om het gezondheidsprobleem in casu diabetes breed aan te pakken, waarbij alle instanties en deskundigen zullen worden betrokken. Dat betekent ook de preventie, de revalidatie, de arbeidsongeschiktheid, de andere zorgaanbieders en ziektenkostenverzekeraars. Door die geïntegreerde aanpak zijn meerdere partijen verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en de doelmatigheid van het te besteden geld. Wanneer wij de zorg van de diabetische voet voortaan op deze manier aanpakken, dan ben ik ervan overtuigd dat de hoge standaard die wij in Nederland hebben bereikt, ook kan blijven gehandhaafd. Natuurlijk is dit maar één van de mogelijke oplossingen. Het aantal patiënten met ernstige voetproblemen zal de komende jaren echter stijgen en ook de behandelingsmogelijkheden nemen toe, waardoor de druk op de gezondheidszorg sterk toeneemt. We zullen daarom oplossingen moeten bedenken om de gezondheidszorg betaalbaar te houden zonder teveel benen te verliezen."

Het effect van dergelijk disease management is dat de zorg voor een diabetespatiënt met een voetprobleem vereenvoudigd wordt, meer gebruik gemaakt wordt van de expertise van paramedici en de huisarts meer betrokken wordt. Juist deze paramedici zullen vaak de schakel zijn tussen huisarts en specialist, wie medisch eindverantwoordelijk is hangt af van de ernst van het probleem. Wanneer je dit zo opschrijft is het bijna te mooi om waar te zijn en je vraagt je af of het er in de praktijk ooit van zal komen. Misschien dat wij in de toekomst de 'International consensus on the disease management of the diabetic foot' kunnen verwachten.

Ron van der Most