

INTEGRALE AANPAK MAAKT MEDISCHE BEHANDELING BETER, SNELLER EN GOEDKOPER. RESULTATEN. EÉN JAAR DIABETISCHE VOETPOLIKLINIEK MEDICENTRUM

C.M.F. Smulders, P.M. Netten*

Een geïntegreerde aanpak van het totale zorgproces, leidt tot een doelmatige, efficiëntere en kwalitatief betere medische behandeling. Het Bosch Medicentrum (BMC) realiseerde in het eerste jaar 'diabetische voeten-polikliniek' een reductie van 40% in het aantal amputaties bij diabetes patiënten met een voetulcus.

Er zitten veel schakels tussen het moment dat een patiënt naar zijn huisarts gaat en de volledige afronding van een medische behandeling. Omdat deze niet altijd even goed op elkaar zijn afgestemd, is de patiënt vaak veel tijd kwijt voordat hij daadwerkelijk wordt geholpen. Deze vertraging is onaanvaardbaar omdat het een nadelig effect kan hebben op de ontwikkeling van het ziektebeeld van de patiënt.

Van de patiënten met voetproblemen hebben diabetespatiënten 23,7 maal zo veel kans op een amputatie als patiënten zonder diabetes (1). Eén op de vier diabetespatiënten krijgt vroeg of laat te maken met een voetprobleem. De geschatte kosten voor behandeling bedragen 10% van de totale kosten die gemaakt worden met betrekking tot begeleiding en therapie van diabetespatiënten. Dit wordt vooral veroorzaakt door de

lange klinische behandeling (2,3). Onderzoeken hebben aangetoond dat een multidisciplinaire diabetische voetpolikliniek leidt tot een reductie van het aantal amputaties tegen lagere kosten (4). Toch is slechts in weinig ziekenhuizen een voetpolikliniek operationeel (5). Hiervoor zijn verschillende redenen de oorzaak:

- het niet volledig vergoeden van podotherapeutische hulp door de ziektenkosten verzekeraar;
- problemen bij de reorganisatie van deze multidisciplinaire zorg in de traditionele structuur van de ziekenhuizen;
- ontbreken van een innovatieve organisatiecultuur, die nodig is voor het herontwerpen van zorgprocessen.

METHODE EN WERKWIJZE

In het Bosch Medicentrum werd in 1997 een werkgroep gevormd, die bestond uit alle betrokken specialisten, vertegenwoordigers uit huisartsen en patiëntenverenigingen met projectbegeleiding van de kwaliteitsfunctionaris medische staf. Deze projectgroep is gaan werken volgens de zogeheten Business Process Redesign-methode (BPR). BPR is een methode waarbij een zorgproces wordt geanaly-

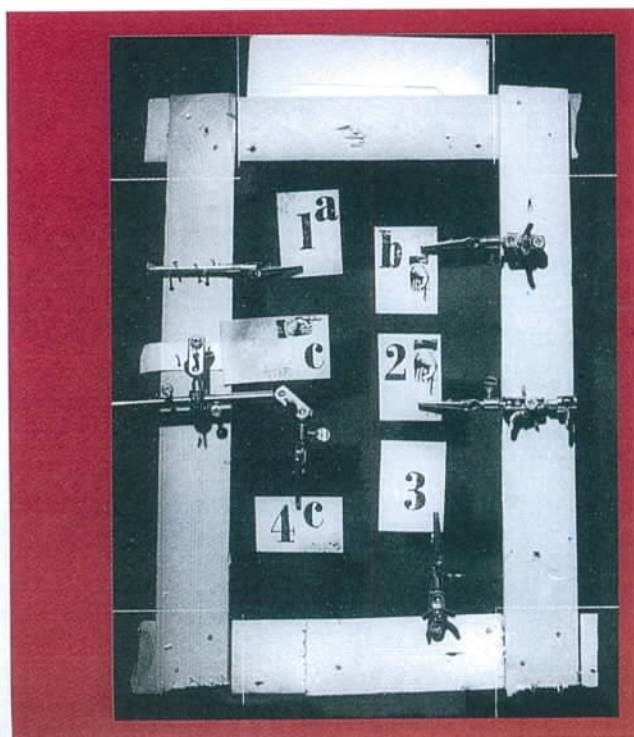
seerd en herontworpen. Dat leidt uiteindelijk tot ingrijpende veranderingen in de organisatie. De werkgroepleden werden in eerste instantie door een adviesbureau (7) getraind in de BPR-methode. In 9 bijeenkomsten die 3 tot 4 uur duurden, werden de volgende fasen doorlopen: de huidige situatie in kaart brengen, het formuleren van de gewenste omstandigheden en het implementeren van het nieuw ontworpen proces in de organisatie. Verder heeft de aanpak de volgende kenmerken:

- er wordt gestreefd naar een fundamentele heroverweging van het zorgproces teneinde een 'sprong' in de prestaties van het zorgproces mogelijk te maken.
- Er is sprake van een hoog ambitieniveau. Het zorgproces wordt in totaliteit in kaart gebracht vanaf het begin tot het eind, ongeacht of daarbij meerdere instellingen en/of afdelingen betrokken zijn.
- De aanpak is gericht op het bereiken van extern georiënteerde doelstellingen.

De inzet van nieuwe organisatievormen en (informatie) technologie worden als 'hefboom' gebruikt voor de prestatieverbetering van de inhoud en organisatie van de patiëntenzorg. Herontwerpprojecten zijn per definitie multidisciplinair en afdelingsoverstijgend. De betrokken disciplines bij het zorgproces werken geïntegreerd samen bij het herontwerp en implementatie.

CONCRETE RESULTATEN GEDEFINIEERD

Bij BPR worden doelstellingen vooraf als concrete resultaten van procesverbetering gedefinieerd (6). Door de werkgroep werden de volgende



- doelstellingen geformuleerd:
- alle diabetespatiënten met een voetulcus worden binnen 1 week gezien, waarbij geconcentreerd op één dag een multidisciplinair behandelingsplan wordt opgesteld.
 - De aanpak moet leiden tot 50% reductie van het aantal amputaties (8).
 - Conform de 'één-loketgedachte' wordt uitgegaan van één aanspreekpunt in de tweede lijn en wel een podotherapeut, die in nauwe samenspraak met een internist het voetprobleem protocollair in kaart brengt.
 - De nieuwe CBO-richtlijnen diabetische voetulcus (8) dienen als uitgangspunt voor protocollaire behandeling.

WAT IS DE POSITIE VAN DE KLANT?

De vereniging van diabetespatiënten is standaard betrokken bij problemen en vragen rond diabetes. Naast dit structurele overleg namen twee diabetespatiënten deel aan de werkgroep. Zij hadden vooral in fase twee (het formuleren van de gewenste omstandigheden) een belangrijke inbreng. Bij het herontwerpen van de behandeling is zo veel mogelijk uitgegaan van de wensen van de patiënt. Gekeken is, hoe men die 'wensen' kan realiseren en wat de consequenties zijn voor de huidige organisatie.

Uiteindelijk is het BMC er in geslaagd om voor diabetische voetulcus een loket te ontwikkelen, waar, indien gewenst, de specialist op afroep naar toe komt. Na verwijzing door de huisarts kan de patiënt binnen een week terecht bij het 'loket'. De diagnose wordt vastgesteld door een podotherapeut in samenspraak met de internist, diabetoloog. Wanneer acute zorg vereist is kan de betrokken specialist binnen twintig minuten op de polikliniek aanwezig zijn. Omdat verdere behandeling volgens protocol verloopt, weet de patiënt direct het behandelplan en het vervolgtraject.

RESULTATEN

Van 1 januari 1999 tot 1 januari 2000 werd elke donderdagochtend een voetpolikliniek gehouden, in totaal 124 uren. In dit eerste jaar

werden 78 patiënten gezien met een gemiddelde leeftijd van 68 (27-88) jaar, 74 met een type II en 4 met een type I diabetes mellitus. De patiënten werden hoofdzakelijk verwezen door huisarts of internist, bij wie de patiënt onder controle stond. De tijdsduur tussen verwijzing en bezoek aan de voetpoli was gemiddeld 8, (2-14) dagen. 41 Patiënten hadden een ulcus, de overigen een ander voetprobleem. In het eerste jaar van de voetpolikliniek trad in 50% van de patiënten met een voetulcus genezing op na gemiddeld 2,6 maanden (1-7 maanden). Drie patiënten werden na bezoek aan de voetpoli opgenomen. De gemiddelde opnameduur was 28 dagen (6-41 dagen) en vijf patiënten (2 in dagbehandeling) werden geopereerd, één onderging een amputatie van het onderbeen.

CONCLUSIES

De resultaten, ruim een jaar na implementatie, zijn opvallend. Ten opzichte van 1997/1998 is het aantal amputaties bij mensen met een diabetische voetulcus met 40% gereduceerd; tevens is het aantal vaatonderzoeken en röntgenfoto's met ca. 60% teruggebracht. De gemiddelde wachttijd, op de polikliniek interne, is verkort van 7 weken naar 1 week.

KOSTEN / INVESTERINGEN

Om de voetpolikliniek te realiseren werden de volgende investeringen gedaan: inrichtingskosten f 20.000,- en instrumentarium f 5.000,-. Met de ziektekostenverzekering werd overeengekomen dat de podotherapeut zelf declareert, conform de polisvoorwaarden van de patiënt. In geval de patiënt podotherapeutische hulp niet vergoed krijgt, komt dit voor rekening van het ziekenhuis.

BESCHOUWING

Het succes van de voetenpolikliniek dient men wel enigszins te relativeren. Het project 'diabetisch voetulcus' is zeer geslaagd. Maar, met alleen het verkorten van de doorstroomtijden worden de wachtlijsten niet weggewerkt (zoals minister Borst suggereert). Het gebrek aan capaciteit in de gezondheidszorg, zoals deskundig verplegend perso-

neel op verpleegafdelingen en operatiekamers, zal vooralsnog een struikelblok blijven. De behoefte blijft bestaan aan verpleegkundig personeel en geld om hen te behouden. Het project 'doorstroomtijden voor patiënten met een diabetisch voetulcus' heeft zeker een positief effect op de wacht- en doorstroomtijden op de polikliniek. Men dient zich te realiseren, dat meerdere van dergelijke projecten, mogelijk een nadelig effect elders in het ziekenhuis teweeg kunnen brengen.

*** C.M.F. Smulders is kwaliteitsfunctionaris, medische staf en P.M. Netten, internist bij het Bosch Medicentrum te 's Hertogenbosch.**

Met toestemming overgenomen uit Kwaliteit in beeld 2000;4:10-11.

LITERATUUR

1. Houtum van WH, Lavery LA, Ashry HR, Harkless LB. The impact of diabetes related lower extremity amputations in the Netherlands. *Diabetologia* 1994; 37: suppl: A24.
2. Houtum van WH, Lavery LA, Harkless LB. The cost of diabetes related lower amputations in the Netherlands. *Diab Med* 1995; 12: 777-781.
3. Bouter KP, Storm AJ, Groot RRM et al. The diabetic foot in Dutch hospitals: epidemiological features and clinical outcome. *Eur J Med* 1993; 2: 215-218.
4. Bakker K, Dooren J. een gespecialiseerde voetenpolikliniek voor diabetespatiënten vermindert het aantal amputaties en is kostenbesparend. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 565-569.
5. Bakker K, Houtum van WH, Schaper NC. Diabetic foot care in the Netherlands: an evaluation. *Practical Diabetes International* 1998; 15: 41-42.
6. Maassen H. Sneller en beter. Doorstroomtijden niet-acute patiënten aanzienlijk verkort. *Medisch contact* 2000; 55: 390-393.
7. Vries de PG, Beijers RJW. Management van het patiëntenproces. Reeks Medicus en management onder redactie van CC van Beek. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten / Diegem 1999.
8. Richtlijnen NDF / CBO, september 1998; diabetische voet, blz 75-126; Banda Heerenveen bv.