

Wondbehandeling verpleegkundige specialisatie binnen welke grenzen?

Auteur: J. Andriessen
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1989
Pagina: 21-24
Jaargang: 5
Nummer: 1
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: wonden wondbehandeling specialisatie
Literatuur:

Dames en heren, collega's mijn verhaal is als volgt opgebouwd: Eerst besteed ik aandacht aan de positie van de verpleegkundige en wondbehandeling, ik zal trachten te motiveren waarom ik van mening ben dat de verpleegkundige deze positie heeft. Vervolgens besteed ik aandacht aan medische handelingen door verpleegkundigen en de bestaande discrepantie die er is ten opzichte van de huidige wetgeving. Vanuit mijn ervaringen tijdens een studiereis die ik heb ondernomen naar New York wil ik iets vertellen over de Clinical Nurse Specialist en wondbehandeling, gerelateerd aan de mogelijkheden die ik hiertoe in Nederland zie.

Positie van de verpleegkundige met betrekking tot wondbehandeling

Als we nu kijken naar de daadwerkelijke bevoegdheid van de verpleegkundige, dan kunnen we een aantal opmerkelijke zaken constateren. Maar eerst even terug naar de specifieke deskundigheid van de verpleegkundige.

In het handboek van Henderson en Nite, Principles and practice of nursing, leest men in het eerste deel over de plaats van de verpleging in de gezondheidszorg, in de verschillende landen. Samengevat komt dit op het volgende standpunt neer: 'Verplegen is een beroep in de gezondheidszorg; alle beroepen in de gezondheidszorg zijn per definitie patiënt gericht en hebben daardoor automatisch elkaar overlappende taken. De specifieke taak van de verpleegkundige is de verzorging, ondersteuning en begeleiding van de patiënt, die binnen dit systeem van de gezondheidszorg deze hulp behoeft'.

Henderson heeft als de unieke en wezenlijke functie van de verpleegkundige gedefinieerd: 'Het individu, ziek of gezond, bij te staan bij het verrichten van de activiteiten die bijdragen tot gezondheid of herstel (of vredig sterven als geen herstel meer mogelijk is), die dit individu zonder hulp zou verrichten als hij daartoe de nodige kracht, wilskracht en kennis bezat.

De verpleegkundige dient dit op zulk een wijze te doen, dat de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk wordt'. Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige betreft dus de verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging, verzorging en coördinatie van de zorg. Daarnaast het op verzoek van een beroepsbeoefenaar op het

gebied van de individuele gezondheidszorg, verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Binnen dit kader past een systeem van methodisch verplegen en gestructureerde wondbehandeling door verpleegkundigen.

De aandacht van de verpleegkundige en andere behandelaars binnen het team moet op een aantal vragen gericht zijn:

1. Wat is de oorzaak van de wond?

Het heeft geen enkele zin te behandelen, zolang men geen aandacht schenkt aan de oorzaak van de wond. Derhalve moet men voor zover mogelijk de oorzaak wegnemen of er in ieder geval aandacht aan schenken. Bijvoorbeeld bij decubitus betekent dit aandacht besteden aan preventiemaatregelen, zoals het reduceren van druk, schuifkrachten, maceratie et cetera.

2. Hebben we meer informatie nodig van andere disciplines?

Het aantal disciplines dat te maken heeft met wondbehandeling hangt natuurlijk af van de setting waarin de patiënt wordt verpleegd. Zo kan een patiënt in een academisch ziekenhuis aanzienlijk meer disciplines aan zijn bed verwachten als een patiënt die thuis verzorgd wordt. Ik wil daarbij opmerken dat het aantal specialisten beslist niet de kwaliteit van de zorg bepaalt. Wel wordt de coördinerende taak van de verpleegkundige steeds ingewikkelder.

3. Welke therapie wordt er ingesteld?

De therapie dient bij voorkeur multidisciplinair tot stand te komen, waarbij de medicus de eindverantwoordelijkheid heeft voor het medische aspect van de behandeling. De verpleegkundige dient een eigen verantwoordelijkheid te hebben voor het verpleegkundige deel hetgeen naar mijn mening ook moet blijken uit daadwerkelijke bevoegdheid. De taak van de verpleegkundige ligt vooral op het gebied van:

1. voorlichting en begeleiding van de patiënt en zijn naasten.
2. coördinatie van de zorg en de conservatieve wondbehandeling
3. observatie
4. rapportage
5. uitvoeren van de conservatieve wondbehandeling
6. signaleren van ontwikkelingen met betrekking tot de wondgenezing naar de andere disciplines, die betrokken zijn bij de behandeling.

4. Wordt de therapie juist uitgevoerd?

Het behandelplan moet voor de betrokkenen duidelijk geregistreerd zijn, zo ook de doelstelling, observaties en evaluatie. Er mag geen twijfel zijn over de juiste aanpak.

5. Is er voor- of achteruitgang?

Het effect van de behandeling dient eveneens duidelijk beschreven te worden hetgeen noodzakelijk is voor een goede beoordeling. Ter ondersteuning van de rapportage kan men gebruik maken van fotografie of door de wondafmeting (lengte, breedte en diepte) in kaart te brengen. De samenstellers van het behandelplan dienen een termijn af te spreken waarover het effect van de behandeling wordt beoordeeld.

6. Worden de afspraken van de vorige keer nagekomen?

Collegiale controle kan hierbij een belangrijke rol spelen. Artsen of verpleegkundigen die het behandelplan willen doorkruisen moeten direct richting verpleegkundig dossier worden gestuurd.

Terug naar de positie van de verpleegkundige en de stand van zaken in de praktijk. De inhoud van het tweede interim rapport 'verantwoordelijkheden verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen'(VAR 51, 1982) en de huidige praktijk komen niet met elkaar overeen. De ontwikkelingen in de praktijk zijn onder andere een gevolg van toegenomen medisch technische mogelijkheden. Mede door het inspelen op en volgen van ontwikkelingen dragen verpleegkundigen bij tot het bevorderen van een optimale patiëntenzorg. De commissie stelt dat het uitvoeren van medische handelingen door verpleegkundigen geen regel moet worden, maar uitzondering moet blijven. Een irreëel standpunt, als we kijken naar de huidige praktijk. Daarnaast nog gevaarlijk ook.

Wanneer verpleegkundigen bij wijze van uitzondering, bepaalde handelingen verrichten, zullen zij de vaardigheid nodig voor het uitvoeren ervan missen, met alle risico's van dien. Een dergelijke regeling houdt het voeren van discussies op de werkvloer over deze materie in stand, iets wat de werksfeer en dus ook de kwaliteit van de patiëntenzorg niet ten goede zal komen. In het genoemde rapport wordt een regeling per ziekenhuis voorgesteld. Per ziekenhuis dient dan beslist te worden welke handelingen na opdracht van de medicus door de verpleegkundige moeten worden uitgevoerd en welke de arts zelf verricht. Dit zal de duidelijkheid niet bevorderen. Tevens wordt hiermee wederom tekort gedaan aan de kennis en de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en zal er zo mogelijk nog langer gewacht worden op een wettelijke regeling. Ter illustratie van de omvang van de problematiek wil ik U een initiërend onderzoek noemen wat ik in september 1987 heb uitgevoerd, getiteld: medische verrichtingen, de positie van de verpleegkundige, een rekensommetje.

Dit onderzoek heeft betrekking op het verrichten van medische handelingen door verpleegkundigen en de tijdsinvestering, uitgedrukt in geld die daar mee gemoeid is. Op basis van twee rapporten heb ik becijferd dat 18% van de tijd verpleegkundigen op 'gewone verpleegafdelingen' zich bezig houden met het verrichten van medische handelingen. Van de specialistische afdelingen, zoals bijvoorbeeld de intensive care, betreft dit een percentage van 40. 18% van de 31.000 formatieplaatsen in algemene ziekenhuizen is 5580 formatieplaatsen of arbeidsjaren. 40% van 3500 formatieplaatsen op i.c.-afdelingen is 1400 plaatsen. Totaal betekent dit 6980 formatieplaatsen. Er kan dus geconcludeerd worden dat van het totaal aan formatieplaatsen (verpleegkundigen) in algemene en academische ziekenhuizen, 34.500 inclusief de i.c.-afdelingen, 6980 verpleegkundige formatie volledig opgaan aan het verrichten van medische handelingen. Wanneer wordt uitgegaan van een gemiddeld inkomen van verpleegkundigen van f.40.000,- per jaar, betekent dit dat hiervan f.278.200.000,- = bijna 280 miljoen gratis service door ziekenhuizen aan specialisten wordt verstrekt. Dan moet U daarbij bedenken dat ziekenhuizen zelf veel geld tekort komen. Verpleegkundige handelingen worden immers niet apart door het verzekeringswezen vergoed, maar behoren tot het all-in tarief. Dit onderzoek heb ik naar buiten gebracht om de aandacht te vestigen op de komende wet B.I.G. Rekening houdend met de geringe invloed die wij als slecht georganiseerde verpleegkundige beroepsgroep, tot nu toe hebben gehad op het tot stand komen van het wetsvoorstel, leek het mij de moeite waard dit probleem nu eens niet voor te stellen in termen van bevoegdheid, maar in termen van formatie en geld. Middelen waar wij als verpleegkundigen onvoldoende over beschikken om goede patiëntenzorg te kunnen waarborgen. Ik ben van mening dat daar namelijk het echte probleem ligt en niet zozeer in de sfeer van bevoegdheden. Legalisatie door wetgeving kan echter helpen de positie van de verpleegkundige beroepsgroep te versterken. Ik ben destijds geschrokken van het vaststellen van een aantal gegevens en besefte tevens dat deze materie voor veel verpleegkundigen onbekend is. In diverse vakbladen is wel aandacht besteed aan de positie van de verpleegkundige, maar zelden is er verder gekeken naar de effecten die het ontbreken van een goede regeling heeft. Wie heeft er wel eens stilgestaan bij het gegeven, dat als je formeel bepaalde handelingen niet verricht, hier dus ook geen middelen, formatie tegenover staat. Nu

weet ik wel dat de instellingen voor een deel met de situatie zijn meegegroeid en de formatie hebben aangepast, toch ben ik van mening dat ook uit oogpunt van werklust een goede regeling met duidelijke bevoegdheden en toekenning van middelen niet langer kan en mag worden uitgesteld.

Verlengde-arm-theorieën in hun oneindig politieke rekbaarheid zijn niet werkbaar en dienen afgeschaft te worden.

Wondbehandeling verpleegkundige specialisatie

Wondbehandeling is een multidisciplinaire aangelegenheid. De diverse deskundigen moeten op een goed op elkaar afgestemde manier hun deskundigheid kunnen aanwenden ten dienste van de patiënt. Wondbehandeling intra- en extramuraal moet gecoördineerd worden door de verpleegkundige, die optreedt als belangenbehartiger van de patiënt. Hiertoe is zij bij uitstek geschikt, want: de verpleegkundige ziet de patiënt dagelijks, voert de behandeling uit, rapporteert de resultaten en motiveert de patiënt.

Zij heeft het meeste zicht op de zorgbehoefte van de patiënt. Vanuit die positie is het goed mogelijk wondbehandeling door verpleegkundigen een eigen specialisatie te laten zijn.

In september ben ik op werkbezoek geweest naar New York. Ik heb daar met name gekeken naar de Clinical Nurse Specialist. Men kent daar dit fenomeen al sinds de jaren zestig en heeft een erkende opleiding en goede positierregeling. Op de salariëring kunnen we als Nederlandse verpleegkundige jaloers zijn.

De opleidingsgraad van de CNS is moeilijk te vergelijken met de Nederlandse situatie, toch wil ik daartoe een poging doen: Het betreft een R.N. met Masters degree of zelfs PhD. Wat wil zeggen Philosophical doctor of nursing. R.N. + Masters zou je kunnen vergelijken met inservice opgeleid in alle velden of HBO-V. Een aantal zaken ontbreekt dan nog, met name kennis met betrekking tot het verrichten van onderzoek is in de Nederlandse opleiding onvoldoende vertegenwoordigd. PhD is vergelijkbaar met de universitaire studie zoals wij die kennen (Maastricht). Vervolgens heeft de CNS minimaal 3 jaar praktijkervaring en een specifieke opleiding gevolgd op het gebied van de specialisatie.

De CNS die zich met wondbehandeling bezig houden hebben onder andere de volgende taken:

1. Patiënttaken, dat wil zeggen het daadwerkelijk uitvoeren van wondbehandeling, als deskundige adviseren naar de patiënt, verpleegkundigen en indien gewenst, andere disciplines.
2. Taken met betrekking tot inscholing nieuwe medewerkers scholing afdelingspersoneel, geven van lezingen et cetera.
3. Ontwikkelen van standaard verpleegplannen, vaststellen van kwaliteitscriteria.
4. Betrokkenheid als deskundige bij de keuze van materialen op het gebied van wondbehandeling.

In Amerika zijn het de E,T, nurses (enterostomal Therapist) die zich behalve met stomazorg ook met wondbehandeling bezig houden. Afhankelijk van de setting waarin ze werken maken ze deel uit van een afdeling, hebben een eigen praktijk of combinatie. Een aantal werkt ook extramuraal en krijgt patiënten toegewezen van huisartsen, specialisten en verpleegkundigen. Ook nemen patiënten zelf initiatief. De E.T.

Nurse voert nauw overleg met de medisch specialist met betrekking tot het aanleggen van een stoma en de aanpak van wondbehandeling. Ook hebben ze een aandeel in het uitvoeren van klinisch onderzoek, of initiëren zelf klinisch onderzoek, waarbij ze de specifieke aspecten voor hun rekening nemen. Ik was erg onder de indruk van de aanpak in New York en zie mogelijkheden voor Nederland.

De WCS kan hier een actief deel in hebben als het gaat om ontwikkeling van een CNS-systeem op het gebied van wondbehandeling. Ik stel me daarbij voor dat het goed mogelijk moet zijn voor de CNS een eigen praktijk te voeren, zoals ik dat in New York heb gezien. Het A.Z.N. heeft een stomaverpleegkundige, die zelfstandig polikliniek houdt, waar ook patiënten komen die doorverwezen worden door de huisarts na signalering van de wijkverpleegkundige. Het zou qua bevoegdheden en verzekeringstechnisch mogelijk moeten zijn dat deskundige verpleegkundigen op het gebied van wondbehandeling worden geconsulteerd door collegae en andere disciplines. Gezien de huidige positie van de verpleegkundige lijkt dit nog ver weg. Eerst zal aanvaard moeten worden dat specialisatie in de verpleging in toenemende mate vereist is, om aan de behoefte van toegenomen gespecialiseerde zorg te kunnen voldoen. Zijn wij als verpleegkundigen hier niet voldoende alert op, dan prijzen we onszelf uit de markt en wordt geen gebruik gemaakt van de volop aanwezige kennis en goede carrièremogelijkheden die hier liggen voor verpleegkundigen. Ook vanuit de organisatie vereist het visie met betrekking tot de positie die deze gespecialiseerde verpleegkundige zal moeten innemen. Als wij als verpleegkundigen bereid zijn in te zien dat specialisatie een uitdieping en verrijking betekent van het beroep en de beroepsgroep, dan zullen we mogelijk in de toekomst in staat zijn het verloop onder verpleegkundigen wat schrikbarend hoog ligt, terug te dringen en ons in vele opzichten goed te profileren. Voor wat betreft wondbehandeling kunt U als verpleegkundige dit belang helpen nastreven door U aan te sluiten bij de WCS.

Samenvattend

, heb ik het volgende over willen brengen:

- de positie van de verpleegkundige met betrekking tot wondbehandeling, waarbij ik gemotiveerd heb waarom ik van mening ben dat de verpleegkundige op basis van haar specifieke deskundigheid deze taak heeft.
- de discrepantie die er bestaat tussen wetgeving op dit gebied en de praktijk waarin wij werken.

Tenslotte heb ik aandacht besteed aan de CNS die naar mening zeker op het gebied van wondbehandeling ook bestaansrecht heeft binnen de Nederlandse verpleegkundige beroepsgroep. Aan onze deskundigheid zal het niet liggen.

J. Andriessen