

Wondverpleging en de samenwerking in de 1e-2e lijnszorg.

Inleiding gehouden tijdens WCS Congres oktober j.l.

Het ontwikkelen van samenwerking tussen – en afstemmen van de eerste en de tweede lijn is één van de top-issues in de gezondheidszorg. Op zeer diverse manieren proberen organisaties deze samenwerking tot stand te brengen. Een aantal van de grote kerndisciplines van de eerste lijn, zoals: kruiswerk, gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk, zijn zich organisatorisch op dit moment drastisch aan het wijzigen. Ook in de ziekenhuizen zitten ze niet stil wat reorganisatie betreft. Zowel in de eerste als in de tweede lijn zijn de reorganisaties gericht op overleven en op samenwerking met andere gezondheidszorg-organisaties. Deze organisatie-overstijgende samenwerkingsverbanden moeten zichtbaar worden in een betere, inzichtelijker en goedkopere zorg voor patiënten/cliënten. Dat is een niet geringe opgave.



H. Hillmann,
directeur Amsterdamse Thuiszorg

De wens om te overleven heeft zowel de intra- als de extramuraal zorg het concurrentiepad op gestuurd. Op zich een zeer gezonde ontwikkeling in de gezondheidszorg, maar diezelfde organisaties moeten elkaar leren vertrouwen als het om samenwerking gaat. Thuiszorg op maat lijkt het sleutelwoord om de warrige gezondheidszorg weer te stroomlijnen.

Hoe passen de werkzaamheden van WCS in deze ontwikkeling? Een organisatie die zich uitsluitend richt op wondbehandeling en wondverzorging in een tijd dat de schotten tussen allerlei organisaties, verzorgende en behandelende instellingen, weg moeten. Zijn ze tegenstrijdig of lijken ze dat alleen?

Wondverzorging, een verpleegkundige verrichting bij uitstek, en in *alle* velden van de gezondheidszorg, en dus een verrichting waarmee verpleegkundigen een bijdrage kunnen leveren aan die ontwikkeling van samenwerking en afstemming van eerste en tweede lijn.

Uit mijn rondgang door de eerste lijn lijkt de WCS vooral werkzaam in de tweede lijn. Eigen eerste lijns protocollen heb ik niet kunnen achterhalen. Grensoverschrijdende protocollen zijn heel voorzichtig in opkomst. De 'Clinical Nurse Specialist' t.b.v. wond-

behandeling, die hoog in het vaandel staat van de WCS, zou, indien ze transmuraal zou gaan werken, een bijdrage kunnen leveren bij de ontwikkeling van betere samenwerking.

Initiatieven vanuit de WCS om de ontwikkeling van de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn bij deze specifieke vorm van verpleegkundige zorg, wondbehandeling, verder te helpen, zijn nodig en welkom.

De begrippen 1e en 2e lijn verwijzen naar een onderscheid tussen type zorgverleners; dat dit ook weer en meer een scheiding is gaan inhouden is voor de zorgverlening een slechte zaak gebleken.

De specialistische zorg, vooral geconcentreerd in ziekenhuizen, heeft zich in de loop der tijd steeds verder van de generalistische zorg verwijderd.

Ook binnen deze gescheiden werelden ontstonden steeds meer aparte specialismen en autonome groepen. We kennen binnen de ziekenhuizen allen de zeer gespecialiseerde afdelinkjes, met super gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen.

Ook in het extramuraal veld hebben zich naast elkaar vele organisaties en organisatietjes ontwikkeld en dat: allemaal bedoeld voor de gezondheid en het welzijn van de patiënt/cliënt!!!

De binnen het eigen echelon en eigen specialisme tot stand gebrachte zorgniveau is meestal van hoge kwaliteit, maar het ontbreken van afstemming op elkaar en samenwerking met elkaar tast die kwaliteit van zorg in hoge mate aan.

Veel van wat in één echelon (één specialisme) is opgebouwd wordt door gebrekkige en onvoldoende afstemming weer afgebroken, bij de overgang naar een ander echelon.

De verschillen van inzicht tussen met name de 1e en 2e lijn komen voort uit verschillende doelstellingen en verschillende inzichten en werkwijzen.

Heel globaal gezegd staat generalistisch tegenover specialistisch. Daar en boven leeft er met name bij verpleegkundigen nog een wederzijds diep geworteld, historisch gegroeid vooroordeel. De kunst zal zijn niet op zoek te gaan naar wat ons scheidt, maar naar wat ons bindt. Inzicht en respect voor

elkaar werkwijze zal nodig zijn om aanvullend te werken.

Daarbij zal de zorgverlening van de eerste lijn de basis moeten vormen, met name door de huisarts en de wijkverpleegkundigen. De 2e lijn moet zorgdragen voor aanvullende hulpverlening bij diagnostiek en hoog specialistische behandeling.

Samenwerking

Op allerlei manieren zijn intramurale en extramurale organisaties bezig uitvoering te geven aan samenwerking en het verbeteren van hun concurrentiepositie. Het onder druk van (regering/Dekker) en uit nood geboren (te grote afstand tussen 1e en 2e lijn) reorganiseren, het verplicht opnieuw moeten doordenken van doelstellingen, heeft een golf van energie en creativiteit teweeg gebracht in de gezondheidszorg. Ik noem het met name een golf want er zijn ook mensen en organisaties die in de golven dreigen ten onder te gaan. Of dit terecht of ten onrechte is, is in een dergelijke vloedgolf moeilijk te beoordelen. Ziekenhuizen stellen voor het eerst duidelijke prioriteiten binnen hun muren, niet meer alle specialismen zijn aanwezig; ze stoten af wat bijvoorbeeld de burens beter kunnen. Kruisorganisaties en gezinsverzorgingsinstanties zoeken vormen voor samenwerking. Apothekers, huisartsen en kruiswerk werken samen in voorlichtingsprojecten en in een klantvriendelijke benadering.

Commerciële oplossingen worden gezocht voor de uitleen-magazijnen van het kruiswerk en ook de ziekenfondsen zijn actief om mee te denken en te helpen om de schotten en schotjes tussen de hulpverleners weg te werken.

Op dit moment lijkt het alles overkoepelende sleutelwoord: 'Thuiszorg op maat'.

Er gaat geen maand voorbij of er is wel een congres of een symposium over. Alle spelers in het veld van de gezondheidszorg zijn het er over eens dat 'Thuiszorg op maat' een zinvolle zaak is als je niet perse in een ziekenhuis hoeft te verblijven. Er zijn gelukkig heel wat experimenten gestart om uit te vinden hoe we dat met elkaar tot stand moeten brengen.

Wondverzorging 1e lijn

Wat heeft dit alles nu te maken met wondverzorging, want dat is toch hetgeen u bindt, gezien de doelstelling van uw vereniging. Hoe passen de toch wat specialistisch aandoende werkzaamheden van de Woundcare Consultant Society in de hiervoor summier geschetste samenwerkingsontwikkelingen.

Een organisatie die zich uitsluitend richt op wondbehandeling, wondverzorging en voorlichting hierover in een tijd dat de schotten tussen allerlei verzorgende- en behandelende instellingen weg moeten. Heeft die wel bestaansrecht?

Publicaties uit de eerste lijn

Al eerder merkte ik op dat de Woundcare Consultant Society zich nogal intramuraal manifesteert; uit de samenstelling van het Woundcare Consultant Society-bestuur blijkt dit ook. In de 1e lijn, met name bij de wijkverpleegkundigen is de kennis en vaardigheid ten aanzien van wondverzorging gering. De publicaties over wondverzorging door en voor met name wijkverpleegkundigen zijn bijna op een hand te tellen. Een hoofdwijkverpleegkundige uit Rotterdam, Sylvia Otte, lijkt een witte raaf op dit gebied. Zij won in 1984 de scriptiewedstrijd die jaarlijks door de Rotterdamse kruisvereniging wordt georganiseerd. Haar onderwerp was 'Wondverzorging in de maatschappelijke gezondheidszorg'. Op systematische en makkelijk leesbare wijze behandelt zij de vele kanten van wondverzorging en de specifieke problemen en aandacht die nodig is in de 1e lijn.

Zij merkt op dat over de handel en wandel van wijkverpleegkundigen met betrekking tot het verzorgen van wonden, relatief weinig bekend is. Zij noemt hiervoor drie oorzaken:

1. In de opleiding tot verpleegkundigen wordt hierover onvoldoende kennis meegegeven; en de oudere verpleegkundige leeft met achterhaalde en verkeerde kennis.
2. De kennis van de huidige mogelijkheden en materialen ten behoeve van wondverzorging is gering of nihil. Fabrikanten en importeurs bereiken niet of nauwelijks de 1e lijn. Vanuit de kruisvereniging is weinig bijscholing over dit onderwerp.
3. De wijkverpleegkundige heeft te weinig zelfvertrouwen. Haar autoriteiten in deze zijn de arts en het ziekenhuis.

Mevrouw Otte geeft hiervoor ook een aantal oplossingen. Later kom ik hier samen met mijn oplossing op terug.

In het blad MGZ (Maatschappelijke Gezondheidszorg) van februari 1987 wordt Sylvia Otte geïnterviewd over de voortgang van haar wondverzorgingsproject in een Rotterdamse wijk. Zij vertelt daar over het zelf uitschrijven van recepten door wijkverpleegkundigen ten behoeve van wondverzorgingsmateriaal. Een duidelijke poging

om door samenwerking tussen arts/verpleegkundige en apotheken, de klant beter en sneller van dienst te zijn.

In het blad Maatschappelijke Gezondheidszorg van februari 1988 doet uw bestuurslid Anneke Andriessen min of meer een oproep aan de wijkverpleegkundigen methodisch en systematisch aan wondverzorging te gaan werken. Zij pleit bovendien voor onderzoek, door wijkverpleegkundigen, naar de effectiviteit van wondbehandeling en wondverzorging. De meest recente bijdrage die ik tegen kwam om enige systematiek te brengen in wondbehandeling, is het intake wondverzorgingsplan van de provinciale Utrechtse kruisvereniging, ontworpen door de districtsverpleegkundige J. Noyen, gepubliceerd in het Woundcare Consultant Society Nieuws van juni 1989.

Ik weet niet of ik dit een schamele oogst moet noemen, want ik heb niet alle provincies nageplozen om te zien wat er in de 1e lijn en tussen de 1e en 2e lijn aan ontwikkelingen gaande zijn. Ik heb de meest voor de hand liggende bronnen geraadpleegd: bibliotheken en grote goed georganiseerde wijkorganisaties. Als er al meer op dit gebied in ontwikkeling is, dan is het op z'n minst niet makkelijk toegankelijk.

Toch is er naar aanleiding van dit beperkt aantal publicaties veel te zeggen, te overdenken, te doen en te verbeteren, vanuit verschillende invalshoeken. Ik belicht vooral die van de wijkverpleegkundige.

De wijkverpleegkundige

Het is voor dit gezelschap hopelijk een open deur als ik nog even de definitie van verplegen uit het verpleegkundig beroepsprofiel bij u opfris.

'Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid.'

Een verdere verduidelijking van deze definitie zegt ook: 'Naast de specifieke rol van beroepsbeoefenaar op het terrein van de verpleging, zoals deze in de definitie tot uitdrukking komt, wordt eveneens in

algemene zin de rol van hulpverlener in de gezondheidszorg vervuld.

In die algemene rol zijn bij de verpleegkundige beroepsbeoefenaar kenmerken te onderscheiden die eveneens aanwezig zijn bij andere hulpverlenende disciplines in de gezondheidszorg. Zo behoren aspecten als procesmatig werken, interactie met de patiënt en samenwerking met andere disciplines niet exclusief tot het gebied van de verpleging, doch vormen wel mede de beroepsuitoefening.

Bovendien beperkt verplegen in algemene zin zich niet uitsluitend tot de patiënt, maar kan ook gericht zijn op een specifieke groep of populatie.'

Met bovengenoemde definitie in gedachte kunnen we over wondverzorging in de 1e lijn zeggen:

- * Verzorgen van wonden en de keuze van verbandmiddelen is in de eerste lijn het terrein van de verpleegkundige. Wondverzorging is een verpleegkundige verrichting bij uitstek.
- * Het inschatten van de nodige wondverzorging is een taak op het 1e deskundigheidsniveau. Het bepalen wie die zorg moet geven ook.

Tot de aandachtsgebieden van de wijkverpleegkundige behoren:

- * De kennis en toepassingsmogelijkheden van het materiaal en de vaardigheid om deze ook daadwerkelijk toe te passen;
- * De keuze van het materiaal;
- * Het verkrijgen van het juiste materiaal;
- * Het meten van effectiviteit van de behandeling op grond van:
 - medicijnen
 - toegepaste verbandmiddelen
 - toegepaste techniek
- * — het 'wel bevinden van de patiënt', zoals mevrouw Otte het noemt,

bestaande uit:

- volwaardige voeding
- voldoende lichaamsbeweging
- afleiding
- pijnbestrijding
- hygiëne
- ongevallenpreventie
- leefgewoonten (drank, roken, rust, inspanning etcetera)
- gemakkelijk zittende kleding en schoeisel.

Daarnaast pleit zij voor psycho-sociale ondersteuning van de patiënt en zo nodig diens familie/relaties.

De hierboven genoemde zaken mogen wij het competentiegebied van de wijkverpleegkundige noemen.

Een aantal onderdelen behoort helaas nog tot de *posterioriteit* van de wijkverpleging.

Drie probleemgebieden

Ik zie drie clusters van op te lossen problemen:

1. De geringe kennis van alle gezondheidswerkers in de 1e lijn ten aanzien van materialen en toepassingskennis ten aanzien van de wondverzorging.
2. Wie is/zijn de instanties of functionarissen die deze kennis moeten vergaren, uitdragen en up-to-date houden.
3. Hoe komt onderzoek tot stand om de effectiviteit van materiaal en behandeling te meten.

Ten aanzien van 1: De geringe kennis van alle gezondheidswerkers in de 1e lijn ten aanzien van materialen en toepassingskennis ten aanzien van de wondverzorging.

In het begin van mijn verhaal heb ik reeds gerept over de golven van energie en creativiteit in de gezondheidszorg. Een van die golven betreft de zogenaamde 'thuiszorgwinkel'. Onder verschillende namen komen er ideeën en initiatieven tot stand om uitleenartikelen, verbandmaterialen, dispoibele materialen, adviezen over materiaal, hulpmiddelen, dieetadviezen, oefenmogelijkheden etcetera bijeen te brengen in een soort winkel.

Thans zijn deze materialen, middelen en adviezen verspreid over: depots van de wijkverpleging, apotheken, voorlichtingsafdelingen van ziekenhuizen, diëtisten in wijkgebouwen en ziekenhuizen, revalidatiecentra, gemeenschappelijke medische diensten en bij particuliere instellingen.

Het zou een oplossing kunnen zijn om plaatsen te creëren waar al deze kennis en materialen samen komen. Gezien de beperkte kennis van huisartsen en wijkverpleegkundigen zou hier een oplossingsrichting kunnen liggen. Ook de commercie zou een duidelijke ingang en aanknopng hebben voor de 1e lijn.

De huisarts noem ik hier met name omdat haar/zijn kennis gering blijkt, maar het voorschrijven van medicamenten ten behoeve van de wondbehandeling een taak van de arts is en blijft.

Ten aanzien van 2: Wie is/zijn de instanties of functionarissen die deze kennis moeten vergaren, uitdragen en up-to-date houden.

Sylvia Otte denkt: voor de verbetering van materiaalkennis en toepassingsmogelijkheden aan een taak voor de districtsverpleegkundige (dergelijke verpleegkundigen worden thans voor-

namelijk ingezet als deskundigen ten aanzien van cara, diabetes, reuma e.d.) als een soort wondconsulente of verpleegkundig specialist.

Toch zal het moeilijk zijn voor de eerste lijn om de kennis fris te houden. Het voorkomen van bepaalde wonden en hun behandeling zullen in het algemeen te gering zijn om voldoende vaardig te worden en te blijven.

Een bijscholing die na het succesvolle open benen project is ontwikkeld, lijkt mij ook voor andere vaardigheden meer op haar plaats. In het open benen project is een wijze van zwachtelen ontwikkeld die zowel in de 1e als in de 2e lijn erkenning heeft gevonden. Wijkverpleegkundigen uit heel Nederland kunnen, indien zij in hun wijk zo'n patiënt ter verzorging krijgen, een korte bijscholing volgen, bijvoorbeeld in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, van een paar uur om de vaardigheid onder de knie te krijgen. Dit principe lijkt mij een geëigende oplossing, om het kennistekort op te lossen.

Ziekenhuizen zouden hun expertise op eenvoudige, toegankelijke wijze, tegen redelijke betaling moeten aanbieden aan 1e lijns werkers die op dat moment die kennis voor die bepaalde patiënt nodig hebben. Het ontwikkelen van korte lessen in modules, die zowel ondersteund worden door de computer als door audio-visueel materiaal, en door concreet handelen. Deze korte lessen zouden ontwikkeld moeten worden door verpleegkundigen vanuit de 1e en 2e lijn gezamenlijk. De districtsverpleegkundige uit de 1e lijn en de verpleegkundig specialist uit de 2e lijn zouden, grensverleggend en grensoverschrijdend, werk kunnen verrichten door dit samen ter hand te nemen.

Het is het doordenken en bediscussiëren waard of de Clinical Nurse Specialist een rol gaat spelen vanuit de 2e in de 1e lijn en de districtsverpleegkundige een rol gaat spelen vanuit de 1e in de 2e lijn.

De Clinical Nurse Specialist is er nog niet en de districtsverpleegkundige is aan herijking toe. Het is dus een goed moment voor discussie. De toekomstige 'thuiszorgwinkels' zouden ook bijscholing in hun pakket kunnen hebben, gegeven door ervaren verpleegkundigen, districtsverpleegkundigen of de 'Nurse Specialist'. Zowel vanuit de 1e als vanuit de 2e lijn.

Anneke Andriessen zegt op het einde van haar artikel in de Maatschappelijke Gezondheidszorg: 'Wondbehandeling is maatwerk en moet ook als zodanig uitgevoerd worden'. Mogelijk liggen in de hier-

voor geschetste samenwerking ook de maatwerk-mogelijkheden.

Ten aanzien van 3: Hoe komt onderzoek tot stand om de effectiviteit van materiaal en behandeling te meten.

Op en in alle echelons van de verpleging is onderzoek nodig door verplegings-wetenschappers. Zowel de 1e en 2e lijns-verpleegkundigen zullen hun directies moeten overtuigen dat geld vrij gemaakt of geher-alloceerd moet worden om verpleeg-wetenschappelijke onderzoeken te doen. Daarnaast zullen verpleegkundigen zelf ook gebruik moeten maken van *wel* gedaan onderzoek, de resultaten implementeren om zo de vruchten van effectiever en efficiënter werken te plukken.

Tot besluit

Ik keer terug naar een door mij opgeworpen vraag: 'Of de Woundcare Consultant Society wel bestaansrecht heeft?'

Ik denk van *wel*, mits zij zich verder profileert, niet als een doel op zich, maar als een onderdeel van de gezondheidszorg. Ik denk dat er heel concrete zaken zijn te doen om de verworven en de nog te verwerven – specialistische – kennis rond de wondbehandeling en verzorging in dienst te stellen van een breed gezelschap in de gezondheidszorg en 'last but not least' ten behoeve van de consument van de gezondheidszorg.

Ten aanzien van de drie door mij signaleerde clusters van problemen denk ik dat de Nederlandse Vereniging voor Deskundigen in de Wondbehandeling initiatieven zou kunnen ontwikkelen, zoals:

1. Onderzoeken of het aanbieden van uw kennis aan hen die initiatieven ontwikkelen rond 'thuiszorgwinkels' mogelijk is.
2. Onderzoeken of het initiatief van Sylvia Otte om te komen 'tot het zelf schrijven van recepten door verpleegkundigen in de 1e lijn ten behoeve van materiaal voor wondverzorging' navolging verdient en zo ja dan de steun van uw vereniging kan krijgen.
3. Het verder doordenken en ontwikkelen van uw ideeën over de verpleegkundig specialist; hierover in contact treden met instanties en groeperingen die daar op dit moment over discussiëren en schrijven om tot een 'Nederlandse Nurse Specialist' te komen. Zoals: de Kamer voor Beroepsvraagstukken van de NRV, de Werkgroep Specialistische Verpleging van de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde.

4. Woundcare Consultant Society kan het initiatief nemen om samen met één of meer verpleegkundige opleidings-instituten en samen met districts-verpleegkundigen uit de eerste lijn, gerichte korte bijscholing op te zetten ten behoeve van wondverzorging.

Graag zou ik het Woundcare Consultant Society-bestuur willen adviseren hun gelederen te versterken met verpleegkundigen uit het extramurale veld. Het adviescollege van de Woundcare Consultant Society zou ik willen adviseren het college te vervolmaken met verpleegkundigen uit de 1e en de 2e lijn. Ik denk ook dat de verhouding vrouwen/mannen enige herziening behoeft. U, hier in de zaal, zou ik willen adviseren er een goed congres van te maken.

Noten

Stichting L.B.C.

Landelijk Bureau Coördinatie 1e en 2e lijn
Grote Spui 13, 3811 GA Amersfoort,
tel.: 033-72 68 11/72 67 49

NIVEL

Nederlands Instituut voor Onderzoek v.d. Eerste-Lijnsgezondheidszorg
Driekoningstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN
Utrecht
tel.: 030-31 99 46

MGZ; 12e jaargang van 7/8 juli/aug. 1984, pag. 10 t/m 15.

Sylvia Otte, Hoofdwijkverpleegkundige
'Wondverzorging in de maatschappelijke gezondheidszorg'. 'De taak van de wijkverpleegkundige met betrekking tot wondverzorging'.

MGZ; 15e jaargang van 2 februari 1987, pag. 28 t/m 30.

Tom Groot: interview met Sylvia Otte.
'Zelf verantwoordelijk voor het uitschrijven van recepten'.

MGZ; 16e jaargang nr. 2 februari 1988, pag. 20 t/m 23.

Anneke Andriessen
'Wondbehandeling thuis, methodiek en middelen'.

NVR

'Verpleegkundig beroepsprofiel'.