

Zin en onzin van protocollen

In de maanden april en mei jl. werden er door de firma Convatec diverse bijeenkomsten georganiseerd in Nederland, onder de veel belovende titel: WONDEBEHANDELING: KUNST EN WETENSCHAP? Een aantal bestuursleden van de W.C.S. hebben toen invulling gegeven aan het onderdeel: "ZIN EN ONZIN VAN PROTOCOLLEN". Hier volgt een bloemlezing:

**Koos
v. Rossum**
Hfd. Verpl.
A.Z.L.
Bestuurslid
W.C.S.

De zin van protocollen

Een paar maanden geleden is mij gevraagd U iets te vertellen m.b.t. wondbehandeling en wel over de "zin van protocollen".

Terwijl ik me op deze avond voorbereidde en me trachtte te verdiepen in een gigantische hoeveelheid protocollen, bedacht ik dat er eigenlijk een vraagteken achter de titel van mijn praatje zou moeten staan.

Het doel van mijn lezing is U het klassificatiemodel van de W.C.S. te presenteren, U te overtuigen dat dit protocol, wat niet wetenschappelijk onderbouwd is, wel praktisch toepasbaar is voor een wondbehandelingskunstenaar en heel vaak is dat in de praktijk de verpleegkundige.

Dus in aansluiting op de titel van dit symposium, zou ik mijn lezing als tweede titel willen geven "de verpleegkundige als kunstenaar".

Voor de duidelijkheid! Wat verstaan we precies onder protocollen. Als je het in een woordenboek na zoekt heeft het verschillende betekenissen.

1. inleidend deel van een oorkonde
2. boek van akten en oorkonden
3. archief van een notaris
4. verslag van een bijeenkomst
5. geheel van internationale gebruiken
6. proces verbaal
7. gezelschapsspel
8. (oneigenlijk, scherts; berg papieren)

Als je aan collega's vraagt, wat verwachten jullie van een wond-

behandelingsprotocol? Dan zijn de antwoorden niet zo uiteenlopend.

Wat je dan hoort is; een wondbehandelingsprotocol moet duidelijk en praktisch toepasbaar zijn.

Het blijkt dat die twee punten in menig protocol nog wel eens ontbreken. Duidelijkheid vindt men erg belangrijk omdat er door de grote hoeveelheid produkten het vaak onduidelijk is wat nu juist wel of juist niet te gebruiken. Praktisch toepasbaar werd vaak genoemd omdat blijkt dat veel protocollen in de praktijk niet toepasbaar zijn of de ruimte niet geven om te improviseren in een altijd weer uitzonderlijke situatie.

Even terug naar het begin van de problemen. Al in vroeger eeuwen had men de gedachte om wonden te verzorgen.

Bekend zijn de verhalen van het afdekken van wonden met geneeskrachtige bladeren of stukken reehuid. Probleem was vaak de infectie, een probleem wat vaak de dood tot gevolg had. Sinds de ontdekking van de bacteriën door Pasteur, van wie men leerde dat bacteriën werden overgedragen van de ene patiënt naar de andere, heeft men t.a.v. wondbehandeling grote vooruitgang geboekt.

Door de vooruitgang van de wetenschap ontstonden er meer wonden.

Voorbeeld; de mensen worden ouder, hebben dus een grotere kans op bv. een ziekenhuis-opname. Dus grote kans op een operatie of een complicatie. Affijn U kent allen het marktmechanisme. Heeft U een probleem, de industrie helpt het U oplossen. Dus werd de gezondheidszorg overspoeld met wondbehandelingsprodukten. In de Medifo van december 1987 staan 158 produkten genoemd. Het zullen er ondertussen nog wel meer geworden zijn. Allen met het doel de patiënt met een wond zo goed mogelijk te behandelen.

O ja, wat behandelen betreft, in de loop van de jaren is er ook binnen de wondbehandeling een verschuiving opgetreden. Was vroeger de medicus de behandelaar, tegenwoordig is het vaak een multidisciplinaire aanpak, met vaak de verpleegkundige of verzorgende als coördinator.

Dus van wetenschapper naar kunstenaar.

Nou als je verpleegkundigen laat coördineren dan is het logisch dat er volop protocollen geschreven worden.

Waarom doen we dat? We vinden dat met elkaar belangrijk dat iets wat eigenlijk niet tot onze bevoegdheid gerekend kan worden toch inzichtelijk te maken voor andere disciplines. Daarbij heeft het voordelen voor de patiënt want een goed protocol geeft duidelijkheid, overeenstemming in handelswijze en daardoor continuïteit van zorg.

Protocollen dus!

Het Centraal Begeleidings Orgaan gaf in februari 1985 een eerste aanzet met de Consensus Decubituspreventie. Deelde de decubitus in in de verschillende stadia. Een paar jaar later volgde de Consensus Decubitus-behandeling opnieuw n.a.v. de indeling in de verschillende stadia. Een eerste goede aanzet om wat eenduidigheid te krijgen binnen de hele decubituspreventie en behandeling.

Toch blijkt dan in de praktijk dat een paar jaar later bijna niemand je kan vertellen wat de definitie is van een stadium III B wond en wat daar aan te doen. In de praktijk heeft men het over natte vieze schone of diepe wonden. Omdat het dus een hele kunst is om uit deze protocollen wijs te worden, heeft de W.C.S. de kunst verstaan om zelf een praktisch en duidelijk model te presenteren. Het zwart geel rood klassificatiemodel, voor mechanische wonden (dus voor de duidelijkheid niet zo toepasbaar voor bv. brandwonden).

Dit klassificatiemodel is een logische benadering van

wondbehandeling waar ons inziens alleen maar duidelijkheid vanuit kan gaan. Het model gaat uit van een aantal herkenningpunten in mechanische wonden. Het gaat hier niet om een wetenschappelijk model maar om een puur praktisch gericht model voor ieder die te maken heeft met wondbehandeling. Wij stellen dat wonden in principe globaal kunnen worden onderverdeeld in drie herkenningpunten.

Zwarte wonden;
het wondoppervlak is bedekt met een zwarte necrotische korst. Het chirurgisch debridement of necrotomie dient te geschieden, soms kan men als vervolgbehandeling denken aan toepassing van enzymatische produkten.

Gele wonden;
de wond bevat geel geïnfecteerd beslag, reiniging en absorberende behandeling zijn noodzakelijk.

Rode wonden;
het wondoppervlak is schoon en heeft een gezonde granulerende bodem. Een behandeling die de wond vochtig en schoon houdt en tevens bescherming biedt tegen beschadiging is geboden.

Is het nu echt zo eenvoudig. Niet altijd. Niet alle wonden vallen onder dit principe. In de praktijk komt het vaak voor dat het een mengeling van deze drie kleuren is. In dergelijke gevallen dient men de meest storende factor eerst te behandelen. Bijv. als er necrose zit in een geïnfecteerde wond eerst een necrotomie doen voor men aan de reinigingsfase begint. Wij denken dat hanteren van dit classificatiemodel een aanzet kan vormen tot bewust denken en handelen m.b.t. wondbehandeling. Het dient algemeen verbreid te worden. Men spreekt dan over hetzelfde en kan constructief van gedachten wisselen. Tevens biedt het de mogelijkheid dit protocol zo te hanteren dat het aansluit bij de individuele node van elke patiënt. Het biedt ook de mogelijkheid om de verschillende produkten op eenvoudige wijze in zwart geel of rood basisgroepen in te delen.

En indeling is nodig want de wetenschap is behoorlijk bezig geweest met o.a.; kunstfolies, -huid, -film, -gel, -poeder, -gazen, -zalf, -spray, -tulle, -compressen, -vezels, schuimstructuren, alginaatvezels, polyurethanen, dextranen, koolstofhoudende lagen en zetmeelhoudende gel. Dat laatste klinkt trouwens toch erg natuurlijk, maar heeft de wetenschap ook altijd aan de kunstenaar gedacht. Veel van deze produkten zeggen van zichzelf volgens de bijsluitertoeepasbaar te zijn op elke wond, iets waar de W.C.S. en gelukkig velen met ons heel anders over denken. De wetenschap is niet altijd afgestemd op praktijk-situaties. Ik denk dat we als multidisciplinair team een keuze moeten maken voor een of twee produkten in een zwart geel of rood schema.

Behalve dit zwart geel rood model is belangrijk dat U ook nog de volgende eisen aan Uw produktkeuze stelt.

- patiëntvriendelijk zijn
- effectief zijn t.a.v. bevorderen van de fysiologische wondgenezing
- geen toxische werking hebben
- geen contactallergiën veroorzaken
- kostenaspect in vergelijking tot gelijkwaardige middelen
- hoe eenvoudiger des te beter
- voorkom combinatietherapiën.

Laat een persoon of discipline de wondbehandeling coördineren.

Mijns inziens zou dat een verpleegkundige of een verzorgende moeten zijn omdat: de verpleegkundige

- ziet de wond dagelijks
- voert de afgesproken behandeling uit
- rapporteert resultaten
- motiveert de patiënt.

U weet wondbehandeling is maatwerk en dient zodanig uitgevoerd te worden. Gerichte aandacht voor de individuele patiënt en zijn naasten zijn van groot belang. Zonder goede voorlichting en goede preventie is een optimale behandeling niet mogelijk. Dit alles maakt de keuze van de juiste methode misschien nog wel belangrijker als het middel.

De juiste methode zou beschreven kunnen zijn in een protocol geënt op het zwart geel rood model van de W.C.S.

Het protocol dient per stadium goed uitgewerkt te zijn met;
- standaard afspraken of procedures.

t.a.v.

ieders rol in het behandelteam eisen die aan een produkt gesteld worden in een bepaalde fase. zorgdragen voor goede documentatie. goede evaluatie.

Eigenlijk zou een goed protocol toepasbaar moeten zijn in elke situatie. Het kan toch niet zijn dat wondbehandeling per veld wezenlijk verschilt.

Voordeel van het beperkt houden van het aantal produkten, maakt ook de invoering of vervanging of het evt. uit proberen van nieuwe produkten minder gecompliceerd. Probeer s.v.p. niet alles tegelijk. Kijk goed naar wat je in die bepaalde fase al gebruikt en beoordeel m.b.v. goede evaluatieformulieren of een nieuw produkt inderdaad een verbetering is van hetgeen er nu gebruikt wordt.

Tijdens de cursus olieverb van Teleac hoorde ik bij het maken van een olieverb schilderij de schilder zeggen: "het is toveren met verschillende produkten, waarom je het doet is vaak niet duidelijk".

Laten wij als wondbehandelingskunstenaars niet gaan toveren met wondbehandelingsprodukten. Maar met elkaar duidelijk houden waar we mee bezig zijn.

Wij als W.C.S. proberen het in ieder geval, dat het model aansluit blijkt uit de afgelopen vijf jaar. De vereniging is gegroeid naar 700 leden, leden zijn afdelingen van ziekenhuizen, verpleeghuizen, kruisverenigingen, groepspraktijken etc. Wij geven vier maal per jaar onze Nieuwsbrief uit met informatie over wondbehandeling. Organiseren symposia en de infotelefoon wordt dagelijks gebeld. Ook U kunt lid worden van onze vereniging. Het model slaat ook aan bij de industrie, kijk maar eens naar het

logo v.h. symposium. Dat het model ook werkt in de praktijk hoorde ik deze week nog van een hoofdverpleegkundige uit een verpleeghuis. Ze vertelde me dat ze voorheen met 42 verschillende produkten in het hele verpleeghuis werkten. M.b.v. een goed protocol geënt op ons klassificatiemodel hebben ze het teruggebracht naar zes.

De resultaten zijn nu beter als voorheen.

Dus toch;

DE ZIN VAN PROTOCOLLEN.

Herman van der Klij

Stafmede-
werker A.Z.M.
Bestuurslid
W.C.S.

Zin of onzin van protocollen

Voorzitter, dames en heren,

Toen enkele weken geleden Dhr. Willemsteijn van de organiserende firma mij bezocht, werd de vraag gesteld of ik bereid was om mee te werken aan een bepaald onderdeel van dit programma. Al snel lag mijn voorkeur op tafel: zin of onzin van protocollen. Er werd toen ook afgesproken dat ik voor deze presentatie een kwartier ter beschikking zou krijgen, maar nu ik hier eenmaal sta ben ik niet van plan me hier aan te houden, tegen het protocol van deze bijeenkomst in neem ik wat langer de tijd om u het een en ander te kunnen vertellen aangaande de problematiek rondom PROTOCOLLEN.

Doch voorzitter maakt u zich maar verder geen zorgen meer, ik zal me conform de richtlijnen aangaande dit praatje strak proberen te houden aan het tijdschema.

Al gaande met de voorbereidingen voor deze bijeenkomst viel het me op hoeveel we eigenlijk in het dagelijkse leven te maken hebben met richtlijnen c.q. protocollen. Kijk maar eens naar bijv. de regelgeving m.b.t. het verkeer, en de gevolgen ervan als u zich hieraan niet conformeert! Of een ander voorbeeld is misschien wel de sport, en een beetje chauvinisme mag er wel in dit optreden worden weergegeven, zodoende dat ik het voetbalteam van MVV als voorbeeld wil stellen.

Het team zal volgens mij te werk gaan volgens bepaalde richtlijnen (ook al is dit aan de stand niet direct af te leiden), men voetbalt volgens een bepaald protocol, waarin de taken c.q. opdrachten van ieder spelend individu zijn afgesteld op het totaal functioneren van de ploeg zodat er RESULTAAT behaald kan worden, een en ander wordt verder nog eens specifiek bijgesteld op basis van de tegenstander.

Deze voorbeelden overlopen uit ons maatschappelijk circuit, kom ik dan nu terecht in de wereld van de gezondheidszorg.

Ook binnen de instellingen waar wij allen werken, worden wij voortdurend geconfronteerd met richtlijnen c.q. protocollen.

Ook de activiteiten rondom protocollering zijn de laatste jaren ontzettend toegenomen, en hiermee dus ook een stuk problematiek zowel aan de zijde van de gebruikers als aan de beleidsmatige kant. Vanuit het beleidsmatige zou ik gaarne het volgende willen opmerken.

Hoe en waarom komen protocollen tot stand?

Voor wie zijn ze bestemd?

Wat is het beoogde effect?

Om zomaar even een paar kreten te benoemen. Er zijn volgens mij diverse invalshoeken die het maken van een protocol beïnvloeden, op de eerste plaats vanuit het standpunt van de werkgever die stelt hoe er in een bepaalde situatie gewerkt dient te worden, en vanuit de gebruikerszijde die het prettig zouden vinden om uniformiteit te kunnen bewerkstelligen naar bepaalde handelingen toe.

Verder kan het natuurlijk ook zo zijn dat bijv. een materiaalkeuze bepalend kan zijn of er al dan niet volgens protocol voor die specifieke handeling gewerkt dient te worden.

Graag wil ik nu zo'n interne voorbereiding qua protocol met u in grote lijnen even doorlopen. Ik ga even uit van een recent voorbeeld met name de ontwikkeling van het standaard verpleegplan protocol t.b.v. decubitus preventie en behandeling. Twee jaar geleden werd er een start gemaakt om dit

protocol van de grond te tillen, via een werkgroep die multidisciplinair was samengesteld uit bijv. medici, fysiotherapeut, (revalidatie)arts, verpleegkundige en stafmensen, werd er m.b.t. de genoemde protocollen consensus bereikt over doelstelling, inhoud en werkwijze. Deze protocollen dienen dan te worden getoetst in de praktijk, en daar het hier handelde om een totaal nieuwe werkwijze c.q. benadering (met name omdat het een en ander verliep volgens de standaard-verpleegplan procedure) werd er geruime tijd en investering uitgetrokken om een en ander goed voorbereid op de 2 proefafdelingen te introduceren en vervolgens te begeleiden. Doch toen kwamen de eerste problemen al snel boven water drijven, doordat de verpleegafdelingen moeilijk door de materie heen wilde bijten. De 3 maanden van proefdraaien zijn vaak ontzettend moeilijk verlopen omdat de verpleging op den duur het bijna totaal liet afweten, en dit nog niet eens vanuit inhoudelijke kritieken doch vaak alleen vanuit het standpunt tijdrovend, omslachtig etc. zonder te kijken naar echte praktijk-effecten voor patiënt en voor henzelf. Dan ontstaan er moeilijke tijden voor beide partijen om uit deze put te komen, want zoals u weet is de praktijktestfase ontzettend belangrijk en medebepalend voor de rest van de strategische invoering in de gehele instelling. Uiteindelijk wordt er na enig bijstellen van het protocol besloten om na goedkeuring van zowel de totale dienst enerzijds en de directie anderzijds het protocol te introduceren. Dan begint meestal de lange en moeilijke weg van met name introduceren en follow-up geven aan dit totale gebeuren. De ervaringen hebben inmiddels geleerd dat vanaf het ogenblik dat dan de begeleiding wegvalt, dit tevens ook meestal betekent dat de uitvoering van het protocol met een sneltreinvaart mindert, met andere woorden hier gaat het mis c.q. de klad erin!!!! Deze situatie komt telkens weer opnieuw voor, en wij zijn nauwelijks bij machte om dit

probleem over de volle lengte te tackelen. Er zijn wel oorzaken voor aan te wijzen dat een en ander zo verloopt. Want wat denkt u dat er gebeurt als u niet bereid bent zich te houden aan eerder vermeld verkeersreglement. U loopt absolute risico's beboet te zullen worden bij het niet naleven van de afgesproken regelgeving. Hetzelfde lot ondergaat de voetballer die zich absoluut niet aan de spelregels wenst te houden en dit via grove overtredingen nog eens kracht bijzet richting tegenstander en/of scheidsrechter, hij zal worden beloond met geel of rood.

Doch in de gezondheidszorg is het mogelijk om zich van het een en ander absoluut te verschonen, vaak onder het mom van: WE DOEN HET TOCH GOED, DE PATIËNTEN GAAN TOCH OOK GEZOND NAAR HUIS, OF IETS IN DE TREND VAN WE HEBBEN ABSOLUUT GEEN TIJD VOOR DIT SOORT OMSLACHTIGE PROTOCOLLEN OF ANDERE DOOR NIET PRAKTIJK-MENSEN UITGEDACHTE FLAUWEKUL.

Hier valt dan het keerpunt in de discussie over de zin of onzin van protocollen, want aan de andere kant van de gezondheidsweg staat de tekst geschreven "KWALITEIT VAN ZORG" en hier hebben we met z'n allen toch iedere dag weer opnieuw de mond van vol.

Mijn visie is wel dat het een en ander wel heel duidelijk met elkaar heeft te maken!

Het is met name dit laatste aspect KWALITEIT VAN ZORG, dat ons de komende jaren o.a. in de race zal houden m.b.t. datgene wat wij als ziekenhuis c.q. instelling hebben te bieden aan onze klanten.

Niet dat ik direct wil praten over de huidige Amerikaanse toestanden met hun eigen manier en aanpak qua patiëntenwerving, doch het zou mij niet verbazen als in het jaar 2000 wij ook geconfronteerd worden met dit soort praktijken. Ik zie het al voor me dat op de achtbaans snelweg tussen Treebeek en Amstelveen een groot bord staat met de

volgende tekst: BIJ KLACHTEN AAN UW NIEREN EN/OF LEVER, SPOEDT U VOOR EEN GRATIS CONSULT NAAR "DE WEVER", of dat op het tot golfterrein omgebouwde woonwagenvak "DE VINKENSLAG" de volgende lichtkrant steeds opflikkert: BIJ PIJN AAN ELK GEWRICHT, LAAT U CHECKEN IN HET ACADEMISCH ZIEKENHUIS MAASTRICHT.

Dit lijkt belachelijk, maar ik ben er toch redelijk van overtuigd dat in ieder geval de instellingen zich met name op dit soort aspecten zullen profileren naar de cliënten toe, en dan zal het begrip kwaliteit van zorg een zeer grote rol spelen. Daar is dan nog wel enige intensieve arbeid voor nodig om op dit level te komen en vooral te blijven.

Ditzelfde geldt voor MVV, die waarschijnlijk in het jaar 2032 kampioen van Nederland zullen worden, en dit na vele jaren van investeren en zwoegen, om via het vooropgestelde speelprotocol te komen daar waar het uiteindelijk, gezien hun doelstelling, om was begonnen. Een lange weg van vallen en opstaan, met veel maatregelen van ook waarschijnlijk onprettige aard gedurende dit traject. Dit alles overlopend lijkt mij de boodschap nog al duidelijk: als wij met z'n allen mee willen op het kwalitatieve nivo, dan lijkt het mij absoluut noodzakelijk dat wij het merendeel van ons belangrijke werk blijven conformeren aan regelgevingen c.q. protocollen. Als we niet voor deze aanpak en voor dit nivo kiezen kunnen we inderdaad bovenvermelde zaken en dus alle protocollen laten schieten, u kunt het dan vervolgens allemaal naar eigen goeddunken inrichten, jammer dat dan van enige uniformiteit absoluut geen sprake meer kan zijn.

Wel zal het zo moeten zijn, dat daar waar uiteindelijk zal worden gekozen voor protocollaire aanpak ook de andere kant van deze medaille wordt meegenomen c.q. geïntegreerd, dit betekent controle op uitvoering en naar gelang de bevindingen maatregelen treffen

tegen degene die het op dat moment betreft, want doordat met name dit laatste aspect ontbreekt is het uitvoering geven aan een protocollair beleid er een van teveel vrijheid blijheid. Dit kan alleen worden getackeld door overtreders te bestraffen met geel of rood!! Ik geef toe geen zachte weg, maar in mijn ogen wel de enigste om in ieder geval de doelstelling van onze instelling te bereiken, optimale patiëntenzorg. Wel zal het dan ook zo moeten zijn dat aan alle voorwaarden t.b.v. een goede uitvoering kan worden voldaan, met name scholing c.q. bijscholing zijn dan ontzettend belangrijk, het vragen van effectief handelen heeft deze facetten zeker nodig. De keuze is aan u en aan de leiding van de diverse instellingen, om te komen tot deze gecontroleerde manier van werken, een keuze voor de toekomst en kwalitatief gericht. Tot slot nog dit, denkend over het een en ander viel mij het volgende in:

Misschien een tekst voor een tegeltje t.b.v. een willekeurig patiëntentoeilet:

*Wat in onze instelling telt is dat u optimaal herstelt voor een goede kwaliteit van
zorg
staan mede onze behandel-
protocollen borg
ons personeel zal daarom ook
zeer gericht aan u werken
iets waarvan u als patiënt veel
zult merken!!!*

Protocollen "Zin en Onzin"

Inleiding:

Afgelopen oktober 1989, heeft de WCS (Woundcare Consultant Society / Ned. Ver. voor Deskundigen in Wondbehandeling) haar 5-jarig bestaan gevierd met een 2-daags congres, waar per dag bijna duizend belangstellenden waren.

Sara
Zwarts
WCS.

In die afgelopen 5 jaren van ons bestaan hebben we veel bereikt. Het is begonnen met twee verpleegkundigen (Ben de Waal en Barry Willemsteyn) die zagen dat de vele wondverzorgingsproducten op de markt verkeerd werden toegepast of verkeerd gebruikt en daar orde in wilden scheppen.

Op weg geholpen door een grote firma die plezier had in het idealisme van deze mensen, zijn we nu een vereniging van ruim 800 leden, brengen 4 x per jaar ons WCS-nieuws uit (een fraai dik blad) en hebben we een bestuur van 8 mensen. De bestuursleden zijn verpleegkundigen die voor 100% werken en zich daarnaast uitleven in hun hobby: wondverzorging en -behandeling.

We geven bijscholing aan wijk-verpleegkundigen, huisartsen, apothekers, HBO-V opleidingen, inservice opleidingen, verpleeghuizen en geven lezingen op congressen en symposia. Via onze infolijn verwerken we dagelijks veel vragen om advies inzake wondbehandeling.

Als WCS-bestuurslid (divisie Ulcus Cruris en Decubitus) krijg ik aanvragen voor protocollen over open benen, decubitus behandeling en preventie, het wegzachtelen van vocht in de benen en wondverzorging. Vaak ook, worden ons protocollen toegestuurd ter beoordeling en duiken er ineens weer oude protocollen op, die allang weer achterhaald zijn.

Als verpleegkundige, werkzaam in

het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (AMC), is mij opgevallen dat protocollen worden gemaakt door gespecialiseerde verpleegkundigen voor wie veel basisproblemen gesneden koek zijn en waar ze in een protocol dan ook niet verder op ingaan.

Voor een afdeling van een ander specialisme kan dit weer verwarring scheppen.

Een protocol dient om de zaken op een rijtje te zetten, duidelijk en op niet mis te verstane wijze. Dingen die voor de één heel gewoon zijn, zijn volstrekt nieuw voor anderen.

De protocollen schieten als paddestoelen uit de grond. Ieder ziekenhuis, ieder verpleeghuis, iedere basiseenheid van de wijk-verpleging, ieder bejaardenhuis, polikliniek, opleidingsinstituut voor de verpleging; iedereen is bezig zijn eigen individuele wiel uit te vinden.

Een voorbeeld van een protocol is het classificatiemodel van de WCS. Hierin wordt duidelijk gemaakt hoe een wond behandeld moet worden, uitgaande van het kleuraspect. Ongeveer vijf jaar geleden hebben we dit model uitgebracht en sindsdien zie je het vaak verschijnen in advertenties voor wondbehandelingsmiddelen, protocollen van opleidingen, wijkverpleging en decubitus-behandelingsprotocollen. Helaas niet altijd met bronvermelding.

Het classificatiemodel gaat uit van

- zwart --- verwijderen van necrose, chirurgisch of enzymatisch
- geel --- reinigen van de wond
- rood --- beschermen van de wond

Als je je hieraan houdt, kun je nooit ver uit de koers raken. Nog niet echt duidelijk is, **welke** middelen in een bepaald gebied gebruikt moeten worden en **hoe** ze gebruikt moeten worden.

Ook daarin verschaft de WCS klaarheid. Er zijn oneindig veel middelen in de handel, maar je

kunt ze allemaal rangschikken onder zwart/geel/rood. Onze infotelefoon staat rood-gloeiend met vragen als: Ik gebruik product A al 2 maanden en zie geen verbetering. Wat kan ik nog meer doen?

Hoe gebruik je die middelen?

- Weet iedereen dat unitulle tussen elasezalf en het afdekkend verband moet?
- Dat over een uitgeknepen fysiologisch zoutgaas een droog gaas gelegd wordt vanwege de zuigende werking?
- Dat de drab die je ziet als je de duodermplak verwijdert, niet betekent dat dat een vieze wond is?
- Dat zinkzalf iets anders is dan zinkoxydesmeersel?
- Bengelen, genoemd in het mobilisatieprotocol, is dat gelijk aan bungelen? Hoe moet dat eigenlijk?

Zo zijn er nog legio voorbeelden.

In het AMC is in samenwerking met het innovatieproject Amsterdamse Gezondheidszorg een Behandelingsprotocol ontwikkeld voor mensen met een open been. Bestemd voor gebruik in de eerste lijn. Een zeer volledig protocol, waardoor veel patiënten niet hoeven te worden opgenomen, maar thuis genezen met hulp van de wijkcentra. Ter ondersteuning van dit protocol geeft de Polikliniek Dermatologie zwachtelcursussen aan wijk-verpleegkundigen, geeft advies en houdt nauw contact met de eerste lijn. Dit project loopt prima en toch is er weer verwarring bij de wijkverpleegkundigen.

Als WCS-bestuurslid werd ik gebeld door een wijk-verpleegkundige uit Amsterdam met de vraag: "Van mijn collega, die de zwachtelcursus van het AMC heeft gedaan, heb ik geleerd hoe te zwachtelen. Maar nu heb ik een patiënt die onder controle is bij de VU en daar zwachtelen ze weer anders. Wat moet ik doen?" Moeilijk. We moeten consensus bereiken. De Verpleegkundige

Wetenschappelijke Raad heeft onder de hoed van het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing), de werkgroep "Zwachtelen" opgericht, die eind van dit jaar hoopt te komen tot consensus over landelijke richtlijnen voor het zwachtelen met druk. Dit zal duidelijkheid geven.

Als ik een aantal verschillende protocollen voor decubitus-preventie en behandeling naast elkaar leg, blijkt dat er een vaste en duidelijke lijn is: n.l. ze gaan allemaal uit van de resultaten van de Decubitus Consensus bijeenkomst van het CBO. Deze basiskennis is algemeen. De richtlijnen zijn landelijk getoetst en aanvaardbaar gebleken. Toch gebruikt elk ziekenhuis weer andere middelen. Het lijkt alsof ieder ziekenhuis zijn eigen stokpaardjes heeft.

Het doel van al deze protocollen, het doel waar alles om draait, het doel waar wij naar streven is een goede, uniforme behandeling van de patiënt.

Je kunt een protocol niet zodanig opstellen dat het iedere patiënt dekt.

Iedere patiënt is een uniek individu.

Betrek de patiënt bij alles wat je doet.

Gun hem/haar het recht om over zijn/haar eigen situatie na te denken en daar zelf iets aan te veranderen.

Wij zijn zo gauw geneigd alles voor de patiënt te regelen en torpederen de **zelfzorg** al gauw tot alleen ADL-functies.

Betrek de patiënt bij zijn genezing.

Laat hem/haar hier zelf actief bij zijn.

Luister naar de angsten en onzekerheden van de patiënt. Neem klachten en pijn serieus en stel hem/haar je verpleegkundige kennis ten dienste.

Betrek de patiënt bij de wondbehandeling.

Laat hem/haar de wond bekijken, elke dag weer.

Vertel waarom je een bepaalde

therapie toepast en wat je daarvan verwacht.

Laat bij decubitus de patiënt zelf meedenken over wat b.v. voor hem/haar de gemakkelijkste en doeltreffendste manier is om de druk op te heffen.

Vertel **waarom**.

Een protocol kan prachtig en volledig zijn, maar het blijft een leidraad. Niet méér.

De WCS brengt eind van dit jaar een verpleegkundig wondenboek uit. Daaraan verbonden is een cursus, toegankelijk voor iedereen, werkzaam in de gezondheidszorg, die meer wil weten over algemene en specifieke wondbehandeling, zoals Traumatische wonden, Brandwonden, Ulcus Cruris, Decubitus en Stomazorg. Ons doel is, net als met de veelheid van wondverzorgings-producten, éénheid te scheppen en een algemeen aanvaard geheel van praktische én achtergrond informatie over deze onderwerpen te verschaffen.

Wij zullen consensus bereiken met Oost-, West-, Zuid- en Noord-Nederland.

Daarbij hebben wij de beschikking over de laatste informatie uit de academische ziekenhuizen, onze adviesraad van gerenommeerde deskundigen én de eerste lijn, waar het telt.

Momenteel hebben we contact met diverse groepen uit den lande, die onder andere via protocollen hun kennis willen uitdragen.

Ook in Groningen wordt hard gewerkt.

Ik heb een goed doordacht cursusprogramma gezien, mijn collega Jintiene Zeilstra zal hier straks meer over vertellen.

Wij proberen orde te scheppen, consensus te bereiken en gezamenlijk zodoende een veelomvattende cursus te geven op het gebied (beperkt maar o zo groot) van wondbehandeling.

Laten we alle uitgevonden wielen, waar ieder zoveel energie in heeft gestoken, samenbrengen en landelijk overeenstemming bereiken.

Goed voor ons allemaal en met name voor de patiënt.