

WONDBEHANDELAARS BUITENSPEL? ACTIE NU VOOR KWALITEITSBEHOUD IN DE TOEKOMST

F. van Wijck*

Bent u wondbehandelaar? Dan dient u erop bedacht te zijn dat Haagse plannen voor een ingrijpende verandering in uw werk gaan zorgen. Weet u precies wat met deze zin bedoeld wordt? Dan bent u al geruime tijd ongerust over de continuïteit van de wondzorg en de kwaliteit die u uw patiënten kunt bieden. Weet u niet welke Haagse plannen in voorbereiding zijn? Dan wordt het hoog tijd om u zorgen te gaan maken.

Het begrip functionele bekostiging zal inmiddels bij iedereen die in de zorg actief is bekend zijn, in ieder geval op hoofdlijnen. We kennen het tot nu toe voornamelijk van de plannen van minister Klink om voor een viertal chronische ziektebeelden (diabetes, hart- en vaatziekten, hartfalen en astma/COPD) tot een systematiek van keten-DBC's te komen.

En aan deze systematiek hangt hij de naam functionele bekostiging omdat hij de vergoeding niet aan de functie van een behandelaar wil hangen, maar aan de gehele keten van behandelaars waarmee de patiënt voor de behandeling van zijn ziektebeeld te maken krijgt. En daarbij is het nadrukkelijk de bedoeling van de minister de patiënt zoveel mogelijk buiten de (dure) tweede lijn van het ziekenhuis te houden, en de behandeling zoveel mogelijk in de (goedkopere) eerste lijn te laten plaatsvinden. Kwaliteitsverhoging en kostenbeheersing moeten zo hand in hand gaan, is zijn overtuiging.

Dit kan werken. En de plannen voor functionele bekostiging voor chronische ziekten verdienen beslist een kans. Maar minister Klink wil het systeem van functionele bekostiging ook op andere fronten gaan inzetten. Hiermee krijgt u als wondbehandelaar al op korte termijn heel rechtstreeks te maken, en uw patiënten ook. En of daarbij de vooruitzichten net zo interessant zijn als bij de functionele bekostiging voor chronisch zieken, valt nog te bezien.

VEEL VERDERGAANDE KOSTENBESPARING

De plannen die minister Klink met functionele bekostiging heeft, reiken veel verder dan de vier chronische ziekten waarnaar alle media-aan-

dacht nu uitgaat. Voor eind 2011 wil hij alle medische hulpmiddelen en alle ziekten onder het systeem van functionele bekostiging hebben gebracht. En zijn belang hierbij is hetzelfde als bij die drie chronische ziekten: een aantoonbare kostenbesparing realiseren door deze zorg weg te trekken uit de ziekenhuizen en te substitueren naar de eerste lijn. Klink wil kortom zwaar bezuinigen op de ziekenhuiszorg en de behandelaars in de tweede lijn dwingen om zo dicht mogelijk naar de huisartsen en andere eerstelijns aanbieders toe te kruipen.

In Engeland wordt reeds gewerkt met *chronical care* pakketten, die regionaal de zorg rondom een ziektebeeld regisseren. De regisseur in het ketenzorgtraject betaalt een boete als hij de patiënt naar het ziekenhuis laat gaan en ontvangt een bonus als hij erin slaagt de patiënt in de eerste lijn te houden. De plannen die Klink voor ons land heeft, zijn heel goed met dit Engelse systeem te vergelijken. En de vergelijking met wat daar gebeurt, maakt meteen duidelijk hoe ingrijpend de gevolgen hiervan kunnen zijn voor de autonomie van de behandelaar en voor de kans voor de patiënt om precies de zorg te krijgen die hij nodig heeft.

PROCESBESCHRIJVING VOOR HULPMIDDELEN

Klink is voorts van plan ieder ziektebeeld te laten beschrijven op basis van de functiestoornis die moet worden opgeheven of gecompenseerd. Hiervoor bestaan reeds internationale standaarden. De ziekenhuizen kennen deze als de ICD-10 code, de chronische zorg thuis als de ICFS-indelingscode. Om functiestoornissen bij ziekte te kunnen opheffen of

compenseren, zijn medische hulpmiddelen en ook behandelingen nodig. En om deze in te kunnen passen in de beschrijving van ziektebeelden die Klink voor ogen staat, maakt hij gebruik van de *Procesbeschrijving hulpmiddelen*.

Deze procesbeschrijving brengt de hele keten van activiteiten in de hulpmiddelenzorg in beeld: alle stappen dus vanaf het signaleren van het probleem tot aan de evaluatie van het gebruik van het toegepaste hulpmiddel of de therapie. De gedachte achter deze procesbeschrijving is dat deze de patiënt heel goed inzicht biedt in de zorg die hem geboden wordt. De aanpak geeft aandacht voor het individuele zorgproces en wordt dan ook breed gedragen door alle partijen, ook de patiëntenverenigingen.

De Procesbeschrijving hulpmiddelen beschrijft heel nauwgezet in stappen wat de stoornis is, hoe die moet worden behandeld en welke oplossing (dus een therapie of medische hulpmiddelen) daarbij nodig is. Om vervolgens tot het juiste hulpmiddel te komen, is CLIQ bedacht, wat een afkorting is voor Classificatie Impliceert Qualiteit. De kwaliteit moet dus centraal staan. Alle soorten van hulpmiddelen zijn ingedeeld in zestien categorieën. Voor die categorieën is een classificatiesysteem gemaakt, die zó helder moet zijn, dat uit ieder probleem het "meest adequaat functionerende" medische hulpmiddel kan worden afgeleid voor de behandeling ervan.

ALLES ONDER ZORG- STANDAARDEN

Het klinkt op papier allemaal mooi: de patiënt en diens probleem staan centraal, en een zorgvuldige afwe-

ging op basis van standaarden leidt tot de optimale behandeling en het optimale medische hulpmiddel hiervoor. Maar is dit ook de praktijk? Onder de *Procesbeschrijving hulpmiddelen* komen zorgstandaarden te hangen. En daar doet zich een probleem voor: wat niet onder deze standaarden geschaard kan worden, wordt niet gezien als bestaande zorg en wordt dus ook niet vergoed. In de praktijk betekent dit dat alle jarenlang opgebouwde expertise van de zorgprofessional volledig in het kader wordt geperst van de beslissboom die de *Procesbeschrijving hulpmiddelen* afdwingt. Diens rol wordt dus volledig uitgedaagd en wordt gereduceerd tot het volgen van stappen in een proces die zijn vastgesteld op basis van een protocol in plaats van een individueel proces. De grote dreiging die hier achter ligt, is dat de rol van de professional in feite door iedereen kan worden overgenomen die in staat is het protocol te volgen. Eén van de zorgprofessionals die hiervan de gevolgen gaat ondervinden, is de wondbehandelaar.

KOSTENBESPARING VOOROP

Dat dit alleen maar kan uitlopen op een drama, zal inmiddels duidelijk zijn voor iedereen die het bovenstaande heeft gelezen. Het inzetten van zorgstandaarden is op zich nog niet zo gek. Het kan helpen om het toekomstige probleem van te weinig handen aan het bed te ondervangen. Maar de invulling ervan is verkeerd, want de gekozen insteek heeft helemaal niets te maken met verbetering van de zorgkwaliteit. Die heeft alleen maar te maken met kostenbesparing. Het drama is dus al gaande voordat de wondbehandelaar überhaupt aan de keuze van het medisch hulpmiddel toe is. CLIQ is gebaseerd op de vraag welke eigenschappen het product heeft die helpen om het disfunctioneren van de patiënt op te lossen. Het probleem hiermee ten aanzien van wondbehandeling is dat de meeste hedendaagse wondproducten meer dan één unieke eigenschap hebben. Ze creëren bijvoorbeeld niet alleen een vochtig wondmilieu, maar gaan ook maceratie aan de wondrand tegen en voeren wond-

vocht en bacteriën af uit het wondbed. Dat is en-en-en, terwijl de classificatie van CLIQ gebaseerd is op of-of-of. Dit maakt CLIQ tot een classificatiemodel dat voor wondbehandelaars per definitie niet werkt. Wondzorg is dermate complex dat die nooit in zo'n protocol te vangen is en nooit tot een standaard wondproduct te herleiden valt. Het gevaar is dus dat alle kwaliteitsonderscheidende elementen van wondproducten naar de achtergrond verdwijnen. Iemand met een diabetische voet en onderliggend lijden heeft een ander wondproduct nodig dan iemand van 85 in een verzorgingshuis met een toestand van ondervoeding die ook een voetwond heeft.

MEERWAARDE LATEN ZIEN

De waarschuwing die nu richting wondbehandelaars moet gaan luidt dus als volgt: als CLIQ inderdaad doorgang vindt – en daar lijkt het wel op – dan houdt de wondbehandelaar weinig ruimte over om het wondprobleem en het onderliggend lijden in kaart te brengen en wordt hij geconfronteerd met een classificatie voor wondmiddelen waaruit geen enkel kwaliteitscriterium meer naar boven kan komen. Deze ontwikkeling verkeert in een te gevorderd stadium om nog te kunnen worden afgewend. In de hierboven beschreven systematiek komt de patiënt weliswaar centraal te staan. Maar de zorg die hij ontvangt, moet wel zo goedkoop mogelijk worden geleverd. Alleen dit is de focus van het ministerie van VWS voor de komende twee jaar. De CG-Raad en de zorgverzekeraars stellen zich op het standpunt dat de beschreven ontwikkeling inderdaad de patiënt centraal stelt. Maar de wondbehandelaar wordt volledig buitenspel gezet en hierdoor komt hoe dan ook de patiënt eveneens in de kou te staan. De wondbehandelaars worden immers in een behandelprotocol geperst dat in de invulling geen enkele ruimte biedt voor persoonlijke accenten. Een brede roep is nodig om te voorkomen dat we straks in een systeem gevangen zitten dat niet werkt. De wondverpleegkundige moet zich

bewust worden van het feit dat hij moet laten zien wat zijn meerwaarde is ten opzichte van een standaard zorgproces. Hoe? Door binnen het team inzicht te bieden in de manier waarop het zorgplan tot stand komt. Hij moet de complexiteit van het beroep in beeld brengen en laten zien dat zijn deskundigheid onmisbaar is om de patiënt een optimale wondbehandeling te garanderen. Gebeurt dit niet, dan wordt die patiënt schade toegebracht doordat hij veel langer met een wond blijft rondlopen, of doordat zijn wond helemaal niet geneest terwijl dit technisch gezien wel degelijk mogelijk is.

SNELLE ACTIE GEBODEN

Misschien hebben de wondbehandelaars te lang gedacht dat het gecombineerde plan van de *Procesbeschrijving hulpmiddelen* en CLIQ nooit werkelijkheid kon worden. Maar nu duidelijk is dat dit wel degelijk zal gebeuren, moeten zij heel snel een countervailing power ontwikkelen. De wereld om hen heen gaat veranderen. En als ze daar invloed op willen uitoefenen, zullen ze snel moeten zijn. Dit lukt alleen als de wondbehandelaars dit samen oppakken. Ze moeten kritische vragen stellen aan het management en laten zien dat de opzet die nu gekozen lijkt te gaan worden, alleen maar in het nadeel van henzelf en hun patiënten kan uitpakken.

Dit is het derde in een serie van drie artikelen, geschreven op initiatief van WCS en Nefemed, over de gevolgen die de macro-economische ontwikkelingen in ons land kunnen hebben voor de wondzorg. Het eerdere twee artikel "De wereld draait door. Discussies achter gesloten deuren met directe gevolgen voor u" en "Wondzorg op de politieke agenda. Actie nu voor kwaliteitsbehoud in de toekomst" werden gepubliceerd in de vorige twee edities van dit tijdschrift.

Meer informatie: www.nefemed.nl en www.wcs-nederland.nl.

*Frank van Wijck