

ONTWIKKELING VAN EEN REGIONAAL KWALITEITSPROJECT WONDZORG, OF: 'HOE WIJ DE WETENSCHAP BIJ DE WOND BRENGEN'

F. Meuleneire*

Sinds een tiental jaren wordt in ons ziekenhuis intensief gestreefd om de actuele principes van wondzorg te vertalen en over te brengen naar de praktijk. Goede wondzorg is veel meer dan het ontwerpen en introduceren van een procedure. Het is noodzakelijk om de onophoudende ontwikkelingen binnen de wondzorg op de voet te volgen. Daarom trachten we zowel nationale als internationale bijscholingen en congressen bij te wonen. Op die manier houden we contacten met alle belangrijke referenties op vlak van wondzorg. Dit is nodig om praktijkervaring te kunnen uitwisselen.

Zowat zes jaar geleden merkten we dat onze kennis en inzicht op vlak van wondzorg soms ver af staat van de kennis van de doorsnee verpleegkundige die dagelijks de wondzorg moet uitvoeren. Ook de communicatie naar de thuiszorg verloopt meestal niet naadloos. Daarom hebben we een jaar later, in 2001, een 'WONDFORUM' opgericht.

We hadden de intentie om zoveel mogelijk mensen - in een straal van 15 km rond ons ziekenhuis - te stimuleren om zich op vlak van wondzorg te verdiepen en zich te engageren rond dit probleem. Onze doelstelling is om een informatiedoorstroming op vlak van wondzorg te organiseren, waardoor het niveau van de wondzorgkwaliteit in onze regio beduidend verbetert.

De doelgroep is alle geïnteresseerden die op een ongedwongen interactieve wijze willen bijscholen over wondzorg: zowel verpleegkundigen uit ziekenhuis, thuisverpleging, rust- en verzorgingstehuizen, artsen uit ziekenhuis en huisartsen.

Het wondforum wordt 6 x per jaar georganiseerd. Aan de hand van videomateriaal, casuïstiek, probleembespreking en presentaties

laten we telkens een interessante en leerrijke gedachtewisseling ontstaan. Elke keer wordt een externe spreker uitgenodigd om een of andere specialiteit te komen uitleggen (bv: brandwonden, diabetes voetwonden, beheersen van wondexsudaat, vacuüm wondbehandeling, ...). Op die manier trachten we elk wondprobleem door een specialist te laten uitleggen. Zowel verpleegkundigen welke gespecialiseerd zijn in één of ander domein van wondzorg, als professoren van één of ander universitair centrum, komen aan bod tijdens de verschillende 'Wondfora'. Om een overzicht en kennis te ontwikkelen over de verscheidenheid van het wondzorgmateriaal, wordt telkens een vertegenwoordiger van één bedrijf uitgenodigd, die zijn producten kan voorstellen en waarbij de mogelijkheid geboden wordt om contacten te leggen.

Het 'Wondforum' gaat steeds door in het auditorium van ons ziekenhuis. Tijdens een korte pauze kan iedereen even herademem terwijl we een broodje en een frisdrank of koffie aanbieden. In september 2006 zijn we al aan het 34ste 'Wondforum' toe. We zijn ervan overtuigd dat dit initiatief een grote stap betekent om de wetenschap van de wondzorg wat dichter bij de wond te brengen. Dit lokale initiatief, dat in België vrij uniek is, betekent een belangrijke uitstraling voor ons ziekenhuis. Waar voorheen nauwelijks contacten bestonden tussen intra- en extramuraal, zien we nu dat er geen barrière



meer bestaat om met elkaar te praten over de specifieke wondproblemen. Bovendien is een belangrijke vertrouwensband ontstaan tussen artsen en verpleegkundigen. Nu artsen zien hoe wij vanuit een wetenschappelijke informatiebron de wondzorg toepassen, laten zij veel meer beslissingen in het wondzorgbeleid over aan de verpleegkundigen.

DE START VAN EEN WONDCESTRUM

Na enige tijd werd het hoog dringend om een structuur te creëren waarbij het aanbod van wondzorg zo goed mogelijk zou gekanaliseerd worden. Begin 2003 ontstond het idee om een multidisciplinaire diabetes voetklinik op te richten. Twee jaar na het eerste 'Wondforum', in januari 2003, zijn we met 2 halve dagen per week wondconsultaties gestart. Heel vlug ontstond de noodzaak om de activiteiten uit te breiden naar een fulltime consultatie. Na 25 jaar de functie van hoofdverpleegkundige op algemene heelkunde uitgeoefend te hebben, kreeg ik de gelegenheid deze betrekking te ruilen voor deze op het wondcentrum. Het leek het me een uitdaging om op korte termijn aan ons ziekenhuis het uithangbord van 'Gespecialiseerd Wondcentrum' toe te voegen.

Dit jaar tellen we een gemiddelde van 225 ambulante wondconsultaties per maand. We behandelen de meest verscheidene wondproblematiek (veneuzen ulcera, diabetes voetwonden, oncologische wonden, brandwonden, decubitus,...). De patiënten worden naargelang de problematiek om de week – of soms om de maand terug gezien. De tussentijdse verzorging gebeurt door de thuisverpleging of door de verpleging uit het betreffende rust- en verzorgingstehuis. Na elke consultatie wordt een verslag met advies voor verder wondzorgbeleid via een Internet-programma doorgestuurd naar de huisarts.

Naargelang het wondprobleem, wordt de betreffende arts geraadpleegd om diagnostische en/of medisch technische onderzoeken uit te voeren. Binnen het ziekenhuis is de afspraak dat de patiënten gezien

worden op het wondcentrum, en dus niet van de ene naar de andere consultatie gestuurd worden. Soms worden meerdere artsen samen gevraagd om het wondprobleem te bespreken en een optimale behandeling op te starten. Wanneer een opname in het ziekenhuis noodzakelijk is (bv vacuüm wondtherapie of intraveneuze antibioticatherapie), wordt de patiënt zowel door de arts als door de wondverpleegkundige verder gevolgd.

Sinds vorig jaar werd in België de erkenning tot diabetes voetcentrum toegestaan aan 29 centra. Na een strenge doorlichting leken we ruimschoots te voldoen aan deze erkenning. Het was vooral de nieuwe instroming van diabetes voetpatiënten naar het wondcentrum, sinds de voorbije twee jaar, die ervoor gezorgd heeft dat we voldoende activiteit konden bewijzen. Op dinsdag werken we multidisciplinair, en worden alle diabetes voetproblemen gezien. Dit wil zeggen dat een diabetoloog, vaatchirurg, orthopedist, podoloog, schoenmaker, diabetes- en een wondverpleegkundige gelijktijdig aanwezig zijn. Tijdens één consult kan de patiënt snel geholpen worden zowel op curatief als op preventief vlak. De toenemende activiteit op het wondcentrum heeft ertoe geleid dat op 1 juli 2006 gestart werd met een tweede wondverpleegkundige, die halftijds de dienst komt versterken.

De patiënten worden doorverwezen door meer dan 50 verschillende huisartsen, verpleegkundigen uit de thuiszorg, verpleegkundigen uit diverse rust- en verzorgingstehuizen en interne doorverwijzing door verpleegkundigen en artsen van de verschillende disciplines. Een deel van de patiënten komen rechtstreeks naar het wondcentrum (in gevolge mond aan mond reclame of na het lezen van een artikel in een regionale of nationale krant).

De wondverpleegkundige zorgt voor een nauwe samenwerking en vlotte communicatie tussen het wondcentrum, de patiënt en de doorverwijzende artsen en verpleegkundigen. Het aangewezen wondzorg management wordt uitvoerig schriftelijk (en soms ook mondeling toegelicht)

zodat de wondzorg ook in de thuis-situatie optimaal verloopt. De wondverpleegkundige is tevens steeds bereikbaar voor telefonische ondersteuning waardoor de toegankelijkheid van het wondcentrum uiterst laagdrempelig is.

DE WERKING VAN HET WONDCESTRUM: ACCOMMODATIE – MATERIALEN

Personeel

- 1: voltijds verpleegkundig wondspecialist
- 2: halftijds verpleegkundige in opleiding tot wondspecialist

Er is een nauwe samenwerking en multidisciplinair overleg met de artsen van de verschillende disciplines in het ziekenhuis, met huisartsen en met verpleegkundigen van binnen en buiten het ziekenhuis.

Lokalen - materiaal

Er zijn 2 volledig uitgeruste consultatieruimtes met elektrische onderzoektafels. Tijdens de diabetes voetconsultaties hebben we nog twee extra onderzoekslokalen ter beschikking.

Om het wondbed grondig te kunnen reinigen wordt er gebruik gemaakt van een vergrootglas met lamp. Bij stagnerende wonden of brandwonden wordt er gebruik gemaakt van lichttherapie met behulp van een bioptron toestel. Bovendien hebben we een doppler apparaat als diagnostisch hulpmiddel ter beschikking (bepalen van enkel-arm index bij beenulcera).

Steriel materiaal

Er zijn steriele wondsets en apart verpakte steriele instrumenten voorhanden, zoals anatomische pincetten van standaardformaat en extra fijne, currettes, scharen, peilsonden, bistouri's en stitch-cutters. De centrale sterilisatie zorgt voor de dagelijkse reiniging en sterilisatie.

Verbandmateriaal

Er is een ruime voorraad van een breed assortiment van specifieke hoog technologische wondverbanden. Ook de meest recent ontwikkelde producten zijn voorhanden.

VOORDELEN VAN HET WONDCESTRUM

Het oprichten van een wondcentrum leidt tot voordelen voor zowel de patiënt, het ziekenhuis als voor de verpleegkundigen.

De voordelen voor de patiënt leiden tot een grotere tevredenheid:

- Minder frequente verbandwissel (Hurliman et al., 2001)

Dit voordeel is te wijten aan het gebruik van hoog technologische verbanden die langer ter plaatse kunnen blijven. De verbandwissel dient slechts om de 3 – 5 dagen te gebeuren. Dit verhoogt het comfort voor de patiënt.

- Minder pijnlijke procedures (Hurliman et al., 2001)

Wanneer de wondzorg uitgevoerd wordt door een ervaren wondverpleegkundige kan dit minder pijnlijk zijn, omdat hij weet hoe hij op een patiëntvriendelijke wijze de wondzorg kan uitvoeren.

De wondverpleegkundige zal echter in de meeste gevallen een uitgebreid debridement van de wonde uitvoeren en dit kan pijnlijk zijn voor de patiënt. De wondverpleegkundige zal bij extreem pijnlijke wonden gebruik maken van hulpmiddelen om de pijn te beperken of te verzachten nadien. Door de patiënt eventueel vóór de consultatie een pijnstiller te laten innemen (volgens voorschrift van de behandelende arts), het aanwenden van lokale anestheica of na het reinigen van de wonde een verzachtende sessie met lichttherapie aan te wenden.

- Verbeterde continuïteit van zorg (Hurliman et al., 2001)

Een multidisciplinair wondcentrum garandeert een vlotte communicatie en degelijke informatiedoorstroming naar artsen en verpleegkundigen intra- en extramuraal, waardoor de continuïteit en kwaliteit van zorg verhoogt. De voortzetting van de aangewezen wondzorg komt de wondheling ten goede.

- Vertrouwensrelatie (Collier et al., 2005)

Het persoonlijke contact en de 'zorg

op maat' worden sterk gewaardeerd door de patiënten en leiden tot het ontstaan van een therapeutische vertrouwensrelatie tussen de wondverpleegkundige en de patiënten (Collier et al., 2005). De patiënten hebben het gevoel dat ze ondersteund en begeleid worden (Collier et al., 2005).

- Een verpleegkundig spreekuur (Wong et al., 2006)

Volgens een studie van Wong et al. (2006) is de kwaliteit van verpleegkundige consultaties hoger in vergelijking met consultaties door artsen. De verpleegkundige neemt meer de tijd voor het consult, vult het dossier vollediger in, geeft meer informatie en communiceert beter.

Voordelen voor de instelling

- Wondkliniek als uithangbord voor kwaliteitszorg

Het wondcentrum fungeert als uithangbord voor kwaliteitszorg in dit regionale ziekenhuis. Regelmatig worden er in de regionale kranten artikels gepubliceerd over één of andere gebeurtenis in het wondcentrum. Dit verhoogt de naambekendheid van het ziekenhuis en bevordert de patiëntenwerving.

- Vervroegd ontslag en minder heropnames

Wanneer patiënten tijdens de hospitalisatie een optimale wondzorg krijgen, leidt dit tot vervroegd ontslag. Dankzij de goede samenwerking met de thuisverpleegkundigen en huisartsen wordt het wondbeleid ook na ontslag zo optimaal mogelijk voortgezet wat de heropnames drastisch vermindert (Collier et al., 2005).

Voordelen voor de verpleegkundigen

- Hogere jobtevredenheid

De wondverpleegkundige heeft een hogere graad van jobtevredenheid. Hij krijgt de kans tot multidisciplinaire samenwerking met andere professionelen: artsen, andere verpleegkundig specialisten, de podologe, de diëtiste,... (Wong et al. 2006).

Bovendien draagt de wondverpleegkundige zelf de verantwoordelijkheid om de noden van de patiënt te beoordelen en er aan te voldoen (Wong et al. 2006).

TAAKOMSCHRIFING VAN DE WONDVERPLEEGKUNDIGE

Consultaties wondkliniek (na afspraak)

Diagnose stelling van type wonde

Het bepalen van het type wonde gebeurt op basis van een vraaggesprek betreffende het ontstaan van de wonde, de lokalisatie, de pathologie van de patiënt, de algemene toestand van de patiënt en het klinisch uitzicht van de wonde. Bij een eerste consult zal een arts het type wond bepalen. De arts kan van verschillende disciplines zijn in functie van de pathologie van de patiënt. Het wondbeleid wordt bepaald in overleg met de wondverpleegkundige.

Tijdens de volgende consultaties wordt de superviserende arts op de hoogte gesteld van de evolutie; Soms is bijkomend onderzoek nodig om een duidelijker beeld te krijgen van de onderliggende oorzaken. Bijvoorbeeld bij een veneus ulcus is een onderzoek van de bloedvaten aangewezen om arteriële en veneuze insufficiëntie op te sporen.

Voorschriften voor bijkomende onderzoeken en voor de nodige verbandmaterialen worden geschreven door één van de artsen die samenwerken met het wondcentrum. Wanneer er aanwijzingen zijn dat de wonde geïnfecteerd is, wordt er een wondcultuur genomen om de pathogene kiemen op te sporen om zo nodig een bijkomende antibacteriële therapie op te starten.

Bij complexe wonden zorgt de wondverpleegkundige voor multidisciplinair overleg op zeer korte termijn.

Wondbedpreparatie

De wonde wordt beoordeeld volgens het "TIME" principe (Falanga, 2001; Fletcher, 2005; Schultz et al., 2003) dat gebaseerd is op 4 kenmerken:

T = Tissue viability

I= Infection or inflammation

M= Moisture imbalance

E= Edge of the wound

(Fletcher, 2005)

De voorbereiding van het wondbed wordt aangepast volgens de eigenschappen van de wonde en zal mede de keuze van het wondverband

bepalen (naast de specifieke kenmerken van de patiënt). 'TIME' is een eenvoudig frame dat een gestructureerde beoordeling van een wonde mogelijk maakt.

De T van het 'TIME' principe houdt in dat men de wonde grondig observeert: op het vlak van de weefselviabiliteit: aanwezigheid van necrose, vervloeiende necrose en gezond granulatieweefsel.

De I staat voor de aanwezigheid van inflammatie of infectie. Het is belangrijk dat de wondverpleegkundige een normale acute inflammatie en een wondinfectie kan onderscheiden.

De M staat voor vochtigheidsgraad. De vochtigheidsgraad van de wonde wordt bepaald door de hoeveelheid wondexsudaat en is een belangrijke parameter bij de keuze van het wondverband. Wondheling wordt volgens het principe van vochtige wondheling (Winter, 1962) bevordert door een vochtig wondmilieu. Bij wonden die veel vocht produceren dient er een absorberend verband gebruikt te worden; bij droge wonden wordt er geopteerd om een vochtinbrengend verband te gebruiken.

De E staat voor het uitzicht van de wondranden. De toestand van de wondrand geeft weer of de wonde aan het helen is of niet. Bij niet of traag helende wonden kan het nuttig zijn om het wondoppervlak te meten om de evolutie beter te kunnen volgen. Bij niet genezende wonden dient de reden te worden achterhaald.

Wonddebridement

De wondverpleegkundige reinigt de wond grondig met fysiologisch water of een wondreiniger en verwijdert fibrine en necrotisch weefsel met pincet en bistouri, stitch cutter en/of currette.

Keuze gepaste wondverband

Op basis van het TIME principe, het uitzicht van de wonde en de historie van de patiënt, kiest de wondverpleegkundige het meest geschikte wondverband voor de specifieke wonde bij deze patiënt.

Opvolging evolutie

Voor de follow up van de wonde

wordt de patiënt gevraagd om na één of twee weken opnieuw op consultatie te komen.

De evolutie van de wonde wordt vaak geïllustreerd aan de hand van digitale foto's.

Om de grootte van de wonde nauwkeurig te registreren kan men op de wonde een steriele raster (Visitrak Grid) plaatsen en zo de wondcontouren aftekenen. Vervolgens wordt de wondoppervlakte op een eenvoudige wijze berekend met behulp van een draagbaar digitaal toestelletje (Visitrak Digital van de firma Smith & Nephew).

Rapportage

Van ieder consult stuurt de wondverpleegkundige een schriftelijk verslag naar de huisarts. Voor de thuisverpleegkundige of de verpleegkundigen van de rust- en verzorgingsinstellingen worden er schriftelijke (en soms ook mondelinge) instructies gegeven. Bij gebruik van specifieke wondverbanden (die nog niet in België te verkrijgen zijn) geeft de wondverpleegkundige een kleine voorraad verbandmateriaal mee aan de patiënt zodat de continuïteit van zorg verzekerd is.

De thuisverpleegkundigen en de huisarts kunnen steeds telefonisch advies vragen bij de wondverpleegkundige.

Consultaties intramuraal: advies geven bij en uitvoeren van complexe wondzorg op de verschillende verpleegafdelingen in het ziekenhuis. Door verschillende verpleegafdelingen wordt er beroep gedaan op de professionele deskundigheid van de wondverpleegkundige bij het behandelen van complexe wonden.

BESLUIT

De erkenning van het wondcentrum met een blijvend toenemende instroom van probleemwonden zijn bijlange niet het eindpunt. We gaan trachten om naar de toekomst toe de patiënt nog meer centraal te stellen binnen het wondzorg gebeuren.

***Frans Meuleneire**
Verpleegkundig Wondexpert
AZ St-Elisabeth Zottegem - België

REFERENTIES

- Collier, M., Radley, K. (2005). The development of a nurse-led complex wound clinic. *Nursing Standard*. 19 (32), 74-84.
- Fletcher, J. (2005). Wound bed preparation and the TIME principles. *Nursing Standard*. 30 (20), 57-65.
- Hürlimann, B., Hofer, S., Hirter, K. (2001). The role of the clinical nurse specialist. *International Nursing Review*. 48 (1), 58-64.
- Schultz, G., Mozingo, D., Romanelli, M., Claxton, K. (2005) Wound healing and TIME; new concepts and scientific applications. *Wound Repair and Regeneration*. 13 (4 Suppl), S1 – S11.
- Wong, F., Chung, L. (2006). Establishing a definition for an nurse-led clinic: structure, process, and outcome. *J Adv Nurs*. 53 (3), 358-369.
- Boucque, H., Stagerapport van studente master verpleegkunde UZ Gent – KaHo Sint Lieven Hogeschool, april 2006.

Frans Meuleneire had in 2005 de tweede plaats gewonnen van de WCS Award