

WONDSPECIALIST IN THUISZORG, VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN 'IK DENK DAT DE OPLEIDING TOT VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST ZAL VERDWIJNEN'

I. van Beveren*

Wat is je specialisme op wondgebied? Wat wil je nog bereiken? En wat is je wondzorgessential? WCS ondervraagt ieder kwartaal een wondzorgspecialist. Dit keer Henri Post, Nurse Practitioner (NP) wondzorg bij de Noord-Hollandse zorgaanbieder Evean.

Zijn er veel NP's werkzaam in de wondzorg?

'Er zijn een stuk of vijf algemene NP's in Nederland werkzaam in de chirurgie en dermatologie, maar in de thuiszorg ben ik enige NP wondzorg. In verpleeghuizen zijn alleen NP's werkzaam die meer allround werken.'

Waarom ben je NP geworden?

Waarom heb je niet gekozen voor de opleiding Verpleegkundige Specialist (VS)?

'Ik denk dat het zorgstelsel in de toekomst veel meer om NP's vraagt. NP's kunnen bijvoorbeeld een medische en verpleegkundige anamnese afnemen, zodat ze op basis daarvan een geïntegreerde diagnose kunnen stellen. Daarvoor is het gebied huiddefecten een heel praktische invulling. Een ander argument is dat NP een beschermde masterstitel heeft en VS niet. Ik denk dat de opleiding tot VS zelfs zal kunnen verdwijnen.'

Je mailde dat je collega's essentieel zijn voor je wondzorg.

'Ik vind samenwerking ontzettend belangrijk. Een cliënt gaat van de een naar de ander, van het ziekenhuis naar de thuiszorg en naar het verpleeghuis, dus zonder collega's doe je niets. Ik kan wel zeggen dat mijn digitale camera essentieel is, maar dat is niet het belangrijkste.'

Hoezo je camera?

'Omdat we hier gemiddeld twee tot drie keer per week aan teleconsulting doen. We kunnen de expertise inroepen van de tweede lijn, de ziekenhuizen, zodat een cliënt niet ingestuurd hoeft te worden. We maken een digitale foto van de wond, die we met een begeleidende vragenlijst en anamnese naar de specialist sturen. De chirurg of dermatoloog beoordeelt de foto en doet een voorstel tot behandeling. Tachtig procent van de cliënten kunnen we dan nog behandelen zonder insturen.'

Ok, je camera is geen collega....

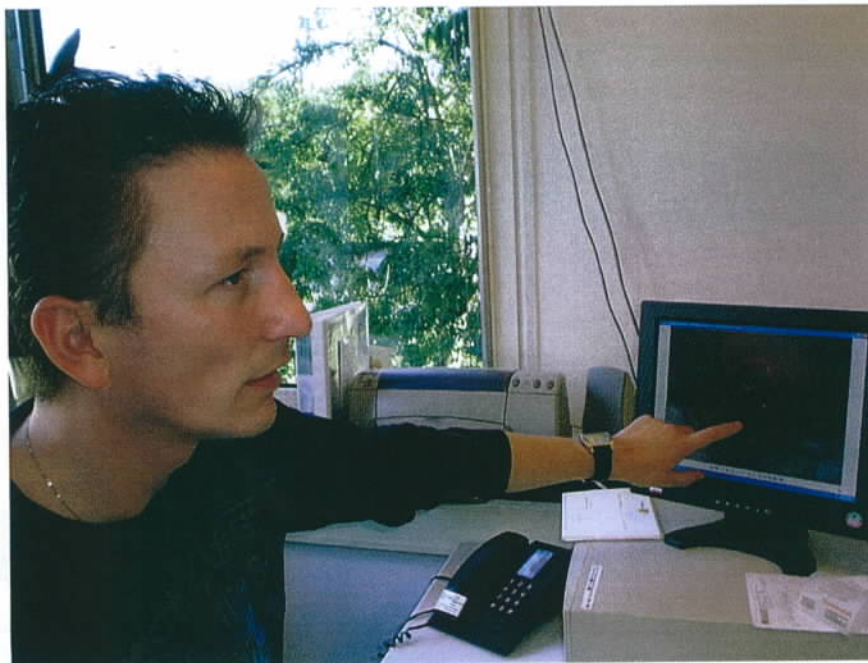
'Mijn collega's zijn mijn inspiratiebron en de mensen die me terugfluiten als ik te hard ga. Ik wil een brug slaan tussen de werkvloer en alle ontwikkelingen in de wondzorg, want er gebeurt zoveel dat veel mensen dat niet bij kunnen houden. Aan de andere kant wil ik de wondzorg goed op de kaart zetten. Mijn collega's zijn mijn uitlaatklep en met hen kan ik een draagvlak creëren als ik nieuw beleid wil invoeren.'

Zijn er nog nadelen van collega's te noemen?

'Nee, niet echt, hoewel ik het nog wel een uitdaging vind om gezamenlijk de cliënt centraal te stellen in verschillende situaties. Neem bijvoorbeeld de overweging van negatieve druk therapie. Dat kan in de eerste lijn 90 euro per dag kosten. In het ziekenhuis zijn hier andere afspraken over, maar als een cliënt wordt overplaatst naar een verpleeghuis, dan heeft hij maar 170 euro per dag te besteden. Negatieve druk kan een goede therapie zijn voor grote wonden die heel veel exsudaat produceren, maar niet voor kleine wondjes, open benen, of wonden die matig tot veel exsudaat produceren. Daar zijn specialistische wondbedekkers volgens mij voldoende voor. Voor je een cliënt met dure therapie naar een verpleeghuis stuurt overweeg dan of er alternatieven zijn. Er zijn inmiddels andere leveranciers die de negatieve druk therapie voor de helft aanbieden. Wees dus kritisch, overleg met elkaar en kijk naar de (on)mogelijkheden bij de vervolginstelling.'

Welke wonden zie je het meest?

'Ulcus cruris vormt de meerderheid en daarna komt decubitus, gevolgd





door operatiewonden. In 2001 waren er veel brandwonden. Na de brand in Volendam hadden we ineens 200 patiënten. Dat was heel ingrijpend.'

Wat is je specialisatie binnen de wondzorg?

'Dat is innovatie. Een voorbeeld is de organisatie van de wondzorg binnen Evean. We hebben de wondzorg overgenomen als aanvullend pakket van de huisartsen.'

Dat lijkt me niet eenvoudig. Hoe hebben jullie dat geregeld?

'Samen met zorgverzekeraar Achmea geven we vorm en inhoud aan de deregulering van zorg. Nadat we alle (her)indicaties voor AD-matrassen zelfstandig deden, vroeg Achmea: "Zouden jullie ook de volledige wondzorg kunnen doen?" Mijn eerste reactie was: "Dat lukt nooit". Wat later vroeg Achmea me om managementinformatie over het aantal te verzorgen wonden, de kosten per wond, soorten producten etc. Ik had die informatie niet en apothekers ook niet. Toen zijn we verder gaan zoeken hoe we die informatie wel konden krijgen. Als tegenprestatie kon ik onderzoeken hoe we intern de wondzorgkwaliteit konden verhogen en ik wilde de juiste wondzorgproducten krijgen. Apothekers converteren regelmatig recepten naar eigen voorraad. Dat kan nog wel bij een alginaat, maar dat wordt lastig bij zilver-, honing- en schuimpro-

ducten. Daardoor kreeg ik regelmatig producten die niet besteld waren. Met hulp van Achmea zijn we een samenwerking aangegaan met CombiCare, een medisch speciaalzaak. Zij leveren alle wondproducten direct en de zorgverzekeraar en ik krijgen de gewenste managementinformatie.'

Maar je wilde ook intern de kwaliteit verbeteren?

'Ja, in de thuiszorg en verzorgingshuizen belde iedereen de huisartsenpraktijk om materialen te bestellen. Dat kon niet meer in het nieuwe sys-

teem. Er moesten vaste aanspreekpunten komen. Het mes sneed aan twee kanten. Wondzorg is een kwart van de zorg die Evean levert. Dat gaat om twee- tot drieduizend cliënten per jaar. Dat kan ik niet met mijn team alleen aan. Om daar grip op te krijgen, moesten we het anders organiseren. De verpleegkundige is nu de wondzorgcoördinator, die het beleid bewaakt. De ziekenverzorgende is uitvoerende van dat beleid. De verpleegkundige kan bij vragen mijn team consulteren. Dat ging niet vanzelf. De verpleegkundigen vonden het veel werk en de ziekenverzorgenden vonden het een uitholling van hun vak. Na de volledige implementatie begin dit jaar, wordt het plan nu overal in het land gekopieerd.'

Dat moet bevredigend zijn.

'Ja, ik ben apetrots. We zien nu dat de wet volgt.

Wondverzorgingsproducten vallen straks onder de wet Medische hulpmiddelen en niet meer onder de wet Geneesmiddelen. Daarin hebben wij een hele sprong gemaakt.'

Het is na dit succesverhaal haast een rare vraag: wat is je moeilijkste wond?

'Klinkt het heel arrogant om te zeggen dat ik die niet heb? Wonden vind ik niet moeilijk, wel de impact die vooral oncologische wonden hebben op het bestaan van een cliënt



De wondspecialisten van Evean. Van links naar rechts: Alex Brander, Yolanda Giere, Henri Post, Marsha Dankelman en Wennie Terstappen



Een oncologische wond die Henri Post erg is bijgebleven is een necrotiserend scrotum bij een jonge man met prostaatacarcinoom.

en zijn directe omgeving. Die wonden komen vaak voor op de vervelendste plekken en ze zijn heel verminkend. Wat me het meest is bijgebleven is een ernstige zieke, jonge man met prostaatacarcinoom. Hij zou volgens zijn huisarts een doorligplek op zijn scrotum hebben, maar het bleek geen decubitus te zijn, maar een vaatafsluiting door de tumor. Het scrotum necrotiseerde. In overleg met de huisarts bleek dat de overwegingen waren: niets doen of amputeren, terwijl die man al overal metastasen had, dus dat was eigenlijk geen optie. Zo'n gesprek vind ik erg moeilijk en dan hoef ik het niet eens zelf te doen. Dat doet de arts.'

Ik kan me voorstellen dat je dat moeilijk vindt, hoewel ik ook verbaasd ben dat je na Volendam niet een brandwond als moeilijkste wond noemt.
'Gelukkig, komen brandwonden weinig voor, want het zijn vreselijk mutilerende wonden, maar professioneel gezien vond ik de periode na Volendam interessant. Het waren zoveel brandwondenpatiënten, dat er binnen een zeer korte tijd een hele organisatie werd opgezet. Het was totaal los van wat je normaal doet, want dan kijk je naar de hele cliënt. Daar deed je alleen je eigen stukje zorg, anders was het te moeilijk om goed vol te houden. Al die jongeren met hun problemen is natuurlijk afschuwelijk.'

Maar je krijgt toch emotionele gesprekken tijdens de wondzorg?

'Nee, die jongeren waren in eerste instantie vooral gefixeerd op de wondgenezing. De psychosociale zorg kwam na een half jaar pas echt op gang. Wij zagen in de eerste drie maanden na de brand ongeveer honderd cliënten per dag. Ze waren verbrand aan armen, hoofd, borst en rug. Degenen met totaalverbrandingen hebben we niet gezien, die zijn naar de ziekenhuizen gegaan voor transplantatie, net als jongeren met diepe graad 2 en 3 verbrandingen. Wij konden alleen graad 1 en 2 wonden doen en hebben in korte tijd enorm veel kennis en expertise opgedaan over hoe een brandwond geneest, binnen een organisatie die in een mum van tijd daarvoor was ingericht. Ik vond dat leuk, niet zo belastend, maar dat is persoonlijk, een van mijn collega's vond dat wel.'

Wat wil je nog bereiken?

'Wat ik graag zou willen is een wondpoli in de regio, waar alle wondzorg naartoe kan en waar een NP de leiding heeft, de anamnese verricht, de medische diagnose stelt, zorg aanbiedt en zonodig doorverwijst.'

Heb je nog tips voor anderen?

'Houd de cliënt altijd centraal bij het verlenen van zorg.'

'Dat doen we toch?', zullen veel mensen zeggen, maar het is zo druk.

'Dan spreek je met elkaar af dat je de cliënt centraal stelt en je doet dat ook als je opnieuw de productiviteit moet verhogen. Dan kun je tegen een cliënt zeggen: "Laat je wond nog maar tien keer op de poli zien". Zo kun je als thuiszorg makkelijk je productiviteit verhogen, maar de kunst is een oplossing met elkaar te zoeken waar een cliënt bij gebaat is.'

Maar er wordt veel gesneden in specialistische zorg.

'Als ik zie hoeveel collega's moeten vechten voor specialistische zorg, dan realiseer ik me hoe bevoorrecht we hier zijn met een organisatie die ervoor kiest een unit voor specialistische zorg in stand te houden. Daardoor is er tijd en ruimte voor onderzoek en innovatie.'

* Irene van Beveren

**Henri Post is de winnaar
geworden van de WCS
Award 2005.**