

DE KRACHT VAN DE WONDZORG IS DE DIVERSITEIT VAN SPECIALISMEN EN VERSCHIEDENHEID IN MATERIAAL

L. Muskita*

We interviewen Dennis de Bie, werkzaam in het UMC Utrecht als nurse practitioner vaatchirurgie en voorzitter van de werkgroep Wondbehandeling binnen de divisie Heelkundige Specialismen van het UMC Utrecht. Hij is een gedreven man die zich bezighoudt met de wondzorg en alle facetten die daarmee verbonden zijn.

HOE BEN JE IN BINNEN DE WONDENWERK GROEP TERECHT GEKOMEN?

“Binnen de divisie Chirurgie bestonden tien jaar geleden geen eenduidige protocollen en producten waarmee gewerkt werd. In die periode was de markt volop in beweging, maar tot het jaar 2000 werden in het ziekenhuis eigenlijk voornamelijk vette gazen gebruikt. De wonden werden er zeg maar mee vol gestopt. Er was niet veel keuze en de principes van het creëren van een vochtig wondmilieu waren nog niet tot de organisatie doorgedrongen. Anderzijds was er binnen de divisie, per afdeling en per specialisme, een verscheidenheid aan materialen en werd er besteld wat de steeds wisselende artsen in opleiding voorschreven. Het gevolg was vaak dat, als de arts vertrokken was, er materialen lagen waarvan niemand wist hoe ze gebruikt moesten worden en deze uiteindelijk in de prullenbak belandden. De toenmalige hoofdverpleegkundige, Hans Louisse, heeft het initiatief genomen dit te gaan regelen en vroeg mij om hier aan mee te werken. Hij schreef vervolgens een projectplan, wat geaccordeerd werd door de manager zorg van de divisie, en dat was eigenlijk de start van de wondenwerkgroep. Vanuit de vijf chirurgische afdelingen en onze chirurgische IC, werden er een of twee verpleegkundigen gezocht die affiniteit met de wondzorg hadden; zij vormden samen “de wondenwerkgroep”.

Niet veel later veranderde Hans Louisse van baan en werd ik als teamleider gevraagd het voorzitterschap van de werkgroep over te nemen. We zijn begonnen om alle toen geldende protocollen en/of richtlijnen (zowel intern, regionaal als landelijk) te inventariseren. De

werkgroep werd inhoudelijk geschoold (WCS, workshops en symposia) en vertegenwoordigers vanuit de industrie werden uitgenodigd om te presenteren welke moderne wondbedekkers zij konden leveren. Met deze kennis zijn we de protocollen gaan updaten en hebben een Handboek Wondbehandeling en -verzorging geschreven (interactieve Word-documenten met filmpjes, PowerPoints etc.). Uitgangspunt was dat we met de gekozen moderne verbandmiddelen 80% van de wonden moeten kunnen verzorgen. Continuïteit van wondzorg, eenduidigheid van wondzorg en deskundigheidbevordering waren en zijn de belangrijkste doelen van de werkgroep. Om dit te bereiken is ook een wondzorgkaartje gemaakt waarmee je de wond volgens het WCS Classificatiemodel (zwart, geel, rood) kunt beoordelen en een verantwoorde verbandkeuze kunt maken.”

HAD JE NOOIT HET IDEE DAT DE WONDENWERK GROEP GEZIEN WERD ALS EEN BESLOTEN CLUB?

“Nee niet echt, er zijn in de loop van de tijd vele nieuwe gezichten bij gekomen, vanaf andere afdelingen, bijvoorbeeld gynaecologie, de poliklinieken, een gipsverbandmeester, ieder met zijn eigen discipline en deskundigheid. Dat maakte dat de wondenwerkgroep een nog breder karakter kreeg en meer en meer een divisieoverstijgend karakter kreeg. Het UMC Utrecht kent geen wonden decubitus specialisten. Met de wondenwerkgroep zorgen we ervoor dat kennis over wonden op de werkvloer is en blijft. De leden van de wondenwerkgroep geven klinische lessen aan collega's op de afdeling en nieuwe medewerkers, alsook arts-

assistenten, coassistenten en artsen. Dat brengt met zich mee dat iedereen betrokken wordt bij de wondzorg, maar ieder vanuit zijn eigen deskundigheid en expertise. Een voordeel daarvan is dat er altijd wel iemand werkt die kennis van zaken heeft en dat daarmee de ook de continuïteit gewaarborgd is (ook als de zittende leden van de wondenwerkgroep niet aanwezig zijn). Deze vorm van organisatie heeft ook zo zijn nadeel. Momenteel telt de wondenwerkgroep zo'n 15 tot 20 leden en dat brengt natuurlijk ook planingsproblemen met zich mee. Bijvoorbeeld uitval op afdelingsniveau bij vergaderingen en bij bezoek aan workshops en congressen. Een hele kluit om dat alles in goede organisatorisch banen te leiden. Ook toen ik als teamleider op de afdeling werkte was het soms lastig om dat voor elkaar te krijgen.”

WAAROM IS NIET GEKOZEN VOOR EEN WONDVERPLEEGKUNDIGE ZOALS IN ANDERE ORGANISATIES?

“Het UMC Utrecht heeft een decentrale organisatie, opgebouwd uit een groot aantal divisies. Iedere divisie is eigen baas met een eigen beleid en budget. Niet iedereen ziet het belang van een overstijgende dienst en wil daar dan ook niet voor betalen. Bovendien is het denk ik zo, dat de organisatie zoals we die nu hebben neergezet, als voordeel heeft dat de kennis op de afdelingen blijft en dat iedereen betrokken wordt bij de wondzorg. Iets wat ten goede komt aan de patiënt. De verpleegkundigen blijven alert in hun wondzorg aan de patiënt. Bij een wondverpleegkundige zie je dat als die in consult geroepen wordt, de verpleegkundigen en ook de artsen en arts-assistenten vaak een afwachtende houding aan-



Foto 1. Werkgroep wondbehandeling

nemen, en derhalve passief worden of dreigen te worden in de wondzorg.

De huidige wondzorg en kennis over wondzorg en -producten wordt tegenwoordig complexer. Het is ook haast onmogelijk om van alle specialisten kennis van zaken te hebben. Het is dan beter om die kennis te bundelen in een werkgroep, dat wordt dan ook gelijk de kracht van zo'n groep: de verscheidenheid in specialistische kennis. Die kennis vergroot de draagkracht binnen de instelling, waardoor je tegelijkertijd de mogelijkheden vergroot. Artsen zien de voordelen ervan in, en hun voordeel is dan ook weer ons voordeel."

NU 10 JAAR NA DATO, WAAR BEN JE TROTS OP?

"Trots....., ik denk op de groep zelf, als ik zie wat we met zijn allen hebben bereikt in die tien jaar. We hebben een zekere mate van vrijheid in materiaalkeuze, juist doordat we als groep bekend staan als een uiterst kritische groep. We hebben in het verleden een grote test gedaan met schuimverbanden en hebben dit vanaf het begin goed aangepakt. Daardoor zag onder andere ook de afdeling inkoop dat we niet zomaar over één nacht ijs gingen en we uiteindelijk met een goed pakket kwamen, gebaseerd op kennis van zaken, testen en onderzoek. Nu is het zo dat we kunnen kiezen uit de beste materialen en zit de kracht van de wondzorg hier in de diversiteit van specialisten en verscheidenheid in materiaal. Wat je verder ook zag gebeuren is dat we zitting hebben gekregen in

het regionale forum, waarin naast andere ziekenhuizen ook de wijkverpleegkundigen en apothekers zitting hebben. Dan kom je er achter dat de grote lijnen uiteindelijk redelijk parallel lopen.

Verder ben ik er trots op dat we vanuit de werkgroep veel scholing en presentaties over wondzorg geven, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Het ontwikkelde handboek en het wondzorgkaartje krijgen binnen de lessen veel aandacht.

Ook is vier jaar geleden, met de kennis vanuit de werkgroep, een wondpoli gestart. Door vanuit de werkgroep te inventariseren welke patiënten met probleemwonden op de poliklinieken kwamen, werd inzichtelijk gemaakt hoe belastend dit was voor de lopende spreekuren. Vanuit deze inventarisatie en het kunnen bieden van continuïteit en kwaliteit, zagen ook de artsen het voordeel van een wondpoli in.

Wat verder niet onbelangrijk is, is dat we als werkgroep een filter functie hebben. Productpresentaties worden niet meer aan individuele artsen gegeven, maar aan de werkgroep. Als we binnen de werkgroep het gevoel hebben dat het iets is waar we voordeel uit kunnen halen, dan koppelen we dat terug aan de artsen en gaan eventueel eerst testen. Zo heeft de werkgroep bij de orthopedie de zogenaamde Molndal techniek geïntroduceerd. Deze techniek wordt hier nu met succes toegepast. Dus ik denk dat we als wondenwerkgroep in tien jaar veel hebben bereikt. Maar waar ik echt trots op ben is dat veel leden die er vanaf het

begin bij waren nog steeds erbij zijn of er nog betrokken bij zijn. Ik hoop dat we met evenveel enthousiasme de volgende tien jaar doorgaan. Tot slot ben ik trots op ons divisie-management, dat ons als werkgroep het vertrouwen en het mandaat heeft gegeven om zes keer per jaar een hele dag met elkaar aan de slag te zijn om de wondzorg goed neer te zetten en verder te ontwikkelen."

TOT SLOT DE DIABETISCH VOETZORG.

"Tja..., dat is binnen deze instelling helaas geen academisch speerpunt of onderzoekslijn (zover ik weet). Wij hebben geen apart behandelcentrum voor patiënten met een diabetische voet. Dat neemt niet weg dat deze categorie patiënten goed behandeld moeten kunnen worden binnen ons ziekenhuis. De patiënten worden nu vaak via de vaatpoli of diabetespoli naar het voetspreekuur verwezen en worden daar multidisciplinair gescreend. Indien nodig worden de patiënten doorverwezen naar de gipskamer voor verdere behandeling. Gips is toch nog steeds de gouden standaard in de behandeling van de neuropatische ulcera bij de diabetische voet.

De zorg die verleend wordt moet bekostigd worden vanuit een DBC (diagnose behandel combinatie). Universitaire centra zijn waarschijnlijk te duur om deze zorg efficiënt, kosteneffectief en dicht bij huis te kunnen leveren. Langzamerhand zie je wel dat overheid en zorgverzekeraars diabetes als maatschappelijk probleem gaan zien en steeds meer actie gaan ondernemen. Overgewicht en de gevaren ervan worden onder de aandacht gebracht. Dat mensen meer moeten bewegen, bewuster moeten eten en niet moeten roken wordt steeds meer een aandachtspunt. Primaire preventie is dus essentieel en is de betere weg die bewandeld moet gaan worden."

Het 10-jarig bestaan viert de werkgroep op 10 november met het symposium "Bedenk de wond met Kennis" in het UMC Utrecht.

*** Lody Muskita is gipsverbandmeester in het Flevoziekenhuis, Almere**