

# Wetenschap als basis voor zinnige zorg

W. Bax\*

Als Erik de Laat (67) (foto 1), verpleegkundig specialist in het Radboudumc, 's morgens meeluistert bij de overdracht, leert hij nog steeds nieuwe dingen. Ondanks het feit dat hij ook nu nog, vlak voor zijn pensioen, alle ontwikkelingen in de wondzorg op de voet volgt en al lang geleden promoveerde binnen zijn vakgebied. Het kennisniveau in de wondzorg zag hij enorm stijgen, tijd voor deze beroepsgroep om als spin in het web te gaan fungeren.



Foto 1. Erik de Laat.

Als De Laat over zijn loopbaan vertelt, hoor je zijn enthousiasme en belangstelling voor alles wat zijn vak aangaat al tussen de regels door. Hij deed, wat toen heette, de A-opleiding bij het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en werkte daarna in het Radboud zo'n twintig jaar 'met veel plezier' op de verpleegafdeling en de IC van de afdeling Thorax-hartchirurgie. "Onderzoek doen vind ik leuk, dus ging ik Gezondheidswetenschappen studeren in Utrecht", vertelt hij. "Daarna kwam ik bij een beleidsafdeling terecht, Staf-Zorg, waar ik de leerstoel Verplegingswetenschappen ging ondersteunen. Het doel was beleid te ontwikkelen voor verpleegkundigen met een academische opleiding die willen promoveren."

Dat werd een succesvolle operatie. In het Radboud was hij de eerste verpleegkundige die promoveerde, inmiddels zijn dat er al meer dan 35. "Het Radboudumc heeft altijd al een voortrekkersrol gehad in het academiseren van de zorgdiscipline." Onder de vleugels van de hoogleraar Plastische Chirurgie kreeg hij de kans om de zorg en de wetenschap met elkaar te combineren, want daar gaat het uiteindelijk

om. "Je wilt natuurlijk wel dat al die kennis ook wordt gebruikt, zodat je tot 'zinnige zorg' komt: verpleegkundige zorg op een wetenschappelijke basis." Om uiteindelijk ook zelfstandig patiënten met decubitus te kunnen behandelen volgde De Laat de opleiding tot verpleegkundig specialist.

## Specialistische opleiding

De Laat deed in 2012 samen met Patricia van Mierlo een onderzoek voor het College van Zorgverzekeraars (CVZ), tegenwoordig het Nederlands Zorginstituut. "In de ogen van artsen was wondzorg een taak voor verpleegkundigen, maar het ontbrak aan een specialistische opleiding om te leren hoe je door klinisch redeneren tot een goed behandelplan komt. In Nijmegen startte 's lands eerste opleiding Wondverpleegkundige, gevolgd door eenzelfde opleiding in Rotterdam met dezelfde eindtermen. De animo was zo groot dat we al snel uitbreidden naar drie groepen per jaar. Inmiddels wordt de opleiding op vier locaties aangeboden, is deze gecertificeerd (CZO) en voldoet het aan hoge eisen aan de praktijk-leeromgeving. Dat heeft het scholingsniveau van wondverpleegkundigen flink omhoog gebracht."

Het heeft menige verpleegkundige enthousiast gemaakt voor het vak. "Die passie zie je zeker", erkent De Laat, "maar soms zijn we ook nog wel roepende in de woestijn. Wondzorg wordt toch nog vaak geassocieerd met pleister-tjes plakken en een mooi verbandje aanleggen. Terwijl het om een uiterst problematische patiëntengroep gaat: verminkingen, trauma's en niet zelden een langdurig invaliderend traject." Hij heeft het allemaal gezien in het werkveld waarop hij promoveerde, decubitus bij patiënten met een dwarslaesie.

"Voor de genezing van een decubituswond schrijven we vaak bedrust voor, en dan maar kijken of de wond met goede wondzorg en leefstijladviezen op een 'natuurlijke' manier herstelt. Stel je voor, je bent docent, moeder van een gezin, of met een studie bezig en je bent gedoemd een paar maanden strikte bedrust te houden. En dan heb je

nog niet de garantie dat het ook lukt en wordt er alsnog besloten om te opereren. Dit is een traject van twee maanden opname in ziekenhuis en revalidatiecentrum, waarvoor ook nog eens een wachtlijst bestaat. Dit leidt tot veel verdriet en frustratie bij de patiënt en naasten. Ook mij als verpleegkundig specialist gaat dit niet in de koude kleren zitten.”

### Vicieuze cirkel

In het ideale geval zouden patiënten kunnen revalideren in een revalidatie- of een herstelcentrum waar alle knowhow aanwezig is en de capaciteit voldoende is om mensen snel te kunnen opnemen. “Maar een revalidatiecentrum is ingericht voor het revalideren van mensen met een acute dwarslaesie. Daar is het moeilijk om mensen zes weken na een operatie in bed te houden voor de genezing van een wond. Plat gezegd, worden ze daar ook niet voor betaald door de verzekeraar. Een mogelijk alternatief is een herstelcentrum, maar ook daar is de patiënt niet welkom, omdat de zorgverleners daar onvoldoende deskundig zijn in de zorg voor mensen met een dwarslaesie...” En dan is de vicieuze cirkel rond. “Want ziekenhuizen opereren niet eerder dan dat ze weten waar de patiënt na de operatie naartoe kan.”

En dit is dan één voorbeeld van een patiëntengroep, waarvoor een goede wondbehandeling bestaat, maar de organisatie van deze behandeling een struikelblok kan zijn. Maar hoe kan dat dan, dat mensen voor hun wondgenezing moeten rondshoppen, terwijl de wondzorg tegelijkertijd zo ver is ontwikkeld? “Omdat wonden in letterlijk alle medische disciplines voorkomen, en het werkgebied daardoor gefragmenteerd is”, legt De Laat uit. “Het is het probleem van iedereen, dus van niemand. De wond zelf wordt doorgaans ook meer beschouwd als een complicatie: je blijft er niet voor in het ziekenhuis en buiten het ziekenhuis is het vaak een probleem om de patiënt naar de juiste discipline te verwijzen.”



Foto 2. Erik de Laat en Alma Thijssen, wondverpleegkundige en VIOS. Foto Stephan van Raay Radboudumc.

### Klinisch redeneren

Een deel van de oplossing is dat de wondzorgdiscipline het laken meer naar zich toetrekt. “Patiënten zijn voor hun wondgenezing misschien wel het best af in de handen van goed opgeleide wondverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (foto 2). Wondzorg wordt van oudsher toch beschouwd als het domein van verpleegkundigen. Inmiddels komt daar veel meer bij kijken: diagnostiek, aanvullend onderzoek, verwijzing. Dit betekent dat we ook meer over en weer tussen de disciplines moeten communiceren en daar wordt nog wel eens een onheuse en onnodige hiërarchische discussie gevoerd tussen arts en verpleegkundige. Bij mij komt dan toch de rebel in me los: er is geen formele hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen. Natuurlijk is de verpleegkundige vaker bezig op het uitvoerende vlak, maar ziet en hoort des te meer van de patiënt. Dit betekent wel dat we goed met elkaar moeten communiceren. Klinisch redeneren, inhoudelijk advies geven, en dat met de nodige organisatiesensitiviteit die hoort bij het vak. Uiteindelijk zullen we samen met de patiënt in de regie de klus moeten klaren.”

Een voorwaarde is dat de verpleegkundige dan ook uitstekend weet waar hij of zij het over heeft, wat voor De Laat een vanzelfsprekendheid is. “Tot mijn 55ste heb ik altijd gestudeerd en ik zit nog steeds in de boeken”, vertelt hij. “Verpleegkundigen moeten problemen voor het voetlicht brengen en tot een standpunt kunnen komen. Zo nu en dan een vaktijdschrift lezen of een congres bezoeken is daarvoor niet genoeg. Een opleiding helpt je om je vak soms vanuit een totaal andere hoek te bekijken. Ik kan me simpelweg niet voorstellen dat je dat als verpleegkundige niet zou willen. Het verrijkt je kennis en maakt je vak interessanter. Ik heb nog steeds geregeld bij een patiëntenuitwisseling dat ik denk: verrek, weer wat geleerd.”

### Goud op de wond

Vakinhoudelijk de diepte ingaan betekent ook kijken voorbij de symptomen. “Het is heel belangrijk om je altijd te realiseren dat elke wond een onderliggende oorzaak heeft. Zolang je die oorzaak niet kent, kun je de wond voor mijn part met goud of platina insmeren, maar zul je het probleem niet oplossen. “Het is een inzicht waarmee De Laat menige leverancier van wondproducten door het ijs ziet zakken. “Het wonddomein kristalliseert steeds verder uit in subspecialismes: decubitus, diabetische voet, stralingswonden..., allemaal soorten wonden met een totaal andere oorzaak waarvoor fabrikanten claimen de oplossing te hebben. De leefstijl van een patiënt is een belangrijke beïnvloedende factor die naast de oorzaak minstens zo belangrijk is. Het is opnieuw een goede reden voor wondverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten om zichzelf als spin in het web te zien. Dan kun je namelijk optimaal samenwerken met bijvoorbeeld de diëtist, zodat

het dieet de wondgenezing bevordert, of de ergotherapeut, omdat alle andere middelen falen als je niet goed in je rolstoel zit.”

## Complexiteit

En dan kom je soms tot andere conclusies dan je had gedacht, heeft hij ook ondervonden, met name als het gaat om het snijvlak van wat je als verpleegkundig specialist volkomen logisch lijkt, maar wat in de context van een zo omvangrijk zorgsysteem toch anders uitpakt. “Zaken veranderen is in de complexe zorgwereld minder simpel dan je denkt. Mede omdat het voordeel van een verandering lang niet altijd toevalt aan de partij die zijn gedrag verandert.” Niet zonder humor geeft hij daarvan een treffend voorbeeld:

“Ik heb zelf een tijdje rondgelopen als de vleesgeworden transmurale verpleegkundige toen ik had besloten om alle patiënten binnen een straal van vijftien kilometer thuis te bezoeken. Dan hoefden ze niet per ambulance naar het ziekenhuis te worden vervoerd, wat zo’n 1.000 euro én een hoop ongemak zou schelen. Maar de reis naar een patiënt duurde voor mij al gauw drie kwartier. Dus gooide ik een balletje op: als de zorgverzekeraar nou een autootje ter beschikking zou stellen en de uren zouden declarabel zijn. Ik gaf er ook een rekensommetje bij. Het zou zo’n vijf keer goedkoper zijn dan vervoer per ambulance. Ik legde het voor aan iemand van de zorgverzekeraar. Die reageerde heel vriendelijk en gaf me gelijk. Alleen, zei hij, dit werkt niet als je het laat bij een lokaal initiatief, je zou het systematisch moeten implementeren. En dat implementeren is heel ingewikkeld en kost miljoenen. Zo gezien was een ambulance zo duur nog niet. Dus hebben we dit niet gedaan.”

## Ruimte

De les voor De Laat: “We kunnen zeker dingen ten goede veranderen, maar dat vraagt tijd en relativeringsvermogen. Ik heb in mijn werk altijd kunnen doen wat ik als professional nodig vond om te doen, al ging het me natuurlijk lang niet altijd snel genoeg. Het nazorgtraject, de ‘bed-garantie’ die je nodig hebt voor je patiënten met een decubitus kunt opereren, blijft voor mij een probleem. Mijn droom voor mijn opvolgers zou zijn dat we als verpleegkundig specialisten standaard vier bedden hebben in bijvoorbeeld een herstelcentrum om patiënten met een ernstige decubitus of na een operatie de specifieke zorg te kunnen bieden die voor het herstel nodig is. Dan zijn we al enorm geholpen. Geef ons als verpleegkundigen die ruimte. Dan zullen we dat prima regelen.”

\* Wouter Bax, journalist in de zorgsector