

Domeinoverstijgende samenwerking leidt tot betere kwaliteit van wondzorg

F. van Wijk *

Op diverse plaatsen in het land zijn initiatieven ontstaan om de kwaliteit van wondzorg te verbeteren. Het initiatief ervoor kan in de eerste lijn liggen of in het ziekenhuis, maar in alle gevallen is samenwerking en de bereidheid om van elkaar te leren het uitgangspunt.

Het lijkt zo'n geruststellend klein percentage: een procent van de Nederlanders heeft een wond die niet geneest zoals mag worden verwacht. Maar met een inwoneraantal van 17.000.000 gaat het wel om een enorm aantal mensen. En de persoonlijke en maatschappelijke impact is enorm. Aan huis gekluisterd zijn omdat je niet weet hoe laat de thuiszorg komt om je wond te verzorgen. Niet onder de mensen durven komen omdat je bang bent dat je wond een onaangename geur verspreidt. Niet kunnen wandelen of boodschappen kunnen doen. Niet kunnen werken. Het probleem is dat vaak sprake is van onderliggend lijden dat de wondgenezing compromitteert. En dat patiënten met een wond die niet geneest gemiddeld pas na 32 weken in beeld komen bij een behandelaar die specifieke kennis op dit gebied heeft.

Het van kracht worden van de Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg op 20 juni 2018 was dan ook een belangrijk moment, vanwege het niet mis te verstane uitgangspunt: als binnen drie weken geen sprake is van een zichtbare genezingstendens van de wond, moet er worden opgeschaald. Een uitgangspunt dat patiënten heel veel persoonlijk leed kan besparen, en dat bovendien tot een enorme kostenbesparing kan leiden. Hoe is de zorg voor patiënten met complexe wonden nu, een kleine twee jaar later? We belichten drie regio's.

De wondzorg was te versnipperd en er werd onvoldoende gekeken naar het onderliggend lijden van de patiënt dat de genezing in de weg staat.

Regio Gouda

Cora Slappendel (foto 1), wondconsulent wond- en decubituszorg ZorgBrug

"In 2015 stelde de Nederlandse Zorgautoriteit dat in Nederland sprake was van een half miljoen mensen met een complexe wond waarbij geen goede diagnose was



Foto 1. Cora Slappendel, wondconsulent wond- en decubituszorg ZorgBrug

gesteld. Voor het Groene Hart Ziekenhuis, ZorgBrug en Vierstroom Zorg Thuis reden om, in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ en de gespecialiseerde thuiszorgorganisatie QualityZorg, een pilot op te zetten voor complexe wondzorg in de regio Gouda. De wondzorg was te versnipperd en er werd onvoldoende gekeken naar het onderliggend lijden van de patiënt dat de genezing in de weg staat.

De afspraak is: is na drie weken geen sprake van een genezingstendens, dan schakelen de huisarts of de wijkverpleegkundige de verpleegkundig specialist of de wondconsulent in. Die verricht een anamnese en doet aanvullend onderzoek om tot een diagnose te komen en stelt aan de hand van de bevindingen een behandelplan en verpleegdoel op. Dit registreren we in het elektronisch patiëntendossier, waaraan we ook driedimensionale foto's van de wond toevoegen om het beloop ervan in het oog te kunnen houden. De app Woundworks gebruiken we ook voor het bestellen van wondproducten. Via Zorgdomein kunnen de betrokken professionals in een veilige omgeving patiëntgegevens met elkaar delen.

De verpleegkundig specialisten en wondconsulenten die de regie hebben, gaan iedere week of iedere twee weken langs bij de patiënt voor controle. Tussentijds gaat een wijkverpleegkundige die speciaal voor dit wondteam aan het werk is langs voor de tussentijdse controles. Als het goed gaat met de patiënt en het beleid slaat aan dan trekken de verpleegkundig specialist en de wondconsulent zich wat meer terug en gaat de wijkverpleegkundige wekelijks langs. Bij stagnatie of achteruitgang overlegt zij. Patiënten ondervinden het gemak van het feit dat ze niet naar het ziekenhuis hoeven te gaan, maar in de thuissituatie door vertrouwde gezichten van de thuiszorg kunnen worden geholpen. We hebben deskundigheidsbevordering in de teams bewerkstelligd en die teams komen nu ook zelf met ideeën voor verbetering van de zorg. De verpleegkundig specialisten zijn op het wondexpertisecentrum in het ziekenhuis aanwezig, maar draaien ook wekelijks wondspreekuren bij de huisartsen.

De gekozen aanpak werkt, en is daarom inmiddels ook uitgebreid naar het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. We hebben patiënten met complexe wonden sneller in beeld. Als het team problemen signaleert, schakelt het direct op. Is het nodig de patiënt naar het ziekenhuis te verwijzen, dan is dat veelal naar de dermatoloog of de vaat-chirurg. Maar dit is nu veel minder vaak nodig dan voor de start van het project. Het is dus rustiger op de poli's, er is meer ruimte gekomen voor de echt complexe zorg. Bovendien geven de artsen de patiënten sneller terug aan de eerste lijn, omdat ze vertrouwen hebben in de kwaliteit van zorg die daar wordt geboden. In slechts één geval is een patiënt doorgestuurd naar het Erasmus MC in Rotterdam, omdat sprake was van een onderliggend lijden dat in een perifeer ziekenhuis niet kon worden behandeld. Je ziet dus dat nieuwe lijnen ontstaan. Niet alleen naar het academisch ziekenhuis trouwens. In de perifere ziekenhuizen is een multidisciplinair overleg tussen dermatologen en vaatchirurgen ontstaan voor de complexe patiënten. En er is ook een multidisciplinair overleg op wijkniveau ontstaan, met betrokkenheid van de podotherapeut en de pedicure. Een mooi voorbeeld van wat dit kan opleveren is de vrouw met een diabetische voet, voor wie een revalida-

tiearts en een orthopedisch schoenmaker zijn ingeschakeld. Doordat zij nu de juiste schoen heeft is haar voetwond genezen. Zulke dwarsverbanden waren eerder niet zo voor de hand liggend."

Regio Zwolle

Marja Zwaan (foto 2), programmamanager substitutie van zorg ziekenhuis Isala

"Dit ziekenhuis heeft de ambitie uitgesproken tien procent van de zorg anders te gaan organiseren (dichter bij de patiënt als het kan, in het ziekenhuis als het moet) en een van de programmalijnen daarin is substitutie van zorg. In dit kader kwam ik in contact met vaat-chirurg Jacques Oskam die middels een wondexpertisecentrum tot integrale wondzorg in de regio wilde komen, in plaats van de bestaande situatie waarin iedereen met de beste bedoelingen los van elkaar werkte. Hij herkende zich in het landelijk beeld dat veel te veel wondpatiënten op de poli kwamen die daar met betere zorg in de eerste lijn niet hadden hoeven komen. En hij realiseerde zich dat de kans op genezing veel groter is als de wondleeftijd nog kort is op het moment dat gericht wordt gehandeld. Maar daarvoor was wel nodig dat in de eerste lijn de verpleegkundig specialist een centrale positie krijgt. Het gaat bij



Foto 2. Marja Zwaan, projectleider substitutie van zorg, Isala. Foto Isala.

De huisartsen hadden snel door dat ze ontzorgd worden. De verpleegkundig specialist wondzorg doet immers het consult, en schoolt bovendien de assistenten.

complexe wonden immers veelal om meer dan de wond alleen.

De beslissing om hiermee aan de slag te gaan dateert al van voor de komst van de Kwaliteitsstandaard organisatie van wondzorg. We zijn begonnen met gesprekken aangaan met de huisartsen en hebben ons gesteld op het standpunt dat het geld wel volgt als wij er samen uitkomen. Ook is direct de gespecialiseerde thuiszorgorganisatie Quality-Zorg erbij betrokken. De partijen kwamen snel tot overeenstemming. We zijn begonnen met de huisartsen aan de randen van ons adherentiegebied. Voor hun patiënten is immers de reisafstand naar het ziekenhuis het grootst en dus de winst als ze thuis adequaat kunnen worden behandeld ook. De huisartsen hadden snel door dat ze ontzorgd worden. De verpleegkundig specialist wondzorg doet immers het consult, en schoolt bovendien de assistenten. Dat geeft hen nieuwe kennis voor hun werk en geeft de huisartspraktijken een nieuw élan. Sommige thuiszorgorganisaties reageerden afwachtend en stelden zich op het standpunt 'We doen het toch goed'. Maar het ging er natuurlijk niet om hen werk af te pakken, maar om in de hele regio tot een uniforme methodiek te komen voor complexe wondzorg zodat die zoveel mogelijk in de eerste lijn kan worden geboden. Inmiddels zijn we ook meer thuiszorgorganisaties bij de opzet aan het betrekken en daar wondconsulenten op te leiden. Ook gaat de vaatchirurg naar de eerste lijn, om met de huisarts, de praktijk-assistent of de verpleegkundig specialist consulten te doen voor de complexe gevallen. Alleen als het nodig is worden patiënten verwezen naar de poli, waarbij het wel de bedoeling is de zorg zo snel mogelijk weer in de eerste lijn te leveren.

Huisartspraktijken moeten meer dan achtduizend patiënten hebben om het financieel haalbaar te maken een verpleegkundig specialist op de praktijk te zetten. Een aantal praktijken in onze regio is hiervoor te klein, dus dan is het een optie de patiënt voor het consult naar een grotere praktijk in de buurt te sturen of ambulant te zien. Inmiddels zijn zes groepspraktijken met voldoende omvang bij onze aanpak betrokken, waarmee we 50.000 patiënten kunnen bedienen. Met de kleinere praktijken zijn we in overleg over horizontale verwijzing. Vanaf de start zijn we gaan monitoren op karakteristieken en resultaten. We komen met de vijf deelnemende praktijken nu uit op een gemiddelde besparing op jaarbasis van 30.000 euro per praktijk. En dat kan alleen maar meer worden bij nog

meer optimalisatie. Deze informatie kan de opmaat vormen om op termijn tot één geïntegreerd wondzorgtarief te komen."

Regio Arnhem

Elke Dominicus (foto 3), hoofd Transferbureau Rijnstate, het ziekenhuis in de regio Arnhem.

"We zagen in onze regio heel veel mensen die met wondzorg bezig waren en daar zat goede en minder goede kwaliteit tussen. Met Wondzorg Arnhem, het expertisecentrum voor verpleegkundige wondzorg met wondverpleegkundigen en wondconsulenten, hebben we werkafspraken gemaakt om tot een betere kwaliteit wondzorg in de eerste lijn te komen. Als je daar als ziekenhuis op kunt vertrouwen, durf je los te laten. De start hebben we gemaakt met patiënten met diabetische voet, omdat die patiëntencategorie voor een grote druk op onze poli zorgde. Die start is succesvol geweest en dat heeft ervoor gezorgd dat ook andere thuiszorgorganisaties - die geschoolde wondverpleegkundigen in dienst hebben - wilden aanhaken. Het heeft de vrijblijvendheid eraf gehaald voor ze, en heeft ze ertoe aangezet om te investeren in kennisverdieping en samenwerking. We sluiten geen enkele partij uit, maar partijen moeten wel laten zien wat ze te bieden hebben. Nu hebben we een regionaal overleg opgezet waarin wondspecialisten vanuit het ziekenhuis, wondverpleegkundigen en thuiszorgorganisaties samen aan tafel zitten om op basis van een gedeelde visie tot kwaliteitsverbetering in de wondzorg te komen. Niet elkaar de loef afsteken dus,



Foto 3. Elke Dominicus, hoofd Transferbureau Rijnstate, het ziekenhuis in de regio Arnhem.

maar goede afstemming over protocollen en eenheid in gebruikte wondmaterialen, elkaar scholen, wondfoto's maken om meekijken op afstand mogelijk te maken. Klein beginnen en het als een olievlek laten uitspreiden, dat blijkt heel goed te werken.

We zien dat het aantal patiënten dat wordt verwezen afneemt en we zien dat wonden sneller genezen omdat in een veel vroeger stadium een adequate aanpak voor genezing wordt geboden.

Voor huisartsen, die per praktijk doorgaans niet zoveel wondpatiënten zien, is het soms lastig te bepalen wanneer ze een patiënt naar het ziekenhuis moeten verwijzen. Daarom hebben we een congres georganiseerd om hen hierover meer duidelijkheid te bieden, en ook over de vraag naar wie ze dan dienen te verwijzen: de vaatchirurg of de dermatoloog. De wondverpleegkundige in het ziekenhuis is nu de constante factor in onze aanpak, de regievoerder onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Het is wel wenselijk voor de medisch specialisten om de patiënten in beeld te blijven houden, maar dat betekent niet per se dat ze ze in het ziekenhuis moeten zien. Er is nog zoveel andere complexe zorg dat ze daar beslist geen belang bij hebben.

We zien dat het aantal patiënten dat wordt verwezen afneemt en we zien dat wonden sneller genezen omdat in een veel vroeger stadium een adequate aanpak voor genezing wordt geboden. Dat scheelt zorgkosten en betekent een betere kwaliteit van leven voor de patiënt. Dat interesseert zorgverzekeraars natuurlijk ook. Wondzorg Arnhem was bij de start van onze aanpak nog geen gecontracteerde aanbieder, maar is dat nu wel.”

* Frank van Wijk, freelance journalist