

WONDZORG DE KOMENDE 25 JAAR: STEVIGE POSITIE WONDCONSULENTEN EN EEN VLEUGJE MEER TECHNIEK

J. Rosier*

Hoe ziet de wondzorg er over 25 jaar uit? Een plastisch chirurg, twee verpleegkundigen en een verpleegwetenschapper werpen al vast een blik op de toekomst. Grote omwentelingen liggen niet in verschiet. Wel geleidelijke verbeteringen in de organisatie van de zorg en de techniek.

**FRANK NIESSEN:
'CHIRURGEN ZULLEN NIET
OPEENS MEER INTERESSE
IN WONDZORG KRIJGEN'**



**FRANK NIESSEN IS PLASTISCH
CHIRURG IN HET VUMC
AMSTERDAM. HIJ GEEFT OOK LES
AAN DE OPLEIDING DECUBITUS- EN
WONDCONSULENT AAN HET
ERASMUS MC IN ROTTERDAM.**

Wat kunnen we komende 25 jaar verwachten? Voor een antwoord kijkt Frank Niessen eerst terug naar de afgelopen kwart eeuw. 'Wat is er sinds 1983 daadwerkelijk veranderd? Artsen en verpleegkundigen staan nog steeds aan het bed en dat zal zo blijven.' Wel denkt Niessen dat er over 25 jaar meer gespecialiseerde verpleegkundigen zullen zijn in de wondzorg.' Voor chronische wonden is langdurige zorg nodig, je moet de

patiënt vaak terugzien en de genezing duurt lang,' licht hij toe. 'Maar chirurgen houden over het algemeen juist van snelle actie. Ze laten de

wondzorg dan ook liever aan verpleegkundigen over. Ik denk dat in de interesse van chirurgen de komende 25 jaar niet veel zal veranderen. Ook uit kostenoverwegingen zal de wondzorg bij verpleegkundigen liggen. Artsen zullen wel de supervisie houden. Willen ze dat goed kunnen doen, dan moet in de medische opleiding wel veel meer aandacht komen voor wondgenezing.

Hoewel wondgenezing de basis is voor alle snijdende specialismen, komt het in de huidige opleiding veel te oppervlakkig aan bod.'

Zijn eigen vakgebied, de plastische chirurgie, zal in de basis niet ingrijpend veranderen, denkt Frank Niessen. 'Ik werk met schaar, mes en pincet, en dat blijft zo. Er zullen enkele nieuwe technieken bijkomen, zoals de laatste jaren de perforatorlap. Dat is een huidverplaatsingstechniek waarbij de bloedvaten tussen de spieren vandaan geprepareerd worden om zo min mogelijk schade aan te richten.' Hij verwacht meer van de ontwikkeling van additieve technieken. 'Een groot probleem is bijvoorbeeld de littekenvorming. In de toekomst kun je misschien tijdens de operatie een stofje aan de wond toevoegen dat littekenvorming

tegengaat. Na een paar dagen voeg je een volgend stofje toe, dat de wondgenezing ondersteunt. Als de wond niet goed geneest voeg je na verloop van tijd weer een ander stofje toe. Ik denk bijvoorbeeld aan groeifactoren, of platelet-gel wat uit het eigen bloed van de patiënt wordt gehaald. Daar wordt nu al mee geëxperimenteerd.' Hyperbare zuurstoftherapie bestaat al vijftig jaar. De patiënt verblijft daarbij regelmatig een tijdje in een drukkamer, waardoor het bloed meer zuurstof opneemt. 'Misschien passen we straks ook hypobare zuurstof toe,' vervolgt Niessen. 'Sporters doen dat door 's nachts in een zuurstofarm tent te slapen waarin de atmosfeer van het hooggebergte wordt nagebootst. Het effect is dat er meer hemoglobine in hun bloed komt. Dat kan ook helpen bij wondgenezing.' Op het gebied van verbandmateriaal zullen er de komende jaren producten bijkomen die invloed uitoefenen op de wondgenezing, denkt Niessen. 'Bijvoorbeeld verbanden die de granulatie verbeteren of ontstekingscellen opruimen. Een recent voorbeeld is Promogram van Johnson & Johnson, dat de metalloproteinasen uit de wond haalt. Andere fabrikanten zullen de komende jaren min of meer vergelijkbare producten op de markt brengen.'

Op het gebied preventie verwacht Niessen niet veel successen. 'Je ziet dat we op het gebied van de gezondheid steeds meer op de Verenigde Staten gaan lijken. Dat betekent dat de bevolking de komende jaren ongezonder wordt. Ik denk niet dat daarin een kentering zal optreden. Als je nagaat hoe lastig het voor mensen is om hun leefstijl te veranderen: zelfs na een beenamputatie als gevolg van slechte vaten, blijven patiënten vaak gewoon roken.'

Niessen denkt dat er wel winst te behalen is door bij risicopatiënten sneller in te grijpen. 'Dat kan via gespecialiseerde wondpoli's, diabetespoli's, maar ook in wondgenezingscentra met eigen bedden. Ik denk daarbij aan het voorbeeld in Kopenhagen van Finn Gottrup. Daar zijn een dermatoloog, een vaatchirurg en een plastisch chirurg samen in een team. Huisartsen kunnen er rechtstreeks patiënten naartoe sturen. Er kan direct ter plekke aanvullend onderzoek worden gedaan met doppler, röntgenfoto's en een ct-scan. De patiënt kan er een paar dagen blijven of met een behandeladvies terug worden verwezen naar de huisarts. Zo kan snel een agressieve behandeling worden gestart met betere kansen op een snelle genezing.'

PETER QUATAERT: 'DECUBITUS- EN WOND- ZORG WORDT ERKENDE SPECIALISATIE'



PETER QUATAERT IS VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST DECUBITUS- EN WONDZORG BIJ ZORGSAAAM, EEN ORGANISATIE VOOR ONDER MEER ZIEKENHUIS- EN THUISZORG IN ZEEUWS-VLAANDEREN. DAARNAAST IS HIJ BESTUURLID VAN DE WCS EN V&VN DECUBITUS- & WONDCONSULENTEN.

Peter Quataert behoort tot de eerste groep verpleegkundigen die de opleiding Decubitus- en Wondconsulent aan het Erasmus MC in Rotterdam heeft gevolgd. Als hij 25 jaar vooruitblijkt, voorziet hij dat decubitus- en wondconsulenten een erkende status in het kader van de wet BIG zullen hebben. 'De registratie in het V&V kwaliteitsregister heeft een enorme meerwaarde maar is nog te vrijblijvend. Daarin krijgt wondzorg geen eigen plek. Toch is het belangrijk dat duidelijk wordt welke kwaliteiten je mag verwachten van wondverpleegkundigen. Zij krijgen immers een steeds belangrijkere rol bij de behandeling. Niet alleen in de ziekenhuizen, maar in alle zorginstellingen zie je dat gebeuren. Het lijkt me daarom dat er uiteindelijk toch een erkenning van de specialisatie komt, met daaraan verbonden toetsbare eisen.' Ook voor de opleiding Decubitus- en Wondconsulent aan het Erasmus MC is de erkenning

belangrijk, denkt Quataert. 'Zorginstellingen twijfelen nu of ze voor hun verpleegkundigen de kosten voor een opleiding zonder erkenning willen vergoeden,' constateert hij. 'Als het specialisme erkend is, zullen instellingen eerder geneigd zijn de opleiding te vergoeden.' Hij voorziet verder een verandering

in het takenpakket van decubitus- en wondconsulenten. 'Er treedt een verschuiving op naar de regierol. Nu voeren velen van ons nog zelf een groot deel van de wondzorg uit, maar dat is aan het veranderen. Naarmate het aantal ouderen en chronisch zieken toeneemt, zal er meer wondzorg nodig zijn. Om de continuïteit te kunnen waarborgen moeten niet-gespecialiseerde verpleegkundigen de wondbehandeling uitvoeren. Als consulent zul je je dan vooral richten op de diagnostiek, kennisoverdracht naar de uitvoerende verpleegkundigen, en de coördinatie.'

Multidisciplinair werken zal verder toenemen omdat het leidt tot betere zorg. Maar de manier waarop het gebeurt, gaat veranderen, denkt Quataert. 'In ons diabetische voetenteam merk ik bijvoorbeeld dat het altijd lastig is om iedereen op hetzelfde tijdstip op dezelfde plaats bijeen te krijgen. Ik verwacht dat we in de toekomst vaker op afstand zullen overleggen met behulp van de computer en internet. Met online toegankelijke dossiers en foto's hoef je niet per se elke keer met z'n allen bij elkaar te zitten.'

Ook voor scholing en congressen ziet hij tal van mogelijkheden voor internettoepassingen. 'Straks hoef je niet per se meer naar congressen te reizen. Je vindt online al powerpoint-presentaties van de sprekers, straks kun je online tegen een bepaalde vergoeding de lezing gewoon helemaal bekijken. Ook op het gebied van scholing heeft e-learning de toekomst. Natuurlijk blijft persoonlijke begeleiding in de praktijk heel belangrijk, maar de theoretische voorbereiding zal meer en meer via de computer gaan.'

BARBARA DEN BOOGERT: 'WE ZULLEN NIEUWE WEGEN INSLAAN'

BARBARA DEN BOOGERT IS WOND- EN DECUBITUSCONSULENT IN HET REINIER DE GRAAF GASTHUIS IN DELFT.

Ook Barbara den Boogert behoort tot de eerste groep die de opleiding Decubitus- en Wondconsulent van



het Erasmus MC heeft gevolgd. ‘Die opleiding heeft me veel geleerd en op veel vragen antwoord gegeven.’ Maar als ze praat over de wondzorg de komende 25 jaar, komen als eerste nieuwe vragen op, bijvoorbeeld over mogelijke nieuwe behandelingen. ‘Een ulcus cruris geneest bij reumapatiënten slechter dan bij anderen. Ik heb een patiënt bij wie het al drie jaar niet lukt om de wond dicht te krijgen, welk verband we ook gebruiken. Reuma is het gevolg van ontstekingsfactoren in het lichaam. Verstoren die soms ook de wondgenezing? Biedt misschien de nieuwe reumamedicatie uitkomst? Daarmee wordt de ontsteking in het lichaam tijdelijk tot stilstand gebracht. Op dat moment kun je misschien meteen de wond aanpakken met bijvoorbeeld een huidtransplantatie.’ Barbara den Boogert hoopt dat gespecialiseerde verpleegkundigen de komende jaren meer kunnen doen dan alleen het uitvoerende werk, dat ze bestaande grenzen overschrijden en nieuwe wegen inslaan. Ze geeft een voorbeeld waarin het gaat om onderzoek. ‘Bij diabetische ulcera duurt de genezing lang en blijft soms helemaal uit. Een amputatie wordt altijd zo lang mogelijk uitgesteld. Toch zeggen veel patiënten achteraf:

“had ik daar maar eerder voor gekozen”. Twee Amerikaanse artsen, Strauss en Aksenov, hebben een risicoscorelijst ontwikkeld die aangeeft hoe groot de kans is dat amputatie uiteindelijk onvermijdelijk is: een goed hulpmiddel om een patiënt inzicht te geven in zijn kansen. Het behandelteam kan dan een bepaalde periode alles op alles zetten, maar als de wond dan nog niet geneest, is amputatie waarschijnlijk de

beste keus. Voor een onderzoek in de opleiding heb ik de statussen opgevraagd van patiënten bij wie vanwege een diabetische voet een teen-, voorvoet- of onderbeensamputatie was uitgevoerd. Ik wilde weten of de keuze correspondeerde met de risicoscore. Wat bleek: bij 50% van de patiënten zou volgens de risicoscorelijst voldoende kans op genezing zijn en geen amputatie nodig zijn geweest. Toch was de amputatie medisch wél noodzakelijk. Zijn de criteria van deze scorelijst dus wel goed? Ik wil graag verder uitzoeken hoe dat zit. Niet dat ik meteen zelf zo’n onderzoek kan opzetten, maar ik kan er wel aan meewerken. Er moet dan wel tijd voor beschikbaar komen en je moet ook artsen hebben die deze diabetespatiënten doorsturen. Artsen zijn nog helemaal niet gewend dat verpleegkundigen onderzoek doen. Maar langzaam verandert er nu wel iets. V&VN Decubitus- & Wondconsulenten telt 140 leden: we gaan met elkaar een netwerk vormen voor onderzoek. Dit gebeurt onder leiding van V&VN-bestuurslid Sandra Janssen en verplegingswetenschapper Eric de Laat. Als ieder van ons met tien patiënten aan een onderzoek meedoet, heb je een flinke populatie.’

Een negatieve ontwikkeling voorziet Den Boogert als het aantal regels en de daarbij behorende werklust blijft groeien. Tot voor kort vergoedde de zorgverzekeraar bijvoorbeeld VAC-therapie helemaal; nu alleen nog de disposable materialen. De pomp moet het ziekenhuis zelf betalen. ‘Allemaal prima,’ vindt Den Boogert, ‘maar het geeft dubbele administratieve lasten. Wij hebben toch onze deskundigheid? Als we concluderen dat iemand met een VAC-pomp naar huis moet, moet dat toch snel te regelen zijn? Hetzelfde is gebeurd bij het regelen van wondzorg in de thuiszorg. Voorheen belde je de transferverpleegkundige en die regelde alles. Nu moet de specialist de huisarts bellen, vragen of die de behandeling wil overnemen, en zo ja, dan kunnen we contact opnemen met de thuiszorg. Maar probeer maar eens een huisarts aan de lijn te krijgen!’

Tot slot praat Den Boogert over de medische opleiding en organisatie van de complexe wondzorg. Twee van haar kinderen studeren geneeskunde. ‘De colleges wondbehandeling die ze krijgen vind ik niet van een hoog niveau. De enige manier waarop artsen zich nu extra kunnen scholen in wondzorg is via congressen. Ik hoop dat wondzorg in de artsenopleiding over 25 jaar in ieder geval goed geregeld is. Een andere goede ontwikkeling zou het inrichten van wondcentra zijn. In Denemarken is de arts Finn Gottrup pionier op dat gebied. Hij heeft een ziekenhuisafdeling voor complexe wonden opgericht, vergelijkbaar met een IC. Daar komen patiënten bij wie de wondzorg de primaire aandacht nodig heeft en voor wie de medische wondzorgspecialist hoofdbehandelaar is, zoals de intensivist dat is op de IC. Op zo’n afdeling kunnen dan gespecialiseerde verpleegkundigen werken die de opleiding van het Erasmus MC tot decubitus- en wondconsulent hebben gevolgd, verpleegkundigen met aandacht voor wondzorg. Alle soorten wondzorgproducten zijn direct beschikbaar op de afdeling. Het zou mooi zijn als er in ons ziekenhuis of een ander ziekenhuis zo’n wondcentrum komt.’

RUUD HALFENS: 'ER KOMT MEER CONTROLE OP DE KWALITEIT VAN DE BASISZORG'



RUUD HALFENS IS UNIVERSITAIR HOOFDDOCENT SECIE VERPLEGINGSWETENSCHAP AAN DE UNIVERSITEIT MAASTRICHT. HIJ WAS EEN VAN DE INITIATIEFNEMERS VAN DE JAARLIJKSE DECUBITUSPREVALENTIEMETINGEN EN IS DAAR NOG STEEDS NAUW BIJ BETROKKEN.

Aan de preventie van zorgproblemen en met name decubitus valt de komende 25 jaar veel te verbeteren, vindt Ruud Halfens. 'De basiszorg is op dit moment veel te vrijblijvend georganiseerd. Ik verdedig de stelling dat de hoofdzuster weer terug moet komen. We weten bijvoorbeeld dat wisselgeving de belangrijkste preventieve maatregel is tegen decubitus. Toch krijgen patiënten veel te weinig wisselgeving.

Verpleegkundigen hebben met zoveel andere zaken te maken dat het erbij inschiet.'

Vanaf de jaren tachtig hebben verpleegkundigen zich ontwikkeld tot zelfstandige professionals. Dat heeft niet alleen voordelen opgeleverd, ziet Halfens. 'Afdelingshoofden zijn sindsdien met de rug naar het bed komen te staan; ze bemoeien zich niet meer direct met de zorg.

Daardoor is er op de afdelingen niemand meer die de zorg aanstuurt. Voor decubitus zijn er wel decubitusconsulenten gekomen, maar die

hebben een staffunctie. Het zijn adviseurs; ze hebben vanuit hun functie geen machtsmiddelen om dwingend zaken voor te schrijven. Maar je moet op de afdeling iemand hebben die de kwaliteit bewaakt en zonodig corrigerend kan optreden.' Misschien gaan we de komende

jaren het Duitse voorbeeld volgen, denkt Halfens. In Nederland komt gemiddeld drie keer meer decubitus voor dan Duitsland, en bij sommige specifieke patiëntengroepen zelfs acht keer zoveel. Halfens: 'We beginnen binnenkort aan een onderzoek waarin we zowel in Nederland als Duitsland 500 patiënten volgen vanaf het moment van opname in een verpleeghuis. Zo hopen we duidelijk te krijgen wat er precies gebeurt met hen en wat de oorzaken zijn voor het verschil in decubitusprevalentie. Het feit dat iemand aan bed de verpleegkundigen en verzorgenden aanstuurt, zal denk ik van doorslaggevend belang blijken te zijn. In Duitsland werken locatie-managers mee in de zorg, bijvoorbeeld een dag per week, en oefenen directe controle uit.'

Ook in de opleiding moet weer meer plaats komen voor het aanleren van vaardigheden, meent Halfens. 'Het is belangrijk dat je in de opleiding erin gestampt krijgt dat je een patiënt met een verhoogd decubitusrisico wisselgeving geeft. Er is in de huidige opleiding wel veel aandacht voor de theorie maar het besef dat je consequent wisselgeving moet toepassen wordt te weinig overgebracht. In dat

opzicht was de vroegere inservice opleiding beter.'

Wat de komende 25 jaar ook meer aandacht nodig heeft, is de implementatie van richtlijnen. 'We hebben talloze richtlijnen, maar ze worden te weinig toegepast. Hoe verbeter je dat? Dat kun je in Zweden zien. Daar worden niet zoveel richtlijnen geschreven als bij ons, maar er verschijnen wel beknopte boekjes met actuele kennis. In elke regio zijn er een aantal mensen verantwoordelijk voor het implementeren van die kennis. Zij geven bijscholing in de verpleeghuizen, en zorgen dat daar protocollen worden gemaakt of schrijven die zelf. De afdelingshoofden tekenen ervoor dat ze de protocollen gezien hebben én controleren of er ook volgens die protocollen gewerkt wordt. De instellingen worden op hun beurt ook weer gecontroleerd en kunnen sancties, bijvoorbeeld een korting op het budget, opgelegd krijgen. Dat werkt. De hoofden voelen zich heel nauw betrokken bij de dagelijkse zorg en voelen zich ervoor verantwoordelijk.' Ten slotte voorziet Halfens dat de komende 25 jaar meer mythen ontkracht zullen worden door onderzoek. 'Er werd bijvoorbeeld jarenlang gezegd dat massage ter preventie van decubitus weefsel zou beschadigen. Dat is onzin gebleken. Er was slechts één onderzoekje uit de jaren vijftig waaraan iedereen refereerde. Daarin ging het om stevige massage die niemand meer toepast. Een onderzoek van Inge Duimel liet zien dat zacht wrijven van de huid helemaal niet schadelijk is. Ook de ideeën over schapenvachten blijken onjuist te zijn. Experts raadden af om ze te gebruiken maar uit twee gerandomiseerde studies blijkt dat Australische vachten van echt schapenvacht wel preventief werken tegen decubitus. Patriek Mistiaen onderzoekt die vachten nu in Nederlandse verpleeghuizen en het lijkt erop dat de resultaten ook hier positief zijn. Zo zijn er nog heel wat zaken die we kunnen uitzoeken. Te vaak roepen we gewoon maar wat zonder dat we de feiten kennen.'

***Joop Rosier**