

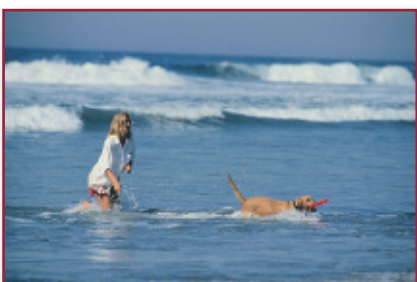
## TOEKOMSTBESTENDIGE DECUBITUSZORG VRAAGT OM MULTIDISCIPLINAIR BELEID

F. van Wijck\*

**In een eerder artikel in dit tijdschrift vroeg branchevereniging Nefemed aandacht voor de maatschappelijke relevantie van medische hulpmiddelen voor preventie en behandeling van decubitus. Dit was naar aanleiding van de verschijning van het boekje *Alle partijen aan zet*. In dit vervolgartikel staan we stil bij de vraag hoe deze aandacht zich moet vertalen naar toekomstgericht beleid. De kern hierbij is: nodig nú de minister uit.**

Ondervinden patiënten meerwaarde van hulpmiddelen voor preventie en behandeling van decubitus? Stel deze vraag aan de gemiddelde arts of verpleegkundige en hij zal die volmondig met “ja” beantwoorden. Probeer immers maar eens een decubituswond te voorkomen of een eenmaal bestaande wond te genezen zonder hierbij gebruik te kunnen maken van de hulpmiddelen die tot dit doel zijn ontwikkeld. Maar hoe eenduidig die behandelaars ook “ja” zullen zeggen, het verhaal wordt toch altijd sterker als het van de patiënt zelf komt. Lees bijvoorbeeld maar eens dit verhaal van de 74-jarige Erik van Genken:

*Ik werd in december 2006 opgebeld door het ziekenhuis met de mededeling dat ik eindelijk de hartoperatie kon ondergaan waarvoor ik al een tijdje op de wachtlijst stond. Ik kreeg de verzekering dat het een routine-ingreep was en ging er dan ook met vertrouwen naar toe. Maar na de ingreep ging het helemaal niet goed. Ik kreeg een gat boven mijn stuitje met een omtrek van veertien centimeter en een diepte van zeven centimeter. De dokter zei: “Daar kan wel een sinaasappel in”. Ik heb drie maanden in een ziekenhuis gelegen, op een zandbed. Vooraf was me verteld dat ik acht dagen na de operatie weer naar huis zou mogen.*



*Ze hebben me lang slapend gehouden. Toen ik uit de narcose kwam, sloeg ik van de morfine wartaal uit. Ook toen ze me vertelden dat ik decubitus had, zeiden ze dat het wel goed zou komen. Op dat zandbed lag ik op mijn rug aan een infuus en zo moest ik ook blijven liggen. Dankzij de medicijnen heb ik nooit pijn gevoeld. Pas na een maand ging het infuus eraf en kon ik – met hulp – op mijn zij gaan liggen. Maar ik was tien kilo afgevallen en voelde me te slap om me te bewegen. Dan word je ter afwisseling van het vele liggen af en toe in een stoel gehesen. En dan denk je: als dit nu mijn einde is...*

*Verbandmiddelen en een vacuümpomp moesten helpen om de decubituswond weer dicht te krijgen. Het duurde een maand voordat daarmee enige zichtbare verbetering werd bereikt. En ook toen ik weer naar huis mocht, had ik nog steeds een wond. Ik kreeg thuiszorg en ik mocht gaan lopen met een kleine vacuümpomp in een schouderetas. Ook die heb ik weer een maand gebruikt. Toen was de wond schoon en mocht ik weer gewoon rechtop gaan zitten. Ik heb nu een hele deuk boven mijn stuitje. Op foto's heb ik dat ook zelf gezien. In de spiegel lukte het niet. Ik schrok niet van die foto. Ik dacht alleen maar: ik geloof het wel, ik ben er weer. Inmiddels is de wond dichtgegaan, zonder dat ik plastische chirurgie nodig heb gehad. Ik gebruik nu alleen nog een zalfje om de wondranden weer soepel te krijgen. Die zijn helemaal hard geworden.*

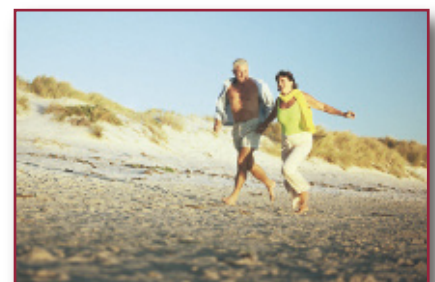
Een zandbed, verbandmiddelen, een vacuümpomp, zalf en ook nog eens een draagbaar vacuümpompje in een

schouderetas. Dat zijn nogal wat hulpmiddelen bij elkaar. En iedereen die in de zorg werkt en verantwoordelijk is voor inkoop of assortimentsbeheer, weet hoeveel geld daarmee gemoeid is, zelfs voor één patiënt al.

Maar het is natuurlijk niet één patiënt. En het verhaal loopt niet voor iedereen even goed af, zoals het verhaal van de 69-jarige Wilco van der Plas duidelijk maakt:

*Ik heb 43 jaar gewerkt. De meeste jaren in de mijnen en de laatste tien jaar op kantoor. Met mijn 58<sup>ste</sup> ging ik eruit. Dat vond ik niet erg, want ik ben een fanatieke sportman en kreeg nu eindelijk meer tijd om te fietsen. Ik zal nooit de dag vergeten waarop ik nét die auto kon ontwijken, maar niet de aanhanger erachter. Ik vloog door de lucht en belandde op mijn rug. Toch ben ik nog naar huis gefietst, maar eenmaal thuis in bed werd de pijn snel erger. In het ziekenhuis bleek dat ik twee rugwervels had gebroken.*

*De jonge arts gaf me twee opties: een brace of een operatie. Hij raadde me het laatste aan. Helaas, weet ik nu, maar toen leek het zo'n goed idee, want hij was ervan overtuigd dat ik weer op de fiets kon stappen. Maar toen ik uit de operatie kwam, kon ik mijn benen niet meer bewegen en was*



ik volledig incontinent. Een van de stukjes bot, die hij uit mijn dij had gehaald en in mijn rug had gezet, bleek losgeschoten en had zenuwen doorgesneden. Ik verbleef acht maanden in een revalidatiekliniek en daarna nog eens zeven maanden in een verpleeghuis, totdat we een nieuwe woning hadden. In dat verpleeghuis liep ik een decubituswond op en die werd na thuiskomst steeds groter. Hij ging stinken en werd zwart. Al na een week lag ik weer in het ziekenhuis. Ik kreeg een zogenaamde zwaailap-operatie, waarbij het eigen weefsel wordt gebruikt om de wond te dichten. Dat lukte. Maar weer thuis kwamen de problemen snel terug. Je mag niet te lang in één houding zitten, maar dat kan moeilijk anders als je verlamd bent. De vacuümpomp bracht ook na vijf maanden geen oplossing. Binnenkort ga ik dus weer naar het ziekenhuis voor een nieuwe zwaailap-operatie. Dat is dan de laatste keer dat dit mogelijk is. En daarna moet ik weer naar een revalidatiecentrum.

Zo is het nu al negen jaar. Met een dwarslaesie kun je eigenlijk niet de hele dag zitten. Als ik een rode plek krijg, ga ik meteen liggen, maar toch keert die decubituswond al negen jaar lang steeds weer terug. Mijn vrouw doet zelf de wondverzorging. Je raakt aan alles gewend, zegt ze. Dat is een enorme steun. Ik gun het haar dan ook dat ze twee keer per jaar een weekje op vakantie gaat. Maar ik word dan geholpen door steeds weer andere leerling-verpleegkundigen en als zij thuis komt sta ik er dan ook altijd slechter voor dan wanneer ze weggaat.

Het gaat dus niet om hulpmiddelen alleen, het gaat ook om verantwoorde beslissingen nemen. Het verhaal van Van der Plas laat zien hoe belangrijk het is om op individueel patiëntniveau zorgvuldige afwegingen te maken. Dit vereist veel inspanning van de betrokken artsen en verpleegkundigen. Maar het kan de patiënt veel leed besparen en de maatschappij veel zorgkosten. Het punt is alleen dat de betrokken partijen wel moeten beseffen hoezeer in de decubituszorg de kost voor de baat uitgaat. En die betrokken partijen, dat zijn niet alleen de behande-

laars en patiënten, maar ook de leveranciers van medische hulpmiddelen, de zorgverzekeraars en de overheid. De vraag “Wat moet er nu gebeuren om verantwoorde decubituszorg ook voor de toekomst te waarborgen?” laat zich dan ook alleen in samenspraak tussen deze partijen volledig toereikend beantwoorden.

In de eerste plaats is natuurlijk duidelijkheid nodig over de kosten. Het probleem met decubituszorg is dat veel van de daarmee samenhangende kosten versluierd zijn. Reken je een drukverlagende matras tot de decubitusmaterialen of tot de investeringsgoederen? Hierover bestaat geen eenduidigheid. In de Verenigde Staten ijvert de Food and Drug Administration al jarenlang voor kosteneffectiviteitonderzoek op het gebied van decubitusmaterialen. In Nederland staat dit nog helemaal in de kinderschoenen. De zorgverzekeraars beginnen nu schoorvoetend interesse te krijgen in dit onderwerp. Dat is een goede zaak, maar iedereen die in de zorg werkt, weet dat de kosten uiteindelijk niet in de hulpmiddelen zitten. Die zitten in de handen aan het bed.

Dit neemt niet weg dat de beschikbare hulpmiddelen op verantwoorde wijze dienen te worden gebruikt. Van de zorgverleners mag dan ook worden geëist dat zij in iedere fase van de behandeling het meest geëigende middel toepassen. Om hun kennis van deze hulpmiddelen op peil te houden, is scholing en nascholing nodig. Scholing op basis van wetenschappelijk onderzoek kan een bijdrage leveren aan voortdurende productinnovatie. Zorgverleners moeten dus open staan voor kennisopbouw en het management dient hiervoor financieel en organisatorisch ruimte te bieden. De zorgverleners dienen hun opgebouwde kennis te delen met elkaar, met de patiënten en met de zorgverzekeraars. Willen de zorgverzekeraars kunnen inkopen op basis van prijs en kwaliteit, dan dienen zij inzicht te hebben in de vraag hoe decubitusmaterialen optimaal kunnen worden ingezet. Als ze over die kennis beschikken, kunnen ze bij de zorginkoop eisen stellen aan de



zorgverleners en beschikken ze over een middel om in de politieke discussie hard te maken hoeveel geld ze nodig hebben om verantwoorde decubituszorg te kunnen inkopen. De overheid dient dit te faciliteren. Minister Ab Klink staat bekend als een bewindsman die niet vanuit het ministerie wil regeren, maar die graag het veld in gaat om daar te zien hoe wordt gewerkt. Bij dergelijke bezoeken stelt hij relevante vragen als: Wat doen jullie hier dat in het voordeel van de patiënt is? Is de kwaliteit van jullie werk aantoonbaar en bewijsbaar? Welke hindernissen ondervinden jullie om dit werk optimaal te doen? Hoe kan de overheid jullie faciliteren?

De huidige bewindsperiode maakt het dus voor de veldpartijen interessant om juist deze minister nú met de praktijk de confronteren. Dan nog blijft overeind dat Nederland zich op het gebied van eigen bijbetalingen aan de zorg door de burger in de achterhoede bevindt. Ook de maatschappelijke discussie over de rol van eigen bijbetalingen, om burgers bewust te maken van de kosten van hun hulpmiddelenconsumptie, dient daarom nú te worden gevoerd.

Wilt u een exemplaar ontvangen van *Alle partijen aan zet. Decubitus en incontinentie in breder perspectief*? Mail dan uw naam en adresgegevens naar [nefemed@wispa.nl](mailto:nefemed@wispa.nl). Vermeld als onderwerpregel “Alle partijen aan zet”. Het boekje wordt u dan kosteloos toegezonden.

**\*Frank van Wijck**