

# WONDBEHANDELING IS TEAMWORK

R.M. Baljon\*

**De ontwikkeling van de WCS heeft onder meer bijgedragen aan de huidige situatie wat betreft het kennisniveau van zorgverleners in de wondzorg. Dat lag ten grondslag aan de doelstelling van de WCS. Vanaf 1984 tot en met heden heeft de WCS op allerlei manieren getracht informatie te geven over alle aspecten op het gebied van de wondzorg. Daarbij werd gebruik gemaakt van het door de vereniging ontwikkelde kleuren classificatiemodel op basis van zwart, geel en rood. Met de ontwikkeling van het kennisniveau en het multidisciplinaire karakter van de zorgverlening wordt ook de scholingsbehoefte groter. Vele ontwikkelingen zijn op dit moment gaande zonder dat er sprake is van een breed gedragen visie. Binnen het multidisciplinaire team behoort ook een inkoper of zijn / haar afdeling een rol te spelen. Niet als beslisser, maar als contact tussen de professionals en de potentiële leveranciers.**

## DOELSTELLING WCS

In 1984 waren enkele verpleegkundigen van mening dat er te weinig kennis bestond in Nederland op het gebied van wondbehandeling. Zij voorzagen een enorme kloof tussen de werkwijzen binnen de instellingen en hetgeen de industrie aan moderne interactieve wondbedekkers op de markt bracht. De instellingswerkwijzen waren veelal geënt op de ervaring van de oudste verpleegkundige. Ik gebruik al jaren Eusol en ik zal dat nog jaren gebruiken, want het ruikt lekker sterk en het zal dan best goed werken. Deze groep verpleegkundigen richtten de Woundcare Consultant Society op, ofwel de WCS ofwel de Nederlandse Vereniging van Deskundigen in Wondbehandeling. De WCS stelt zich ten doel een antwoord te geven op de sterk stijgende vraag naar verantwoorde informatie rond dat deel van de verpleegkunde en verzorging, dat zich bezig houdt met de verzorging van de meest uiteenlopende wonden. Er wordt naar gestreefd de wondbehandeling, nadrukkelijker dan tot nu toe, een eigen specialisatie te laten zijn binnen de algemene verpleegkunde en verzorging. Daarbij is de verpleegkundige en verzorgende een sterke schakel tussen de patiënt en medicus en heeft een eigen deskundigheid.

## WONDCLASSIFICATIE.

De WCS ontwikkelde in 1984 samen met de Scandinavische arts Helgren het kleuren classificatiemodel op

basis van zwart-geel-rood.

Bij het beschrijven van verschillende aspecten van wonden bleek er grote behoefte aan een eenduidig begripkader. Zo zijn er in de loop der jaren diverse indelingsmethoden ontstaan, vaak mede afhankelijk van de oorzaak van de wond. Meestal bedoeld om de ernst van het defect op een voor iedereen duidelijke manier aan te geven.

Voorbeelden daarvan zijn onder andere:

- het 4 stadia model voor decubitus.
- de Wagner-classificatie voor de diabetische voet.
- een indeling volgens Widmer van Chronische Veneuze Insufficiëntie bij Ulcus cruris
- en de dieptegraden bij brandwonden.

Zo is ook de WCS-Classificatie ontstaan. Dit model heeft beoogd kort en voor iedereen duidelijk aan te geven in welke fase van de genezing de wond zich bevindt. De hiertoe gebruikte kleurindeling sluit aan bij de fasen van wondgenezing: zo staan de kleuren zwart en geel voor de reactiefase en rood voor de regeneratiefase.

Deze classificatie is toepasbaar op bijna alle wonden. Een uitzondering vormen de brandwonden en de oncologische ulcera. Deze laatste omdat hierbij vaak geen sprake is van een genezingsproces.

## ZWART-GEEL-ROOD.

Bij het kiezen van de methodiek voor de wondbehandeling is het pri-

maire doel: ondersteuning van de natuurlijke genezingsprocessen van het lichaam.

Daarvoor is het van belang te weten welke processen in die specifieke fase een rol spelen. Hiertoe is het zwart-geel-rood model een praktisch hulpmiddel omdat dit deze fasering aangeeft.

In de reactiefase is het doel ondersteuning van het lichaam bij die processen die verder weefselverlies voorkomen en het wondgebied voorbereiden op het vervangen van verloren weefsel.

In de zwarte wond betekent dit met name het verwijderen van het zwarte necrotisch weefsel.

In de gele wond is het doel het verwijderen van het gele fibreuze of sereuze beslag.

Bij de rode wond moet het mechanisch kwetsbare granulatiweefsel worden beschermd tot een nieuwe epitheel laag de wond heeft gesloten.

Alleen op de informatie uit bovengenoemde classificaties kan een optimale wondbehandeling niet worden gebaseerd.

Hiertoe zijn nog een aantal parameters van de wond noodzakelijk, zoals: plaats, grootte en vorm, hoeveelheid geproduceerd exsudaat, conditie wondranden, eventuele infectie, geur, pijn. Deze hebben ook invloed op de bepaling van de subdoelen van de wondbehandeling. Al deze aspecten samen geven een beeld van de wond waarbij een behandelplan kan worden gekozen.



Een belangrijk deel van dit behandelplan is de keuze van wondbedekker. Via het zwart-geel-rood model is bekend welke eigenschappen de wondbedekker in ieder geval moet bezitten, b.v. in de gele wond moet deze wondbedekkers reinigende aspecten bezitten.

Welke productgroep en welk product binnen die groep de voorkeur verdiend wordt bepaald door de andere parameters, de ervaring van de behandelaar, en de beschikbaarheid van het product.

Het WCS classificatiemodel werd het instrument om de kloof te gaan dichten tussen de praktijk en de industriële ontwikkelingen.

#### **BEROEPSONTWIKKELING.**

In 1984 waren er nog geen specialistisch verpleegkundigen en verzorgenden met het aandachtsveld wondbehandeling. Overeenkomstig de basale beroepsuitoefening hoorde wondbehandeling in het pakket van elke verpleegkundige en verzorgende. Het WCS classificatiemodel was dan ook vooral ontwikkeld voor elke verpleegkundige en verzorgende die meer lijn wenste te brengen in de wondbehandeling. Adequate informatie daaromtrent werd en wordt nog steeds geleverd door de WCS. Anno 2002 zijn er in veel intra- en extramurale instellingen verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam met in hun pakket het aandachtsgebied wondbehandeling. Denk daarbij aan decubitusconsulenten, stomaverpleegkundigen, wondverpleegkundigen, oncologisch verpleegkundigen. Daarnaast hoort wondbehandeling ook in het pakket van de podotherapeuten en de huidtherapeuten. Al met al is wondbehandeling een gespecialiseerd aandachtsgebied geworden. Misschien wel dankzij de WCS en dankzij de vele ontwikkelingen vanuit de industrie.

In de loop van de negentiger jaren leek het alsof het WCS classificatiemodel te simpel werd voor al die specialisten. Er werden moeilijke en zelfs wetenschappelijk onderbouwde modellen ontwikkeld, maar het WCS classificatiemodel behield haar

bestaansrechten dankzij haar eenvoud voor met name de basiszorg. Want, wondbehandeling blijft basiszorg. Wondbehandeling kan en mag zich niet blijven beperken tot één of enkele aandachtsvelden binnen een instelling. Elke verpleegkundige en verzorgende zal een hoeveelheid bagage moeten hebben omtrent het fenomeen algemene wondbehandeling. De WCS levert met haar eenvoudig toepasbare classificatiemodel deze bagage.

#### **TEAMWORK.**

November vorig organiseerde de WCS haar achtste wondcongres welke het thema meekreeg: voor elke wond een teamverband. Maar wat versta je onder een team? Zijn dat je collega verpleegkundigen of verzorgenden, of bestaat het team uit een multidisciplinair scala aan deskundigen? Landelijk neigt men steeds meer voor het laatste te kiezen. Een multidisciplinair team, bestaande uit medici, paramedici en verpleegkundigen c.q. verzorgenden. Er zijn zelfs teams waarin een psycholoog zitting heeft. Deze psycholoog draagt onder andere bij aan de onderlinge communicatie. Want dat is wel één van de eerste hindernissen.

Een multidisciplinair team kan alleen maar functioneren op basis van vertrouwen en gelijkwaardigheid. Gelijkwaardigheid op theoretische en praktisch niveau. Alleen zo'n multidisciplinair team bestaat uit leden van verschillende pluimage op het gebied van scholing en praktische kennis. Wie heeft het in zo'n team het dan voor het zeggen? Bepaalt de universitair geschoolde dokter het beleid, of de praktisch ingerichte verpleegkundige of verzorgende?

Op dit moment zijn er ook ideeën om een masters opleiding op het gebied van wondbehandeling te ontwikkelen voor Nederland, naar buitenlands model. De vraag is: Wat gaat deze master toevoegen aan de wondproblematiek? Ik zie daar zeker mogelijkheden in, maar er moet wel een visie ontwikkeld worden over de positionering van deze wondmasters

en de vakinhoudelijke ontwikkeling van alle zorgverleners. Er zullen dus wel een aantal problemen vroegtijdig getackeld dienen te worden.

#### **KNELPUNTEN.**

Allereerst: De instroom zal ongetwijfeld HBO worden. Vele wond- en of decubitusconsulenten zijn MBO geschoold. Vaak zijn het ervaren verpleegkundigen of verzorgenden die opgeleid zijn volgens het oude opleidingsstramien van ZV, MDGO-vp of A opleiding. Natuurlijk zal ook een deel HBO zijn, maar sluiten we de rest dan uit? Een pre-scholingstraject zal daarbij noodzakelijk zijn.

Een tweede probleem is de vraag of we moeten gaan werken met 1 superdeskundige op het gebied van wondbehandeling in een organisatie? Laatst zei Prof. Grijpdonck nog dat ze liever koppen aan het bed had dan vele handen. De verpleegkundige of verzorgende heeft de unieke positie dat hij / zij 24 uur per dag een patiënt kan observeren. Dat verlangt een goede basiskennis op het gebied van decubituspreventie en decubitus- en wondbehandeling. Dat verlangt dus tevens een goede scholing voor elke startende zorgverlener. Wellicht moeten de basisopleidingen daarop aangepast worden.

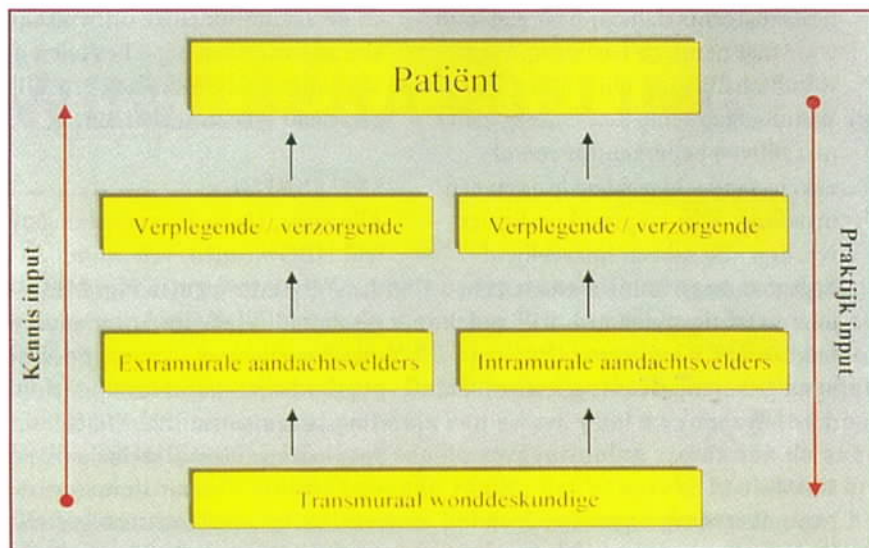
Een derde probleem is het feit dat er een toenemende verschuiving plaatsvindt van intra, naar extramurale zorg. De ligduur in het ziekenhuis neemt verder af. De chronische wondproblematiek in de thuis- en verpleeghuiszorg neemt evenredig toe.

We moeten dus ernstig rekening houden met het feit dat die universitair geschoolde wonddeskundigen geen elitaire groep gaat worden voor de intramurale sector en misschien zelfs alleen maar in de academische ziekenhuizen. De masters moeten zich juist ook richten op de sectoren waar de chronische wondproblematiek welig tiert.

#### **TOEKOMST.**

Hoe dan verder met de ontwikkeling van het teamverband. Ik ben van mening dat er een landelijke structuur bedacht moet worden hoe wij





die wondproblematiek aan gaan pakken. Ik wil graag hierbij van de gelegenheid gebruik maken om daarvoor een voorstel te doen.

De zorgverleners direct aan het bed zijn de uitvoerenden van een goed en gedegen preventie- en behandlingsbeleid op het gebied van de wondzorg. Zij worden qua kennis gevoed door een aandachtsvelder van hun eenheid.

Deze aandachtsvelders ontvangen weer hun kennis vanuit de wonddeskundige, welke transmuraal werkt en niet alleen maar intramuraal.

#### NIEUWE STRUCTUUR.

Als je je kan vinden in deze structuur moet je gaan onderzoeken welk kennisniveau nodig is per niveau. Dat kan op basis van een beroepsdeelfprofiel. Aan de hand daarvan wordt een scholingsstructuur uitgezet. In een dergelijke structuur is een masters opleiding voor de wonddeskundigen breed en verantwoord ingebed. Daarnaast vindt er ook kennisinput plaats voor de aandachtsvelders en de uiteindelijke zorgverleners. Voor de laatste groep zou ik met name voor de WCS cursussen pleiten.

Retrograad zal er een praktijkinput moeten plaatsvinden. De praktijk is uiteindelijk het speelveld om alle kennis toe te passen en te toetsen op haalbaarheid en relevantie. In dit hele speelveld mag uiteraard ook niet de rol van de industrie vergeten worden.

Mijn boodschap is dus helder: laten wij eerst op zoek gaan naar een visie van een goede landelijke structuur van wondzorgverleners. Op basis daarvan een opleidingsstructuur realiseren.

Dan ontwikkelen er zich landelijk teams onder aanvoering van een wondmaster op trans-, intra- en extramuraal niveau om de wondzorgverlening te optimaliseren. Want de grootste angst blijft natuurlijk dat er dadelijk wonddeskundigen zijn die vaker te maken hebben met de virussen in hun Pc dan de gecontamineerde wonden van de patiënt.

#### INKOPERS IN HET TEAMVERBAND?

Welke rol spelen nu inkopers en / of inkoopafdelingen binnen dit teamverband? Ik ben van mening dat zij een belangrijke rol kunnen spelen, als deze afdelingen de pretentie hebben intern klantgericht te zijn, waarbij de eindgebruikers, en dus de inhoudsdeskundigen de producten bepalen op basis van productgroepen. Zij geven dus aan wat een goed product is. En dan niet in de zin van die hydrocolloid van dat bedrijf, maar alleen in de vorm van het moet een hydrocolloid zijn of het moet een alginaat zijn, want er zijn geen slechte producten. Vaak worden keuzes gemaakt op basis van ervaring met een product of op emotionele basis. In deze discussie kan een inkoop een rol spelen. Deze kan de kritische vragen stellen, waarom niet dit product, maar juist die andere?

Aan de hand van deze interne dis-

cussie ontstaat er een totaal productpakket welke door de eindgebruikers gedragen wordt en door de inkoopafdelingen financieel afgehandeld kan worden bij het bedrijf welke voldoet aan het pakket van eisen van de organisatie.

Op deze wijze kan het aantal leveranciers teruggebracht worden tot een beperkt aantal voorkeursleveranciers voor het bulkpakket en enkele leveranciers voor een aantal specialités.

De valkuil voor inkopers is dat zij zich inhoudelijk bezig gaan houden met de interne discussie over het wondpakket. Dat is funest. Er bestaat dan grote kans dat binnen enkele maanden de voorraden vervuild zijn met producten die via bypass constructies door de eindgebruikers zijn binnen gehaald. Het doel om het totaal pakket te saneren, te standaardiseren en te beheren is daarmee mislukt.

Daarnaast is de goedkoopste offerte niet altijd de beste. Kijk niet alleen naar de kosten welke verbonden zijn aan de producten zelf. Het toepassen van producten, het effect van het product, het comfort voor de patiënt en de behandelaar, de eventuele ligduurverlenging of -verkorting, het service level van de leverancier zijn eveneens kosten welke in deze discussie niet vergeten mogen worden.

#### RESUMÉ.

Wondbehandeling is basiszorg, maar ook specialistenwerk. Het toepassen van wondbehandelingsproducten is eveneens basiszorg en specialistenwerk. Het inkopen van wondbehandelingsproducten is ook specialistenwerk. Ga uit van een ieders specialisme en u realiseert daarmee een breed gedragen, gestandaardiseerd en beheersbaar wondpakket en wellicht een sneller genezen patiënt.

Voordracht gehouden tijdens het Medisch Nieuws congres te Ede d.d. 31 januari 2002

**R.M. Baljon, manager patiëntenzorg  
Oogziekenhuis Rotterdam, Voorzitter  
Woundcare Consultant Society**