

WONDPROTOCOL IN INTRAMURALE ZORG. VAN DIVERSITEIT NAAR STRUCTUUR

E. Jolink*

Waarom zou een wondprotocol überhaupt noodzakelijk zijn? Waarom is het ongunstig als iedere individuele behandelaar zijn eigen koers volgt en zijn eigen trucs toepast? Wat is er op tegen om een breed scala aan produkten en produkt- typen in de voorraadkasten leggen? Wat heb ik aan een richtlijn als mijn medewerkers hun eigen creatieve richtlijnen wensen te volgen?

Elisa Jolink, decubitus/wondconsulente in ziekenhuis Rijnstate te Arnhem, houdt zich voornamelijk bezig met het vaststellen, evalueren en updaten van het wond- en decubitusbeleid binnen haar organisatie.

"In de drieënhalve jaar dat ik deze functie heb mogen vormgeven, is mij duidelijk geworden dat je je als ziekenhuis heel duidelijk moet bezighouden met kwaliteitszorg. Je kunt het je als groot perifeer ziekenhuis gewoonweg niet permitteren om achter te blijven. De moderne inzichten op het gebied van wond- en decubituszorg wil je volgen. Dankzij 'evidence based nursing' en de belangstelling voor de verpleegwetenschappen zijn er nu veel behandelmethoden onderzocht en evenzoveel handelwijzen geschrapt van het lijstje 'zinvolle interventies'.

Naast het verhogen van je kwaliteit wil je ook kennis op alle niveaus van wondbehandeling, vergroten. Een protocol is dikwijls zowel leidraad als hulpmiddel hierbij.

Een derde, niet onbelangrijk voordeel van het invoeren van een protocol is een kostenreductie. Alleen al het onder de loep nemen van werkwijzen en de daarvoor gebruikte materialen, om vervolgens de overbodige zaken te schrappen, levert je als ziekenhuis op jaarbasis tienduizenden guldens op. Waarom zou je drie verschillende produkten voor hetzelfde type wond in huis houden?

Misschien denkt u: 'wat maakt het nou uit of ik drie soorten hydroactieve foamverbanden in opslag heb, ik kan er per keer toch maar eentje gebruiken?' Toch is aangetoond dat een veelheid aan leveranciers en een grotere voorraad veel meer kost dan een gestandaardiseerd pakket.

Kortom, goed gebruik van je wond-

protocol bewerkstelligt eenduidig handelen, het geeft logistieke voordelen, het is duidelijk voor medewerkers en patiënten, plus het is tijdsbesparend want efficiënter.

Maar dan, hoe maak je zo'n wondprotocol en hoe voer je dat in? Hoe krijg ik mijn dermatoloog en mijn chirurg bereid om met dezelfde bril op naar een necrotische wond te kijken?

Bij het opstellen van een wondprotocol kan men gebruik maken van de landelijke richtlijnen, die eenvoudig aan te passen zijn aan de eigen omstandigheden. Het prachtige van zo'n richtlijn is natuurlijk dat heel slimme mensen hier erg serieus over nagedacht hebben, dus hiermee kun je heel goed bij de specialisten aan komen als eerste opzet (bijvoorbeeld CBO, WCS, NHG).

Als je niet weet waar je moet beginnen: het 'frame' waaraan je je verschillende handelwijzen wilt ophangen is eigenlijk al geformuleerd in bijvoorbeeld de WCS richtlijn. Je begint met het classificeren (indelen) van wonden. Voordat je echt gaat nadenken over wondbehandelingsmethoden maak je deze indeling.

Natuurlijk zijn er geen standaardwonden en is het niet mogelijk om een wond los van een persoon te zien. Er zijn altijd factoren die te maken hebben met de aard van het letsel of de persoonlijke omstandigheden van de patient. Dat we de wond gaan observeren en classificeren betekent ook niet dat die factoren niet meegenomen worden in het totale behandelplan.

Aan de hand van de classificatie stellen we een 'beslisboom' op. Dit is een deel van het proces waar veel tijd in gaat zitten. Meestal werkt het goed wanneer twee mensen namens de werkgroep een concept uitwerken en dit ter beoordeling aan de vertegenwoordigers van de specialisten en verpleegkundigen voorlegt. Dit concept kan dan steeds verder uitgewerkt worden en iedereen die er iets over wil zeggen krijgt op deze manier daartoe gelegenheid.

Om een voorbeeld te noemen, je kunt in je concept bijvoorbeeld het uitgangspunt nemen dat je een secundaire wond die binnen 14 dagen geen verbetering laat zien, door een chirurg laat beoordelen. Je kunt ook stellen dat bijvoorbeeld een primair gesloten wond die na 48 uur geen exsudaat meer afgeeft, niet meer steriel verbonden hoeft te worden. Ook kun je afspreken om de frequentie van verbandwisselingen te minimaliseren (verstoring van milieu en daling van temperatuur in een wond beperken). Dit is conform de recente inzichten en wordt op deze wijze ingelijfd in het protocol van de instelling.

We zijn nu op het punt waarop u een frame gebouwd hebt om daar straks behandelwijzen en produkten aan te koppelen. Wederom een voorbeeld:

soorten wondgenezing:

- primair
- regeneratief
- secundair

kleuren:

- roze (epithelialisatiefase)
- rood (granulerend)

- geel (fibrine beslag)
- groen (geïnfecteerd, pussend)
- zwart (necrose)

nat/droog classificatie:

mate van exsudaat vorming
diepe/ondiepe wonden.

Daarna kunt u vaststellen van welke produkt-groepen u in de toekomst gebruik wilt gaan maken. U bepaalt dus eerst voor welk principe u kiest, daarna kunt u eventueel produkt-tests opzetten. In mijn optiek is het belangrijk om vast te stellen waarom bijvoorbeeld een alginaat voor bepaalde wonden de voorkeur geniet. Daarna kunnen we bekijken welke alginaten er zijn en welke voor ons geschikt zijn.

Bij elk type wond dat we geclassificeerd hebben, vullen we een geschikte behandeling in. Bijvoorbeeld bij necrose kan de behandeling 'verwijdering van necrose, mechanisch of enzymatisch' zijn.

Soms moet je overleggen met de achterban voor welk produktsoort je kiest. Bij een oppervlakkige, matig exsuderende wond in de gele fase zou je een hydrocolloïd kunnen gebruiken, maar ook een hydroactief verband, een foamverband, een hydrogel. We gaan er van uit dat we het proces simpel willen houden (want dat is het ook) dus we spreken af: voor dit type wond nemen we dit produkt. De overige produkten zijn ook goede alternatieven - maar wij doen het met dit produkt. Het gaat namelijk om het uitgangspunt van handelen, in veel gevallen het in stand houden van een vochtig wondmilieu. Maar het uitgangspunt kan ook zijn 'reiniging van pus' of 'bescherming van granulatieweefsel'.

Na het opstellen van het wondprotocol begint het echte werk pas. In ziekenhuis Rijnstate werden wij al geruime tijd geconfronteerd met versnippering van het pakket verbandmaterialen, er was een kostenstijgende tendens. Grote onduidelijkheid en oneigenlijk materiaalgebruik zorgen voor demotivatie. Dit speelde zo'n vier jaar geleden.

Na een uitgebreide inventarisatie van

wensen en doelen, werd een standaardisatieproject gerealiseerd met daaraan gekoppeld de invoering van een nieuw wondprotocol en het benoemen van een wond- en decubitusconsulent. Op dat moment is na een uitgebreide testperiode tevens gekozen voor een totaalleverancier van het hele verbandmiddelenpakket.

Vele partijen hebben een stem in het kapittel gehad, bijvoorbeeld de Commissie Wondverzorging, de Decubituscommissie, de materialencommissie, de chirurgen, plastisch chirurgen, de dermatologen.

Op de verpleegafdelingen en poliklinieken werd een verpleegkundige als 'afdelingsafgevaardigde' aangesteld, om als contactpersoon tussen de decubitus/wondconsulent en de collega's op de afdeling te fungeren. Er is een introductieprogramma opgesteld, dat wil zeggen: "wie vertelt je wat en wanneer en hoe en wat heb je er voor nodig en wie betaalt dat?"

Inmiddels zijn we een aantal jaren verder en alles staat op de rit. Maar dat betekent niet dat je achterover kunt leunen. Een protocol moet telkens weer gepromoot worden, het moet geëvalueerd en geactualiseerd worden. Je wilt toch dat je beleid up to date blijft. Kort geleden is bijvoorbeeld tijdens een symposium aangetoond (we vermoedden het al) dat de temperatuur in een wond heel belangrijk is, en dat na iedere verbandwissel de wond 8 uren nodig heeft voordat de optimale temperatuur pas weer bereikt is. Dit soort informatie dwingt ons om ons protocol keer op keer kritisch te bekijken.

Ook de manier van kennisoverdracht is veranderd. Het protocol staat natuurlijk op het netwerk van het ziekenhuis. Maar we gebruikten ook nog een klapper op de afdelingen, waar alle informatie in terug te vinden was. Het is bijna ondoenlijk om vijftig mappen in optima forma te houden. Je blijft kopiëren en papieren verwijderen en aanvullen. Dus die map gaat er uit. Een internetpagina over ons wondbeleid is

inmiddels in de maak. Ik ben van mening dat openheid erg belangrijk is. Medewerkers uit allerlei disciplines maar ook collega's bij bijvoorbeeld thuiszorg moeten goed op de hoogte gehouden worden van hetgeen wij doen.

Daarnaast is er twee maal per jaar een nieuwsbrief en hebben alle medewerkers een exemplaar van het protocol op zakformaat gekregen. Dit zijn, vrij onverwacht, twee ontzettend populaire communicatiemiddelen gebleken. Men vindt het werken met een zakprotocol erg prettig. En de nieuwsbrief bereikt inmiddels ook een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen.

Het hele wond- en decubitusbeleid is een dynamisch proces.

Budgetbewaking en beheersing blijft een hot item, dat zal in onze organisatie niet anders zijn dan elders. Samenwerking met extramurale disciplines is ook iets wat de laatste jaren belangrijker is geworden. Ik vindt dit een heel positieve ontwikkeling. Af en toe kom ik bij huisartsen en apothekers uit de regio, voor een E.T.O. (overleg in het kader van deskundigheidsbevordering). Keer op keer merk ik dat huisartsen een overbelaste en overvraagde groep vormen. Het blijkt voor hen erg moeilijk om alle trends te volgen. Men is huiverig om moderne methoden te 'proberen'. Dus maar liever wekenlang met een jodiumgaas in de weer. "Juffrouw, ik doe dat al twintig jaar zo".

Het blijft een boeiend vakgebied. Er valt ook nog steeds veel te leren en te verbeteren. Daarom is het belangrijk om met collega's van gedachten te wisselen over dit soort zaken. Als een instelling bezig is met het starten van een standaardisatietraject of protocollering van zorg, dan is het zinvol om af en toe eens te kijken hoe men dat elders heeft aangepakt. Samen werken en samen denken motiveert.

*** Elisa Jolink,
decubitus/wondconsulente in ziekenhuis Rijnstate te Arnhem,**