

# "WCS WONDZORG, DOOR DIK EN DUN"

WOENSDAG 21 NOVEMBER 2007

PLENAIRE SESSIE BEATRIX ZAAL

De WCS zet zich al ruim 21 jaar in voor de wondzorg in Nederland. Al die inzet en aandacht heeft zijn vruchten afgeworpen. Een verdieping en professionalisering van de wondzorg heeft in Nederland ertoe geleid dat er steeds meer verpleegkundigen zijn gaan werken als wond- en/of decubitusconsulent. Sinds 2 jaar bestaat er zelfs een officiële opleiding voor wondconsulenten in Rotterdam. Aan de ontwikkeling hiervan heeft o.m. de WCS een actieve bijdrage geleverd. Daarnaast is er per 1 januari 2007 vanuit het WCS-DN de V&VN beroepsvereniging voor wond- en decubitusconsulenten opgericht. De WCS heeft zich officieel ten doel gesteld te gaan functioneren als een Nationaal Kennisinstituut in Nederland. Het is een eer om deze ontwikkelingen en verdiepingen in het beroep van wondconsulent op deze dag in de sessie in de Beatrixzaal te kunnen presenteren. Een inleiding over de beroepsopleiding en diverse 'eerste' afstudeerprojecten van de studenten komen in deze sessie aan de orde.

09.30 - 10.00	Het belang van de opleiding tot decubitus- en wondconsulenten	Prof.dr. S.E.R. Hovius, Plastic & Reconstructive Surgery Erasmus MC, Rotterdam
10.00 - 10.30	De wond- en decubitusconsulent als kwaliteitscoördinator van decubitus- en wondzorg	A. van Dam, wond- en decubitusconsulent Erasmus MC, Rotterdam
10.30 - 11.00	Zijn er specifieke risicofactoren op het ontstaan van decubitus bij de psychiatrische bewoner; een onderzoeksopzet	M. Warbout, decubitus- & wondconsulent GGZ Reinier van Arkelgroep, 's Hertogenbosch
11.00 - 11.30	<b>Pauze</b>	
11.30 - 12.00	Behandeling van ulcus cruris in de 1ste en 2de lijnszorg	E. Schakel, decubitus- en wondconsulent Internos thuiszorg, Dordrecht
12.00 - 12.30	Behandeling diabetisch ulcus d.m.v. een mabal schoen	A. Bril, wondconsulent/gipsverbandmeester Twenteborg ziekenhuis, Almelo
12.30 - 14.00	<b>Pauze</b>	
14.00 - 15.00	Presentaties en uitreiking WCS Award 2007	
15.00 - 16.00	Forensische pathologie, een andere kijk op de zaken	Dr. F.R.W. van de Goot, patholoog anatoom
16.00 - 16.10	<b>Afsluiting</b>	R.M. Baljon MSM, voorzitter WCS, manager netwerkontwikkeling Oogzorgnetwerk, Het Oogziekenhuis Rotterdam

## 09.30 - 10.00 Het belang van de opleiding tot decubitus- en wondconsulenten

S.E.R. Hovius, plastic & reconstructive surgery

### Inleiding

Veranderende inzichten in preventie, wondgenezing en wondbehandelingstechnieken, alsmede een voortgaande ontwikkeling in producten voor wondbehandeling, maken wondzorg tot een complex aandachtsgebied. Een aandachtsgebied waarin vanuit het werkveld bovendien in het totale proces van wondzorg fragmentatie en discontinuïteit geconstateerd wordt. Een deel van de oplossing voor dit kwaliteitsvraagstuk is het via een *opleiding* kwalificeren en het vervolgens *inzetten* van een Gespecialiseerde Hulpverlener in de Wondzorg (GHW) met een brede maar stevige kennis van en ervaring met wondzorg. Deze expert richt zich zowel op preventie en risicogroepen als op wondbehandeling, producten voor wondbehandeling en continuïteit en coördinatie van wondzorg. Daarnaast heeft de GHW haar focus op vernieuwing en verspreiding van "evidence based" kennis m.b.t. wondzorg.

### Vervolgopleiding, gericht op beroepscompetenties

De Opleiding tot Decubitus- en Wondconsulent speelt in op bovenstaande ontwikkelingen en is een vervolgopleiding gericht op beroepscompetenties. Het leertraject kent vier blokken, die een verbinding vormen tussen zes programmalijnen. Het theoretische deel omvat in totaal circa 350 uur, gespreid over 44 lesdagen in twee jaar.

Daarnaast moet de student rekenen op een studiebelasting (naast de lesdagen) van gemiddeld 12 tot 16 uur per week. Voorafgaand aan c.q. volgend op de blokken vinden leeractiviteiten in de beroepspraktijk plaats binnen de eigen organisatie of op daartoe noodzakelijk geachte stageplaatsen.

De zes programmalijnen hebben betrekking op: Risicogroepen en preventie; Zorgvragers met wonden; Wonden en wondbehandeling; Wonden en producten voor wondbehandeling; Continuïteit en coördinatie van zorg; Vernieuwing en verspreiding van kennis m.b.t. wondzorg.

# PLENAIRE SESSIE

## BEATRIX ZAAL

### Voor wie?

De inschrijving voor de opleiding is vrij, mits de student voldoet aan het volgende profiel. De student:

- is een zorgprofessional met een afgeronde relevante HBO-opleiding of functioneert op HBO-niveau;
- is geregistreerd in het BIG-register (geldt voor fysiotherapeuten en verpleegkundigen);
- heeft drie jaar praktijkervaring, waarvan minimaal één jaar ervaring met wondzorg;
- kent het niveau van de opleiding en kan deze koppelen aan het toekomstig functioneren;
- heeft affiniteit met (de ontwikkeling van) wondzorg getoond;
- ziet wondzorg duidelijk als een onderwerp dat in de keten plaatsvindt;
- herkent de zes programmalijnen in het werk van een Decubitus- en Wondconsulent en benoemt deze ook als zodanig;
- beschikt over goede mondelinge en schriftelijke communicatieve vaardigheden;
- kan (inter)nationale (wetenschappelijke) literatuur lezen en analyseren;
- heeft kennis van en ervaring met Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint) en dataverwerkingsprogramma's (bij voorkeur SPSS).

### Meerwaarde

De eerste groep studenten is gestart op 18 januari 2006 en zullen in december 2007 afstuderen. Inmiddels is de tweede groep ook al bezig. De meerwaarde van de Opleiding tot Decubitus- en Wondconsulent zal zich steeds meer gaan bewijzen. De initiators van de opleiding zien de meerwaarde voor de toekomst echter in het feit dat de opleiding experts opleidt op het gebied van wondzorg, die breed inzetbaar zijn en die zich richten op risicogroepen, preventie, behandeling en genezing. Daarnaast dragen deze experts zorg voor de kwaliteit, continuïteit en coördinatie van de wondzorg (intra- en transmu-raal). En tot slot draagt de afgestudeerde bij aan kennisontwikkeling en kennisverspreiding op het gebied van wondzorg.

### 10.00 - 10.30 De wond- en decubitusconsulent als kwaliteitscoördinator van decubitus- en wondzorg

*A. van Dam, wond- en decubitusconsulent*

Al vele jaren werken er in diverse zorginstellingen verpleegkundigen die door de arts, verpleegkundigen of derden in consult geroepen wordt als men advies nodig heeft bij een decubitus-en wonden.

Maar wie is deze persoon, wat zijn haar kwalificaties en hoe wordt zij genoemd.

De naam verschilt per instelling van wondconsulent, wondverpleegkundige, WIS consulent, verpleegkundig specialist etc.

Maar er zijn nog meer vragen:

- Is er een erkende opleiding?
- Is er een officiële functienaam
- Wat is haar takkenpakket
- Wie zijn haar contactpersonen
- Wat is kwaliteit van decubitus-en wondzorg.

Tijdens mijn presentatie zal ik bovengenoemde onderdelen toelichten. Naar aanleiding van een aantal praktijkvoor-beelden, zal ik ingaan op hoe deze onderdelen van invloed zijn op de kwaliteit van decubitus-en wondzorg.

### 10.30 - 11.00 Zijn er specifieke risicofactoren op het ontstaan van decubitus bij de oudere psychiatrische bewoner; een onderzoeksoepzet

*M. Warbout, decubitus- & wondconsulent*

Er is weinig tot niets bekend over het voorkomen van Decubitus bij cliënten die zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Aan het Landelijk Prevalentieonderzoek neemt slechts 1 psychiatrisch ziekenhuis deel.

Zoektochten op Pubmed, Cinahl en Psychinfo leidde tot minimaal bruikbare literatuur over dit onderwerp.

Een eigen uitgevoerd prevalentieonderzoek in 2002, 2004 en 2005 liet zien dat er, wellicht bij een geselecteerde patiëntengroep, sprake was van het voorkomen van Decubitus. (Prevalentie in 2002 bedroeg 31%) in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit komt overeen met vergelijkbare gegevens van een ander psychiatrisch ziekenhuis die ook met een eigen prevalentieonderzoek tot dezelfde resultaten zijn gekomen. Het Landelijk Prevalentie Onderzoek levert ook nauwelijks gegevens op. Hierin heeft 1 psychiatrisch ziekenhuis geparticipeerd waarbij de gevonden prevalentie niet overeenstemt met de door ons gevonden prevalentie van Decubitus bij psychiatrische patiënten.

Als student aan de Pilot Opleiding Wond en Decubitus Consulent bestaat onze eindopdracht uit het indienen van een onderzoeksvorstel. Een van de elementen van de opleiding is het toepassen van Evidence Based Practice.

## PLENAIRE SESSIE

### BEATRIX ZAAL

Er zijn vele risicofactoren beschreven in de literatuur, echter is de vraag of deze ook generaliseerbaar zijn voor cliënten die verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis. Is het risico op het krijgen van decubitus niet bepaald door andere factoren. Met behulp van een dwarsdoorsnede onderzoek, uitgevoerd bij 100 oudere psychiatrische bewoners die zijn opgenomen in een verblijfsinstelling wil ik kijken of die specifieke risicofactoren definieerbaar zijn voor oudere psychiatrische bewoners die verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis. Als steekproefkader neem ik een vergelijkbare groep uit een andere psychiatrische instelling (100 oudere patiënten die verblijven binnen een instelling) waarbij het onderzoek op hetzelfde moment wordt uitgevoerd. De variabelen zijn vooraf gedefinieerd. Het verzamelen van de gegevens wordt beschreven in de onderzoeksopzet net zoals de analyse van de data.

#### 11.30 -12.00 Een onderzoek naar: De behandeling van ulcus cruris venosum in de eerste en tweede lijnszorg

*E. Schakel, decubitus- en wondconsulent*

Het overgrote deel van de patiënten met ulcus cruris venosum is terug te vinden in de eerstelijns zorg (huisartspraktijken en thuiszorg) en de dermatologie polikliniek (tweedelijns zorg). In mijn werk als decubitus- en wondverpleegkundige in de thuiszorg kom ik dan ook bij veel patiënten met een ulcus cruris venosum. Bij deze patiënten kwam ik met grote regelmaat dezelfde problemen tegen zoals onder andere:

- Onzorgvuldig handelen m.b.t. de ambulante compressie therapie
- Patiënten krijgen geen ambulante compressie therapie.
- Langdurig doorgaan met één en dezelfde behandeling ondanks uitblijvend resultaat
- De communicatie tussen de verschillende betrokken disciplines verliep vaak erg moeizaam
- Onkunde over ambulante compressie therapie en wondbehandeling bij zowel zorgverleners van de thuiszorg als bij huisartsen.

De huisartsen en polikliniek dermatologie gaven aan dezelfde problemen te ervaren met de zorg rondom de patiënten met ulcus cruris venosum. Er werd van alles aan gedaan d.m.v. bijscholingen over de theorie van het ulcus cruris, ambulante compressietherapie etc. met weinig (blijvend) resultaat. Aanleiding genoeg om te gaan onderzoeken waar de knelpunten zitten en wat mogelijke oplossingen zouden kunnen zijn. In het onderzoek is onder andere gekeken naar de gebruikte richtlijnen; waarbij gelet is op de verschillen en overeenkomsten. In welke situaties er wordt afgeweken van de richtlijn. En hoe er gecommuniceerd wordt tussen de verschillende betrokken disciplines

#### 12.00 - 12.30 Behandeling diabetisch ulcus d.m.v. een mabal schoen

*A. Bril, wondconsulent/ gipsverbandmeester*

Nergens in het lichaam zien wij de schadelijke werking van de door diabetes veroorzaakte neuropathie en arteriële insufficiëntie zo duidelijk als in de voet<sup>i</sup>. De hoge prevalentie van voetulcera en weefselversterf leidt tot arbeidsverzuim, langdurige ziekenhuisopnames en, door amputaties van het been, tot levenslange invaliditeit. Adequate zorg door de patiënt zelf is veelal niet mogelijk vanwege de oogproblemen, de beperkte beweging in de gewrichten en het ontbreken van waarschuwingssignalen als pijn, druk en temperatuur. Niet alleen het persoonlijk leed is groot, de kosten voor de gezondheidszorg zijn enorm<sup>ii</sup>. Zelfs in de voorzichtigste ramingen wordt in de komende decennia een forse toename verwacht van het aantal diabeten zowel in de westerse wereld als wereldwijd, zodat een aanzienlijke toename van de bovengeschetste problemen te verwachten valt.<sup>iii</sup>

We weten inmiddels, dat met goed opgezette multidisciplinaire poliklinieken voor de diabetische voet een reductie van 50% van het aantal onderbeenamputaties mogelijk is.<sup>iv</sup>

Sinds 1996 bestaat in het Twenteborg ziekenhuis te Almelo een multidisciplinaire polikliniek voor de diabetische voet. Sinds 1998 functioneert in hetzelfde ziekenhuis ook een klinische afdeling voor de diabetische voet. Hierdoor is het mogelijk om complicaties aan de voet vroegtijdig op te sporen en een adequate behandeling in te zetten. Het aantal opnames is gedaald vanwege de poliklinische mogelijkheden en het aantal ligdagen is gereduceerd door clustering van de patiëntengroep binnen één afdeling en training van het zorgverlenend personeel.

#### Literatuur

<sup>i</sup> Appelqvist et al. 1993

<sup>ii</sup> Appelqvist et al. 1995

<sup>iii</sup>Tennvall et al. 2000

<sup>iv</sup> Frykberg 1998

#### 15.00 - 16.00 Forensische pathologie, een andere kijk op de zaken

*F.R.W. van de Goot, patholoog*