



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Wondconsulenten

Indicatorenset

WondExpertiseCentra Nederland



Terneuzen, V&VN Wondconsulenten, 1 september 2012

Deze indicatorenset is ontwikkeld op initiatief van en door V&VN Wondconsulenten en de Woundcare Consultant Society (WCS). Het CBO heeft het project methodologisch ondersteund.

Colofon

Dit project was mogelijk door de inzet van de werkgroepleden en hun achterban en door financiële steun van Woundcare Consultant Society

Inhoudsopgave

1	Totstandkoming indicatorenset WondExpertiseCentrum	pag. 4
1.1.	Aanleiding ontwikkeling indicatorenset	
1.2.	Doelstelling indicatorenset	
1.3.	WEC in Nederland	
1.4.	Hoe is de indicatorenset tot stand gekomen?	pag. 5
1.5.	Samenstelling werkgroep Indicatorset Wondexpertisecentrum	pag. 6
1.6.	Indicatorset in de komende jaren	pag. 7
2	Factsheet externe indicatoren	pag. 8
2.1.	Organisatie van het Wondexpertisecentrum	
2.2.	Beschikbaarheid casemanager	pag. 10
2.3.	Wonddiagnostiek	pag. 12
2.4.	Wondbehandeling	pag. 16
2.5.	Deskundigheidsbevordering	pag. 20
2.6.	Situatieschets Wondexpertisecentrum	pag. 23

1 Totstandkoming indicatorenset WondExpertiseCentrum

1.1 Aanleiding ontwikkeling indicatorenset

Op dit moment bestaan in Nederland enkele WondExpertiseCentra (vanaf nu WEC genoemd), de verwachting is dat deze snel in aantal zullen toenemen. Om de kwaliteit van nieuw op te richten en bestaande WEC's te borgen is door V&VN Wondconsulenten en Woundcare Consultant Society (WCS) het initiatief genomen om een indicatorenset te ontwikkelen.

1.2 Doelstelling indicatorenset

Doelstelling van de indicatorenset voor WEC's is het bieden van handvatten voor kwaliteit van zorg voor aanwezige en nog op te richten WEC's. De indicatoren zijn ook bedoeld om patiënten en stakeholders in Nederland en daar buiten te laten zien wat de werkwijze en resultaten zijn behaald door de WEC's. De werkgroep heeft bij het opstellen van de indicatoren steeds het uitgangspunt van cliënten met een wond gehanteerd.

1.3 WEC in Nederland

Kennis en ervaring ten aanzien van wondzorg is thans verspreid over meerdere (para)medische specialisaties. In de zorgketen is onderlinge communicatie over wondbehandeling gering. Wondbehandeling is daardoor versnipperd en veelal inefficiënt. In snelle opvolging van zorgverleners worden verschillende therapieën met verscheidene doelstellingen ten aanzien van een zelfde cliënt voorgeschreven. De cliënt heeft daardoor een zeker delay ten aanzien van de toepassing van de meest effectieve behandeling of wordt zelfs opgenomen in een ziekenhuis c.q. een verpleeghuis. De cliënt blijkt vaak langer dan nodig geconfronteerd te zijn met zijn lijden aan een (gecompliceerde) wond, evenals de gerelateerde pijnklachten en de resulterende beperkingen in zijn dagelijkse leven.

De impact die de komst van "leg ulcerclinics" in Groot-Brittannië hadden op wondgenezing en kwaliteit van leven van cliënten met een wond, is goed gedocumenteerd (Moffat 1992, Liew 2000, Gottrup 2001). Frequente consultatie, toezicht en begeleiding door gespecialiseerde verpleegkundigen, evenals een "laagdrempeligheid" bij het voorkomen van een recidief, zijn factoren die patiënten en hun wondgenezing ten goede komen (Ruckley 1998).

De cliënt heeft recht op goede wondzorg waarbij een efficiënte aanpak dient te leiden tot een snelle wondgenezing, onafhankelijk van waar de cliënt zich bevindt. In navolging van Groot-Brittannië zien we ook in Nederland de opkomst van WEC's met als kerntaken: wondzorg en wondbehandeling volgens de geldende richtlijnen, coördinatie van wondzorg in de keten en verbreding en verspreiding van kennis.

Cliënten profiteren van een laagdrempelig en gespecialiseerd centrum en zullen mogelijk minder lang wachten met een hulpvraag. In Nederland komen WondExpertiseCentra ook voor bijvoorbeeld onder de synoniemen wondcentrum en expertisecentrum wondzorg.

Een subdoel van de kwaliteitscriteria voor WEC's is om te komen tot meer uniformiteit in wondzorg, een samenwerking tussen de WEC's en het verrichten van onderzoek

1.4 Hoe is de indicatorenset tot stand gekomen?

De Handleiding Indicatoren ontwikkeling (2007) van het Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing (CBO) heeft als basis gediend voor de gevolgde stappen om tot de deze indicatoren te komen. De werkgroep heeft de volgende stappen ondernomen:

- Gezamenlijk vaststellen van het doel van indicatorenontwikkeling;
- Inventarisatie van mogelijke indicatoren;
- Selectie van indicatoren;
- Uitwerking van indicatoren in de vorm van factsheet;
- Consultatieronde;
- Vaststellen van de indicatoren.

Deze stappen hebben geleid tot de onderhavige set indicatoren. De indicatorenset bestaat uit structuur, proces en uitkomst indicatoren. Met de structuurindicatoren worden de kaders van een WEC geschetst: wat nodig is om goede zorg aan de cliënt met een wond te geven en wat nodig is om een adequate WEC te zijn (indicatoren 1, 2, 5 en 6). In hoeverre de zorg volgens de geldende richtlijnen wordt gegeven, wordt gemeten in de procesindicator 3. Of de zorg op het gewenste niveau is en of de wenselijke resultaten worden behaald is af te lezen uit de resultaten van de uitkomstindicator 4.

Elke indicator is uitgewerkt in een factsheet. Een factsheet geeft de gebruiker inzicht in de achtergrond van de indicator, de opbouw van de indicatoren (teller, noemer, in- of exclusiecriteria) en de mogelijkheden voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg (verbeterpotentieel).

Methodologische aspecten van de indicatoren:

- *Validiteit*

De werkgroep is van mening dat de indicatoren aspecten van kwaliteit van zorg meten die algemeen als belangrijk worden beschouwd en dat de genoemde aspecten in de indicatoren door zorgverleners is te beïnvloeden. Waar beschikbaar wordt verwezen naar (internationale) literatuur.

- *Betrouwbaarheid*

Een graadmeter voor de kwaliteit van de indicator vormt de mate van overeenstemming tussen de resultaten die verkregen worden wanneer een meting meerdere malen wordt uitgevoerd door dezelfde of verschillende personen: de betrouwbaarheid. Wanneer de meetcondities gelijk blijven mag worden verwacht dat bij herhaling van de meting de resultaten gelijk blijven. De variabelen die nodig zijn om deze indicatoren te bepalen zijn niet getoetst in de praktijk. Desondanks verwacht de werkgroep dat de indicatoren betrouwbaar te meten zijn.

- *Discriminerend vermogen en bias*

De werkgroep is van mening dat de indicatoren in staat zijn variatie tussen wondexpertisecentra te meten. Vooralsnog lijkt het niet noodzakelijk om door een verschil in cliëntgroepen de uitkomsten van de indicatoren te corrigeren.

1.5 Samenstelling werkgroep indicatorenset WondExpertiseCentrum

Het opstellen van kwaliteitscriteria voor WEC's is een initiatief van V&VN Wondconsulenten en de Woundcare Consultant Society. Om dit te bereiken is een werkgroep opgericht waarin ervaren zorgprofessionals m.b.t. het behandelen en verzorgen van wonden zetelen. Een belangrijk aandeel van deze zorgprofessionals heeft al ervaring met werken in een WEC of hebben plannen om een WEC in te richten.

De werkgroep indicatorenset WEC bestaat uit:

Mevr. J. van Boekel,

wondconsulent, Elisabeth ziekenhuis/Thebe Thuiszorg, Tilburg

Mevr. B. den Boogert,

wondconsulent, Reinier de Graaf ziekenhuis, Delft

Mevr. Y. Bouten,

wondconsulent, VieCuri, Venlo

Mevr. P. Broos,

Master Zorgtraject Ontwerp i.o., Medisch Centrum, Amsterdam

Dhr. H. Brull,

directeur, Mitralis Expertisecentrum Wondzorg, Heerlen

Mevr. K. Creemers,

medisch manager, WEC Excen Zwanenburg

Mevr. S. Janssen,

verpleegkundig specialist wondzorg, Elkerliek ziekenhuis, Helmond

Mevr. A. Jaspard,

MSc in Wound Healing and Tissue Repair i.o., Mitralis Expertisecentrum Wondzorg, Heerlen

Dr. E. de Laat,

verpleegkundig specialist wondzorg, Radboud Universiteit, Nijmegen

Dhr. H. Post,

verpleegkundig specialist wondzorg, Evean Zorg, Zaandam

Dhr. P. Quataert,

wondconsulent, ZorgSaam, Terneuzen (voorzitter werkgroep)

Drs. A. Rondas,

MSc in Wound Healing and Tissue Repair, Kenniscentrum Wondzorg De Zorggroep, Noord-Limburg

Mevr. K. Timm,

verpleegkundig specialist intensieve zorg, IJsselland ziekenhuis, Capelle a/d IJssel

Dr. H. Vermeulen,

PhD at Medisch Centrum, Amsterdam

Vanuit CBO heeft drs. J.P. van Groenestijn het gehele ontwikkelproces begeleid. .

1.6 Indicatorenset in de komende jaren

De indicatorenset voor WEC's zijn primair ontwikkeld voor de leden van V&VN Wondconsulenten. De indicatoren zijn een hulpmiddel voor het optimaliseren van de kwaliteit van de aanwezige of de nog op te richten WEC's. De indicatoren hebben geen verplichtend karakter maar V&VN Wondconsulenten adviseert haar leden deze te hanteren in het belang van de client met een (gecompliceerde) wond. In 2015 zal de werkgroep de prestatieindicatorenset updaten.

Secundair wordt gestreefd om de set onder de aandacht te brengen van overheidsinstellingen als bijvoorbeeld de Inspectie van Gezondheidszorg en het College van Zorgverzekeraars. Het streven is dat de indicatorenset, of een deel ervan onderdeel wordt van de IGZ prestatieindicatorenset ziekenhuizen of Zichtbare Zorg. Naar verwachting worden de uitkomsten van de indicatorenset meegenomen in het beleid dat het College van Zorgverzekeraars opstelt ter advisering aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De indicatorenset WEC is in 2011 goedgekeurd door de leden van V&VN Wondconsulenten en heeft unaniem draagvlak van het Wondplatform Nederland. V&VN Wondconsulenten kan geen invloed uitoefenen op het wel of niet mogen hanteren van de naam WondExpertiseCentrum. V&VN Wondconsulenten brengt wel het dringende advies enkel de term WondExpertiseCentrum te hanteren indien men voldoet aan de kwaliteitscriteria uit deze indicatorenset.

2 Factsheets externe indicatoren

2.1. Organisatie van een WEC

Relatie tot kwaliteit: iedere client heeft recht op goede wondzorg waarbij een efficiënte aanpak dient te leiden tot een snelle wondgenezing of vermindering van klachten als de wond niet geneest, onafhankelijk van waar de cliënt zich bevindt. Om dit te bereiken heeft een WEC de volgende kerntaken: wondzorg en –behandeling volgens de actueel geldende richtlijnen, coördinatie van wondzorg in de keten en verbreding en verspreiding van kennis.

Operationalisatie: aanwezigheid van een organisatiestructuur nodig voor het uitvoeren van adequate wondzorg.

Teller: aantal keren dat **ja** is aangevinkt op de checklist “organisatiestructuur van de wondzorg”.

Noemer: totaal aantal items van de checklist “organisatiestructuur van de wondzorg”.

Inclusiecriteria: alle patiënten met één of meerdere wonden

Type indicator: structuur

Kwaliteitsdomein: effectiviteit

Definitie/toelichting:

WondExpertiseCentrum (WEC): een WEC is een centrum waar een multidisciplinair team haar kennis bundelt en verspreidt rond wondbehandeling en wondzorg. (1)

Multidisciplinair team: in de gezondheidszorg houdt multidisciplinariteit in dat professionals vanuit verschillende disciplines, of specialisten binnen verschillende gebieden, samenwerken om gezamenlijk een goede diagnose en behandeling te kunnen bieden. (2)

Elektronisch patiëntendossier: een elektronisch patiëntendossier (EPD) is een softwaretoepassing waarbij medische patiëntengegevens in digitale vorm bewaard en beschikbaar gemaakt worden. Het doel van een EPD is meestal het huidige of toekomstige zorgproces rondom een patiënt te ondersteunen. (3)

Meerjarenbeleidplan: een sturingsmiddel waarmee de organisatie de werkzaamheden richt op de missie, de gemeenschappelijke opdracht of de bestaansreden van de organisatie. De missie wordt vertaald in algemene en concrete doelstellingen. De organisatie omschrijft in het beleidsplan hoe de beschikbare mensen en middelen ingezet worden om deze doelstellingen te realiseren. (4)

Geldende richtlijnen: richtlijnen zijn landelijke geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Ze bieden artsen en andere zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Tegenwoordig worden de aanbevelingen in de richtlijnen zoveel mogelijk zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd. (evidence based). Het zijn tijdsgebonden documenten (5).

Participeren in onderzoek, onderwijs en kennismanagement: betekent concreet dat een WEC zijn registratiegegevens ten dienste stelt van onderzoek of zelf onderzoek verricht, zijn kennis overdraagt via onderwijs en kennis genereert via nationale en internationale organisaties. (1)

1. V&VN Wondconsulenten Werkgroep Wondexpertisecentrum 2011
2. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Multidisciplinair>
3. http://nl.wikipedia.org/wiki/Elektronisch_pati%C3%Abntendossier
4. <http://www.encyclo.nl/begrip/beleidsplan>
5. Gezondheidsraad 2010

Checklist organisatiestructuur van een WEC:

	Vraag	Ja*	Nee*
1.	Beschikbaarheid van een multidisciplinair team waarin samenwerkingsafspraken tussen medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden zijn vastgelegd.		
2.	Er is een elektronisch patiëntendossier wat het multidisciplinair team in staat stelt om met elkaar te communiceren. Doel van het elektronisch patiëntendossier is kwaliteit, continuïteit en coördinatie van zorg.		
3.	WEC beschikt over een meerjarenbeleidplan met een duidelijke visie over de toekomstige noodzakelijke ontwikkelingen zodoende wondzorg in de keten op een kwalitatief hoog niveau te garanderen.		
4.	WEC werkt volgens de geldende richtlijnen.		
5.	WEC participeert in onderzoek, onderwijs en kennismanagement.		

*. aankruisen wat van toepassing is.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De beschikbaarheid van een multidisciplinair team, het hebben van een digitaal patiëntendossier, werken volgens geldende richtlijnen en het hebben van een meerjarenbeleidplan zijn essentiële elementen die in de organisatie van een WEC aanwezig moeten zijn. Het geven van onderwijs en het genereren van kennis zijn essentieel om up to date wondzorg volgens de geldende richtlijnen in de keten toe te passen. De indicator organisatie van het WEC geeft de basis aan van waaruit gewerkt moet worden. Er is bewust gekozen om inhoudelijke vragen te stellen.

De plaats waar het WEC zich bevindt, wel of niet binnen de muren van een ziekenhuis, zegt niets over de mogelijkheden van het multidisciplinaire team. Ondanks het bestaan van een afstand tussen verschillende zorgprofessionals kan een goede samenwerking leiden tot efficiënte behandeling van wonden.

Mogelijkheden tot verbetering

Een WEC concentreert wetenschappelijke kennis en professionele competenties op het gebied van wondzorg in tijd en ruimte. Communicatielijnen binnen een WEC zijn kort. Ten aanzien van de uitvoering van behandelingen vindt een structurele kwaliteitstoetsing plaats. Medewerkers worden onderricht ten aanzien van vigerende wetenschappelijke protocollen en richtlijnen. Behandel- en preventieve leefstijladviezen zijn steeds "evidence based" of "best practice". Een WEC is in staat om op vraag van stakeholders cursussen te doceren. Door een multidisciplinaire analyse en behandeling van wonden wordt de aanpak van een WEC behalve effectief, meer efficiënt.

2.2. Beschikbaarheid casemanager

Relatie tot kwaliteit: steeds meer onderzoek toont aan dat hoogopgeleide verpleegkundigen vanuit hun deskundigheid en regiefunctie, gericht op een ziektebeeld, een zeer belangrijke bijdrage leveren aan de positieve beïnvloeding van het gezondheidsgevoel van de patiënt. (1)

Operationalisatie: aanwezigheid van een verpleegkundig specialist en/of wondconsulent als casemanager WEC

Teller: aantal keren dat "ja" is aangevinkt op de checklist "beschikbaarheid casemanager".

Noemer: Totaal aantal items van de checklist 'beschikbaarheid casemanager'.

Inclusiecriteria: regiefunctionaris zonder opleiding tot wondconsulent of verpleegkundig specialist

Type indicator: structuur

Kwaliteitsdomein: alle WEC's

Definities:

Casemanager: een coördinator die overzicht heeft over de diverse aspecten van het cliëntsysteem en het (complexe) aanbod en bemiddelt tussen individuele vraag en concreet aanbod(2). Hij/zij voert de regie over een zorgtraject waarin de complexe zorgvraag van de cliënt integraal wordt opgenomen.

Een casemanager heeft te maken met cliënten met complexe, meervoudige en/of langdurige hulpvraag. Hij/zij maakt behandelkeuzes op basis van evidence based medicin of evidence based practice.

Verpleegkundig Specialist: (HBO opgeleide) verpleegkundige in het bezit van een Master Advanced Nursing Practice (MANP) of een ander Masterdiploma in de zorg en geregistreerd staande in het Register Specialismen Verpleegkunde. De titel Verpleegkundig Specialist is een wettelijk beschermde titel. De MANP opleiding is NVAO (Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie) geaccrediteerd (3).

Wondconsulent: verpleegkundige in het bezit van het diploma wondconsulent. De deskundigheid manifesteert zich op 6 taakgebieden, te weten risicogroepen en preventie, zorgvragers met een wond, wonden en wondbehandeling, wonden en producten voor wondbehandeling, continuïteit en coördinatie van wondzorg en vernieuwen en verspreiden van kennis m.b.t. wondzorg (4).

Evidence-based wondzorg: elke gezondheidszorgprofessional die betrokken is bij het beoordelen, behandelen en verzorgen van wonden en de keuzes baseert op de combinatie van klinische expertise, het beschikbare bewijs en de voorkeuren van de patiënt (5).

1. Educational levels of Hospital Nurses and surgical patient mortality, L.H. Aiken et al. JAMA 2003; 290:1617-1623

2. www.ketens-netwerken.nl/begrippen

3. www.venvnvs.nl

4. Competentieprofiel gespecialiseerde hulpverlening binnen domein wondzorg, Erasmus MC, 2004

5. V&VN Werkgroep Wondexpertisecentrum 2011

Checklist beschikbaarheid casemanager:

	Vraag	Ja*	Nee*
1.	WEC beschikt over een casemanager wondzorg.		
2.	De casemanager wondzorg is opgeleid als verpleegkundig specialist en/of wondconsulent.		
3.	De casemanager wondzorg heeft als kerntaken het toepassen van evidence-based wondzorg, het verspreiden van expertise en de coördinatie van wondbehandeling en wondzorg in de keten.		

(*)aankruisen wat van toepassing is.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een WEC bestaat uit diverse disciplines die op gezette tijden hun rol spelen in de behandeling en verzorging van wonden. Om al die disciplines op het juiste moment te laten samenwerken is het noodzakelijk dat een lid van het multidisciplinaire team het gehele proces coördineert. Deze hulpverlener noemt men in een WEC de casemanager. Naast het coördineren van het multidisciplinaire team heeft de casemanager ook als belangrijke taak het coördineren van de ketenzorg en het verspreiden van kennis in de regio. In Nederland zien we met de verpleegkundig specialist en de wondconsulent twee hulpverleners die door hun specifieke opleidingen geschikt zijn om de taak van casemanager in een WEC op zich te nemen. Daar waar de verpleegkundig specialist zich een zelfstandig behandelaar mag noemen werkt de wondconsulent volledig onder de verantwoordelijkheid van de specialist. Belangrijk onderscheid in de opleidingen is dat de MANP opleiding zich strekt tot het verlenen van totale specialistische zorg voor de cliënten, combineren van cure en care en daarbij meer aandacht besteed aan bijvoorbeeld lichamelijk onderzoek en farmacologie. De Wondconsulenten opleiding (post HBO) richt zich op de inhoud van wondzorg zoals bijvoorbeeld de module complexe wondzorg en de biologie van de wondgenezing.

Het competentieprofiel van de verpleegkundig specialist en de wondconsulent is respectievelijk terug te vinden op www.verpleegkundigspecialismen.nl en www.erasmusmc.nl/cs_opleidingscentrum

Mogelijkheden tot verbetering

In Nederland beschikken (nog) niet alle WEC's over een casemanager. Indien een WEC wel beschikt over een casemanager zijn deze niet altijd opgeleid als verpleegkundig specialist of wondconsulent. De aanwezigheid van een duidelijk (scholings)beleid waarin wordt gestreefd om minstens te kunnen beschikken over een wondconsulent of verpleegkundig specialist is noodzakelijk. Het biedt de garantie dat de kerntaken als het toepassen van evidence-based wondzorg, het verspreiden van expertise en de coördinatie van wondbehandeling en wondzorg in de keten op kwalitatief hoog niveau kan plaatsvinden.

2.3. Wonddiagnostiek

Relatie tot kwaliteit: diagnostiek is belangrijk om de oorzaak te achterhalen waarom wonden ontstaan en soms niet het normale genezingsproces volgen. Een snelle en goede diagnostiek leidt tot een snelle en efficiënte behandeling waardoor wonden via het normale wondgenezingsproces kunnen genezen.

Operationalisatie

2.3.1. Wondbehandelplan: het percentage cliënten met een wond waarbij binnen 24 uur na het eerste consult een wondbehandelplan is opgesteld.

Teller: aantal cliënten met een wond waarbij binnen 24 uur na eerste consult een wondbehandelplan is opgesteld.

Noemer: Het totaal aantal cliënten dat in de meetperiode bekend met een wond.

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten met een wond bij wie in het verslagjaar een behandeling is afgesloten.

2.3.2. Diabetesvoetwond en Texasclassificatie: percentage cliënten met een diabetischevoetwond waarbij de wonden zijn geclassificeerd volgens de Texasclassificatie.

Teller: aantal cliënten met een diabetischevoetwond waarbij de Texas-classificatie is benoemd.

Noemer: het totaal aantal cliënten in de meetperiode met een diabetischevoetwond

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten met een diabetische voetwond bij wie in het verslagjaar een behandeling is afgesloten.

2.3.3. Ulcus cruris en Enkel/arm index: percentage cliënten met een ulcus cruris waarbij een enkel/arm index is verricht.

Teller: aantal cliënten met een ulcus cruris waarbij een enkel/arm index is verricht.

Noemer: het totaal aantal cliënten in de meetperiode dat bekend is met een ulcus cruris.

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten met een ulcus cruris bij wie in het verslagjaar een behandeling is afgesloten.

2.3.4. Decubitus en classificatie: het aantal cliënten met decubitus categorie 2, 3 en 4 behandeld in het Wondexpertisecentrum.

Teller: aantal cliënten met een decubitus categorie 2

Noemer: het totaal aantal cliënten in de meetperiode dat bekend is met een decubitus

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten met decubitus categorie 2 bij wie in het verslagjaar een behandeling is afgesloten

Teller: aantal cliënten met een decubitus categorie 3

Noemer: het totaal aantal cliënten in de meetperiode dat bekend is met een decubitus

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten met decubitus categorie 3 bij wie in het verslagjaar een behandeling is afgesloten

Teller: aantal cliënten met een decubitus categorie 4

Noemer: het totaal aantal cliënten in de meetperiode dat bekend is met een decubitus

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten met decubitus categorie 4 bij wie in het verslagjaar een behandeling is afgesloten

Type indicator: proces/uitkomst

Kwaliteitsdomein: effectiviteit

Definities:

Wondbehandelplan:

een plan, opgesteld in samenspraak met de cliënt dat bestaat uit de diagnostische, behandel- en wondzorgactiviteiten die moeten leiden tot volledige wondgenezing of een ander afgesproken doel.

Diabetische voetwond:

de verscheidenheid aan voetafwijkingen die ontstaan ten gevolge van neuropathie, macroangiopathie, Limited Joint Mobility, die meestal in combinatie voorkomen bij patiënten met diabetes mellitus. (1)

Texas Classificatie:

de University of Texas Classificatie toont de ernst van de wond aan door diepte, infectie en ischemie afzonderlijk aan te tonen. (2)

Ulcus cruris:

een ulcus cruris, een open been of letterlijk "zweer aan het onderbeen", is een defect van de huid tot in de onderhuidse weefsels, gelokaliseerd aan het onderbeen met geen of geringe genezingstendens. Het is een meestal chronisch, recidiverende aandoening op basis van een circulatiestoornis, vaak voorafgaand door huidverandering. In Nederland komt een ulcus cruris voor bij ongeveer 1% van de bevolking, voornamelijk bij oudere mensen. (3)

Een enkel/armindex (EAI):

een EAI is een oriënterend arterieel onderzoek. Aanbevolen wordt om bij alle patiënten met een ulcus cruris een EAI uit te voeren (4). De bloeddruk wordt gemeten aan beide bovenarmen beide enkels van de onderbenen bij een patiënt in liggende positie. De EAI is de systolische enkeldruk gedeeld door de druk aan de bovenarm.

Decubitus:

decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggende weefsels, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkrachten. Decubitus wordt geclassificeerd in categorieën oplopend in ernst van 1 tot 4. (5)

1. Richtlijn diabetischevoet 2006
2. WCS Wondenboek, hoofdstuk diabetische voet, 2011
3. WCS Wondenboek, hoofdstuk ulcus cruris, 2011
4. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie, 2005. CBO richtlijn Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum.
5. V&VN landelijke multidisciplinaire richtlijn decubitus preventie en behandeling 2011

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een goede diagnostiek is van essentieel belang wanneer wonden niet genezen volgens het normale wondgenezingsproces. Oorzaken van een verstoorde wondgenezing zijn o.a. circulatiestoornissen (arterieel, veneus en of een combinatie van beiden), infectie, diabetes mellitis, medicijngebruik, druk in schoen, bed of rolstoel, automutilatie, auto-immuunziekten. Indien men de oorzaak diagnosticeert en efficiënt aanpakt, ziet men in vele gevallen dat het wondgenezingsproces weer op gang komt en de wonden sluiten. Het snel opstellen van een behandelplan is dan ook van groot belang.

Bij deze indicator zijn drie veelvoorkomende wonden gekozen om inzicht te krijgen in de mate van de kwaliteit van de wonddiagnostiek verricht door het wondexpertisecentrum: nl. diabetischevoetwond, ulcus cruris en decubitus.

Diabetischevoetwond

Bij 3% van de patiënten met diabetes ontstaat een voetulcus. Meer dan 15% van deze patiënten heeft vroeg of laat te maken met een amputatie van (een deel van) de voet, onderbeen of bovenbeen (1). Bij het ontstaan van een diabetischevoetwond spelen vele factoren een rol. Inschatting van de mate van weefselperfusie is essentieel; bij ernstige ischemie zal genezing niet optreden, matige ischemie gaat gepaard met vertraagde wondgenezing en een slechte prognose bij infectie.

Een systematisch onderzoek is daarom belangrijk en zal als leidraad dienen bij de behandeling (1). Internationaal bestaan er verschillende classificatiesystemen. De Wagner- en Texas-classificatie zijn de meest bekende. In de consensustekst uit 1998 wordt ook de Nederlandse classificatie beschreven. Omdat de Texas-classificatie internationaal is gevalideerd wordt aanbevolen om deze classificatie te hanteren

Ulcus cruris

Meerdere onderzoeken tonen aan dat tot 30% van het totale aantal patiënten met een ulcus cruris ook arterieel vaatlijden heeft. De ulcera kunnen hierbij een gevolg zijn van perifeer arterieel vaatlijden alleen of gecombineerd zijn met veneuze insufficiëntie. Voor een juiste inschatting van de aanwezigheid en ernst van perifeer arterieel vaatlijden volstaan een anamnese en het lichamenlijk onderzoek niet en is aanvullend onderzoek van de bloedvaten nodig. Het palperen van de arterie aan enkel en voetrug is onvoldoende specifiek gebleken. Het meten van de enkel-/armindex geeft wel een betrouwbare aanwijzing voor de mogelijke aanwezigheid van arteriële insufficiëntie. Voorwaarde is wel dat deze op een gestandaardiseerde wijze wordt gemeten. Indien er sprake is van een enkel/armindex minder dan 0,8 sluit dit arteriële afwijkingen voor het grootste gedeelte uit (95%). Bij patiënten met diabetes mellitus is het meten van de enkel-/armindex niet altijd betrouwbaar wegens het niet-samendrukbaar zijn van de arteriën (mediasclerose). De EAI is dan >1.2 (2).

Decubitus

Decubitus is een pijnlijk veelal te voorkomen complicatie. Decubitus komt voor in alle settings van de gezondheidszorg. Er zijn echter grote verschillen in prevalentiecijfers tussen de verschillende settings. Decubitus categorie II tot en met IV komt bij zorgvragers met een verhoogd risico op decubitus het meest voor in de academische ziekenhuizen (14.9%), het minst vaak in de thuiszorg (3). Prevalentie- en incidentiecijfers zijn vaak hoger bij specifieke doelgroepen zoals personen die palliatieve zorg ontvangen in een hospice, personen met een dwarslaesie en personen die op een intensive care afdeling liggen.

Decubitus gaat gepaard met een hoge ziektelast en verminderde kwaliteit van leven voor zorgvrager en mantelzorger. In diverse studies is bij zorgvragers in het ziekenhuis de samenhang aangetoond tussen hogere morbiditeit en mortaliteit en decubitus. De opnameduur in ziekenhuizen is langer en heropnamecijfers en ziekenhuiskosten zijn hoger bij zorgvragers met decubitus, dan bij degenen die geen decubitus ontwikkelen. Decubitus omvat circa 1% van het totale gezondheidsbudget (3). Er is daarom alle reden om aandacht te vragen voor dit zorgprobleem. In de huidige praktijk zijn er knelpunten bij de diagnostiek van decubitus, het gebruik van risicoscores, het moment van inzetten van preventieve maatregelen en de inzet van recente wondbehandelingstechnieken. Ook ontbreekt het aan eenduidige afspraken over de overdracht door zorgverleners. Hierin kan een WEC een belangrijke coördinerende rol verlenen door middel van evidence based wondzorg, kennisverspreiding en de coördinatie in de keten. Het aantal en de ernst van decubitus behandeld in het regionaal expertisecentrum wondzorg geeft een beeld over de decubitusprevalentie in de regio.

Mogelijkheden tot verbetering

Anno 2011 vindt wondzorg in diverse instellingen plaats, van huisartspraktijken tot academische ziekenhuizen. Wondbehandeling vindt vaak niet op een uniforme wijze plaats, het verrichten van diagnostisch onderzoek vindt vaak niet of laat plaats. Met het opzetten van een behandelplan, het toepassen van standaard diagnostiek en het hanteren van diverse wondclassificatiesystemen komt er meer uniformiteit in de registratie en behandeling van wonden. Een uniforme werkwijze kan tevens een grote bijdrage leveren in (wetenschappelijk) onderzoek.

Referenties

1. Landelijke richtlijn diabetischevoet 2011
2. Landelijke CBO richtlijn ulcus cruris 2005
3. V&VN Landelijke richtlijn decubitus preventie en behandeling 2011

2.4. Wondbehandeling

Relatie tot kwaliteit: Een gesloten wond is de belangrijkste uitkomstmaat om de kwaliteit van wondbehandeling en wondzorg te evalueren. De ernst van de wond speelt hierbij een belangrijke rol.

Operationalisatie

2.4.1. Donorsite: percentage cliënten met een donorsite met een gesloten wond binnen 3 weken.

Teller: het aantal cliënten met een donorsite met een gesloten wond binnen 3 weken waarbij in het verslagjaar een behandeling is afgesloten.

Noemer: het aantal cliënten dat bekend is met een donorsite waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten die bekend zijn met een donorsite waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

2.4.2. Diabetischevoetwond: percentage cliënten met een diabetischevoetwond met een Texasclassificatie 2D¹ met een gesloten wond.

Teller: het aantal cliënten met een diabetischevoetwond Texasclassificatie 2D met een gesloten wond waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

Noemer: het aantal cliënten dat bekend is met een diabetischevoetwond Texasclassificatie 2D waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten die bekend zijn met een diabetische voetwond Texasclassificatie 2D en waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

2.4.3. Ulcus cruris: percentage cliënten met een ulcus cruris met een enkel/armindex hoger dan 0,8 en lager dan 1,2 met een gesloten wond binnen 90 dagen (CBO richtlijn ulcus cruris 2005).

Teller: het aantal cliënten met een ulcus cruris met een enkel/armindex hoger dan 0,8 en lager dan 1,2 met een gesloten wond binnen 90 dagen waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

Noemer: het aantal cliënten dat bekend is met een ulcus cruris met een enkel/armindex hoger dan 0,8 en lager dan 1,2 waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten die bekend zijn met een ulcus cruris met een enkel/armindex hoger dan 0,8 en lager dan 1,2 waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

2.4.4. Decubitus: percentage cliënten met een decubitus categorie 3 met een gesloten wond binnen 90 dagen.

Teller: het aantal cliënten met een decubitus categorie 3 met een gesloten wond binnen 90 dagen waarbij in het verslagjaar een behandeling is afgesloten.

Noemer: het aantal cliënten dat bekend is met een decubitus categorie 3 waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

Inclusiecriteria: inclusie van alle cliënten die bekend zijn met een decubitus categorie 3 waarbij in de meetperiode een behandeling is afgesloten.

Type indicator: uitkomst

Kwaliteitsdomein: effectiviteit

Definities:

Volledige wondgenezing:

Normale wondgenezing is een complex en fijn geregistreerd proces, dat beïnvloed wordt door o.a. groeifactoren, cytokines en matrix metallo proteasen. Hoewel de fases in normale wondgenezing elkaar overlappen, gebeuren zij chronologisch en streng gereguleerd. Deze fases zijn : haemostase, inflammatie, proliferatie en remodelering (1) Van een gesloten wond spreekt men als de huid volledig gesloten is.

Een complexe wond kan gedefinieerd worden als een wond waarin het normale wondgenezingsproces wordt verstoord op één of meer punten van de genoemde fases. (2)

Donorsite:

Is de plaats waar een skin graft is weggenomen voor de behandeling van wonden.

Diabetischevoetwond:

De verscheidenheid aan voetafwijkingen die ontstaan ten gevolge van neuropathie, macroangiopathie, Limited Joint Mobility, die meestal in combinatie voorkomen bij patiënten met diabetes mellitis. (3)

Texasclassificatie 2D:

De University of Texas Classificatie toont de ernst van de wond aan door diepte, infectie en ischemie afzonderlijk aan te tonen. Texasclassificatie 2D is een wond die penetreert tot op kapsel of pees waarbij ischemie en infectie optreedt. (4)

Ulcus cruris:

Ulcus cruris, een open been of letterlijk "zweer aan het onderbeen", is een defect van de huid tot in de onderhuidse weefsels, gelokaliseerd aan het onderbeen met geen of geringe genezigstendens. Het is een meestal chronisch, recidiverende aandoening op basis van een circulatiestoornis, vaak voorafgaand door huidverandering. In Nederland komt een ulcus cruris voor bij ongeveer 1% van de bevolking, met name bij oudere mensen. (5)

Enkel/armindex:

Een enkel/armindex is een oriënterend arterieel onderzoek. Aanbevolen wordt om bij alle patiënten met een ulcus cruris dit onderzoek te verrichten. (6) De bloeddruk wordt gemeten aan beide armen en de enkels van de onderbenen bij een patiënt in liggende positie. De EAI is de systolische enkeldruk gedeeld door de systolische bovenarmdruk.

Decubitus categorie 3:

Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggende weefsels, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkrachten. Decubitus categorie 3 is een huiddefect met schade of necrose van huid en onderliggende weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefsel (fascie). (7)

1. Encoh en Harding, 2003
2. Lazarus et al. 1994
3. Richtlijn diabetische voet 2006
4. WCS Wondenboek, hoofdstuk diabetische voet, 2011
5. WCS Wondenboek, hoofdstuk ulcus cruris, 2011
6. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie, 2005. CBO richtlijn Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum
7. V&VN Landelijke Multidisciplinaire richtlijn decubitus preventie en behandeling 2011

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Volledige wondgenezing (de huid is volledig gesloten) is de belangrijkste uitkomstmaat om de kwaliteit van wondbehandeling en wondzorg te evalueren. De ernst van de wond speelt hierbij een belangrijke rol. In deze indicatorenset is gekozen voor vier typen wonden: donorsites, de diabetischevoetwond, ulcus cruris en decubitus. Deze wonden zijn duidelijk geclassificeerd en het einddoel volledige wondgenezing of een gesloten wond is in principe mogelijk.

Wondgenezing

De genezing van een wond verloopt volgens een vast patroon. Dit patroon bestaat uit vier fasen die altijd in een chronologische volgorde verlopen te weten: hemostase, inflammatie, proliferatie en remoddelering. In een grote wond kunnen soms meerdere genezingsfasen tegelijk voorkomen, maar de uiteindelijke wondsluiting zal pas plaatsvinden als ook de laatste fase is voltooid. Een aantal factoren speelt in deze fasen een rol. Als één factor ontbreekt en/of een fase onvolledig verloopt, dan stagneert het genezingsproces en ontstaat er een chronische wond.

Voor een optimale wondgenezing spelen vele factoren een rol. Factoren van algemene aard zijn (1): lichamelijke conditie, voeding, circulatie en zuurstofvoorziening van de weefsels, medicijngebruik, roken en motivatie van de patiënt. Factoren van specifieke aard zijn: pijn en wondinfectie. Aandacht voor al deze factoren zal ertoe leiden dat het doel sneller wordt bereikt namelijk een gesloten wond.

Mogelijkheden tot verbetering

Een wondexpertisecentrum brengt structuur en eenheid in de behandeling van wonden. Het vormt de verbindende schakel tussen alle zorgverleners die betrokken zijn bij de wondbehandeling. Dit bevordert de kwaliteit van zorg en een eenduidige behandeling. Hierdoor is aandacht voor alle factoren die een belangrijke rol spelen in wondgenezing. Cliënten profiteren van een laagdrempelig en gespecialiseerd centrum en zullen mogelijk minder lang wachten met een hulpvraag.

Referenties:

1. WCS Wondenboek 2011

2.5. Deskundigheidsbevordering

Relatie tot kwaliteit: het voorkomen, diagnosticeren, behandelen en monitoren van wonden en wond gerelateerde problemen in een multidisciplinaire context vereist specialistische kennis en vaardigheden. Er is een relatie tussen opleidingsniveau van professionals en kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg (1). Een wondexpertisecentrum bevordert de deskundigheid van medewerkers binnen de gehele keten. Het opleidingsniveau van de hulpverleners in de keten is van dusdanige kwaliteit dat zij wondzorg bieden volgens de meeste actuele standaarden en professionele inzichten. Deskundigheidsbevordering heeft ook betrekking op de patiënten/of mantelzorger, met als doel het behoud van of bevorderen van de regiefunctie over het eigen (wond)zorgproces en zelfzorg.

Operationalisatie: de mate waarin het wondexpertisecentrum voldoet aan haar taak in deskundigheidsbevordering aan zorgverleners verbonden aan het wondexpertisecentrum, de regio en cliënten.

Teller: aantal keren dat "ja" is aangevinkt op de checklist "deskundigheidsbevordering WEC"

Noemer: totaal aantal items van de checklist 'deskundigheidsbevordering wondexpertisecentrum'.

Inclusiecriteria: inclusie van alle WEC's

Type indicator: structuur

Kwaliteitsdomein: effectiviteit

Noemer: totaal aantal items van de checklist 'deskundigheidsbevordering wondexpertisecentrum'.

Definitie(s):

Deskundigheidsbevordering:

Alle activiteiten die de deskundigheid van personen met betrekking tot de uitvoering van hun functie of beroep verbeteren. (1)

Registratiesysteem:

Een (wond)registratiesysteem is bedoeld om continuïteit in het proces rond wondbehandeling te kunnen garanderen. Het is een belangrijk communicatiemiddel om de genezingstendens zo objectief mogelijk te kunnen evalueren/beoordelen en inzichtelijk te maken voor alle hulpverleners in de keten. (2)

Geaccrediteerd:

Accreditatie (uit het Latijn ad+credere, "te geloven") is een deftig woord voor "als geloofwaardig erkennen". Een procedure waarbij een derde partij een geschreven garantie geeft dat een product, proces of dienst beantwoordt aan specifieke vereisten. (3)

Stage

Opleidingsperiode vooral gericht op het opdoen van ervaring, in de vorm van actief verblijf van bepaalde duur(enkele weken tot enkele maanden)in een werkplaats of dienst (stageplaats). (4)

1. Kutzman, E.T. and J.M. Corrigan, Measuring the contribution of nursing tot quality, patient safety and health care outcomes. Policy polit Nurs. Pract., 2007, 8(1): p. 20-36
2. WCS Wondenboek, hoofdstuk algemene wondbehandeling 2011
3. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Geaccrediteerd>
4. <http://www.encyclo.nl/begrip/Stage>

Checklist deskundigheidsbevordering wondexpertisecentrum:

	Vraag	Ja*	Nee*
1	Voor alle zorgprofessionals is deskundigheidsbevordering een vast onderwerp in het jaargesprek.		
2.	Alle zorgprofessionals houden in een registratiesysteem bij welke activiteiten zij hebben verricht om de deskundigheid te behouden of te bevorderen.		
3.	Het wondexpertisecentrum geeft structureel minstens 1x per jaar geaccrediteerde scholing/symposia aan hulpverleners in de keten.		
4.	Het wondexpertisecentrum biedt stageplaatsen aan medici, verpleegkundigen en wondconsulenten (in opleiding).		
5.	Het wondexpertisecentrum biedt minstens 1x per jaar een voorlichtings-bijeenkomst specifiek gericht op cliënten met wonden en hun mantelzorger.		
6.	Het wondexpertisecentrum is actief in het vergaren en toepassen van nieuwe kennis verspreidt door o.a. nationale en internationale literatuur wondzorg.		

* aankruisen wat van toepassing is.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het up-to-date houden van actuele kennis en het verspreiden hiervan in de keten is van essentieel belang voor de kwaliteit van wondzorg. Het einddoel is een cliënt met een gesloten wond. Om het kennisniveau op peil te krijgen of te houden zijn zes criteria opgenomen in de factsheet over deskundigheidsbevordering. Deskundigheidsbevordering dient een vast onderwerp te zijn in het jaargesprek van de zorgprofessional met zijn/haar leidinggevende. Zorgprofessionals dienen zelf verantwoordelijkheid te dragen voor het up-to-date houden van hun deskundigheid. Via een registratiesysteem (bijv. register specialismen verpleegkundigen of V&V kwaliteitsregister) kunnen de zorgprofessionals inzichtelijk maken welke activiteiten zij hiervoor hebben ondernomen. Om de kwaliteit van wondzorg in de keten op peil te houden biedt het wondexpertisecentrum scholing en/of symposia aan. Het aanbieden van stageplaatsen aan medici, verpleegkundig en andere hulpverleners in de regio zorgt ervoor dat zorgprofessionals zich kunnen bekwamen op een plaats waar veel en diverse wonden worden behandeld. Belangrijk is om cliënten en mantelzorger(s) te betrekken bij de wondzorg, dit kan door de patiënt voldoende te informeren en te motiveren zodat hij/zij de regie neemt over de eigen wondzorg.

Het nauw betrekken van de cliënt en zijn/haar mantelzorger heeft een belangrijk effect op de therapietrouw van de cliënt. In en buiten Nederland vinden vele ontwikkelingen plaats rond wondbehandeling en wondzorg. Landelijke en Europese kenniscentra verzamelen veel expertise die via vakbladen, websites en/of tijdens congressen wordt verspreid. Steeds meer wetenschappers zijn actief in het verrichten van onderzoek naar de werkelijke effecten van bepaalde activiteiten bij het behandelen van wonden. Belangrijk is dat het wondexpertisecentrum hierin participeert en/of dit op de voet volgt en de opgedane kennis weer verspreidt aan de zorgprofessionals in de keten.

Mogelijkheden tot verbetering

Doordat wondexpertisecentra meer aandacht besteden aan deskundigheidsbevordering zal de kwaliteit van wondzorg in de gehele keten toenemen. De cliënt heeft hier veel baat bij omdat een gesloten wond of een ander gesteld doel (sneller) zal worden behaald.

2.6. Situatieschets WEC

2.6.1. Aantal cliënten het afgelopen onder behandeling in uw WEC

Teller: hoeveel cliënten hebben in uw WEC een behandeling ondergaan in het afgelopen jaar?

Noemer: hoeveel herhaalbezoeken hebben in uw WEC plaatsgevonden in het afgelopen jaar?

Uitkomst: gemiddeld aantal herhaalbezoeken per client?

Definities/toelichting: Ervaring en deskundigheid staan in relatie met het aantal patiënten dat in een wondexpertisecentrum wordt behandeld. Het aantal herhaalbezoeken geeft inzicht in de samenwerking in de keten.

Inclusiecriteria: Alle cliënten die het wondexpertisecentrum bezoeken in het kalenderjaar. Een jaar loopt van 1 januari tot en met 31 december van verslagjaar.

Technische haalbaarheid: Populatiebepaling vindt plaats op basis van het wondregistratiesysteem. Patiënten 1 keer tellen: Als patiënt meerdere diagnoses heeft, dan toch 1 keer tellen.

2.6.2. Aantal gespecialiseerd verpleegkundigen/verzorgenden wondzorg per hoogst genoten opleiding werkzaam in uw wondexpertisecentrum, uitgedrukt in FTE?

* Opleiding Casemanager: verpleegkundig specialist/wondconsulent/anders

* Aantal FTE casemanager:FTE

* Aantal FTE per hoogste genoten opleiding (casemanager niet meegeteld).

- MSc in Wound Healing and Tissue Repair FTE
- Verpleegkundig Specialist FTE
- Physician Assistent FTE
- Wondconsulent FTE
- Wondverpleegkundige FTE
- WCS cursus FTE
- HU Brussel en KATHO (België) FTE

Anders: FTE

Technische haalbaarheid: peildatum 31 december van het kalenderjaar

Definities

MSc in Wound Healing and Tissue Repair:

Verpleegkundige in het bezit van het diploma van de opleiding als MSc in Wound Healing and Tissue Repair, Cardiff

Verpleegkundig specialist:

Verpleegkundige in het bezit van het diploma Master Advanced Nursing Practice

Physician Assistent:

HBO(zorg) opgeleide in het bezit van het diploma van de opleiding Master Physician Assistent.

Wondconsulent:

Verpleegkundige in het bezit van het certificaat post HBO opleiding Wondconsulent aan het Erasmus MC, Rotterdam.

Wondverpleegkundige:

Verpleegkundige in het bezit van het certificaat post HBO opleiding. Wondverpleegkundige aan het Erasmus MC, Rotterdam of het St Radboud ziekenhuis, Nijmegen.

KHATO België:

verpleegkundige in het bezit van het certificaat postgraduaat verpleegkundige gespecialiseerd in de stomatherapie, de wondverzorging en het weefselherstel gevolgd aan de Katholieke Hoge School in België.

WCS cursus:

Verpleegkundige/verzorgende in het bezit van het certificaat van een cursus gevolgd bij de Woundcare Consultant Society, het landelijke kenniscentrum wondzorg.

Aantal FTE in opleiding worden meegerekend

2.6.3. Is het WEC telefonisch en/of per e-mail bereikbaar?

* ja tijdens kantooruren bereikbaar via (functie en telefoonnummer invullen):

.....

* Ja, er is een vast telefonisch spreekuur gedurendeuren per week, verspreid overdagen in de week.

* ja, via e-mail:

* Antwoord binnen maximaal 24 uur / 72 uur / langer (maak een keuze).

* Anders:

Technische haalbaarheid: peildatum 31 december van het kalenderjaar

2.6.4. Werkt uw wondexpertisecentrum met de volgende, voor de cliënt ondersteunende, hulpmiddelen? NB: er kunnen meerdere antwoorden worden aangekruist.

(zie voor omschrijving hulpmiddelen kader)

* Website eigen WEC	Ja/Nee
* (Landelijke) richtlijnen	Ja/Nee
* Digitale fotografie	Ja/Nee
* Elektronisch wondregistratiesysteem	Ja/Nee
* Teleconsulting	Ja/Nee
* Foldermateriaal	Ja/ee

Toelichting

Website wondexpertisecentrum:

Beschikt het wondexpertisecentrum over een website waar informatie is te vinden over onder andere de bereikbaarheid?

(Landelijke) richtlijnen:

Formulering van de meest effectieve diagnostische- en behandelopties ten aanzien van een gegeven diagnose, naar aanleiding van vigerende wetenschappelijke kennis en expertise op dit gebied.

Digitale fotografie:

Digitale foto's van wonden bij een cliënt die relatief eenvoudig kunnen bijdragen aan de overdracht van een behandeling of beoordeling van de wond.

Teleconsulting:

Het met behulp van digitale foto's en patiëntgegevens beoordelen, analyseren en adviseren in het op te stellen behandelplan op fysieke afstand van de cliënt en indirect contact met de cliënt en/of medebehandelaar.

Elektronisch patiëntendossier:

Het eenduidig vastleggen van o.a. anamnese en wond gerelateerde gegevens van een cliënt in een systeem dat voor meerdere betrokken hulpverleners toegankelijk en te gebruiken is. Dit systeem dient in een beveiligde omgeving te werken.

Foldermateriaal wondexpertisecentrum:

Het wondexpertisecentrum beschikt over foldermateriaal voor cliënt en mantelzorger met informatie over preventie, behandeling en de zorg rond wonden.

Technische haalbaarheid: peildatum 31 december van het kalenderjaar

2.6.5. Bied uw wondexpertisecentrum de cliënt aan om de controles die samenhangen met wondbehandeling en wondzorg op één dag aaneensluitend voor hem/haar te plannen? Ja / nee

Technische haalbaarheid: peildatum 31 december van het kalenderjaar

2.6.6. Wordt er binnen het wondexpertisecentrum structureel een cliënttevredenheids-onderzoek uitgevoerd? Ja/nee

Definities: Onder structureel wordt verstaan volgens een vooraf vastgestelde frequentie, tenminste 1 keer per jaar