

# ONDERZOEK 'VERKENNING WONDBEHANDELING IN NEDERLAND'

P. van Mierlo-van den Broek, E. de Laat \*

**In de periode juli 2011 tot mei 2012 is, in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), gewerkt aan het onderzoek 'Verkenning Wondbehandeling in Nederland'. Het CVZ wil met de uitkomsten van dit onderzoek voorstellen doen aan de minister van VWS om de wondzorg in het basispakket beter te regelen. In dit artikel wordt een samenvatting gegeven van wat er precies onderzocht is, welke conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan zijn.**

## ONDERZOEKSVRAGEN

De vraag die in het onderzoek centraal stond was:

Welke materialen worden er in de huidige praktijk gebruikt bij complexe wondzorg en welke evidence ligt daaraan te grondslag?

Uit deze hoofdvraag zijn een aantal deelvragen afgeleid. Op deze manier zijn een aantal onderwerpen rondom wondzorg in kaart gebracht, zoals wat verstaan mag worden onder een complexe wond, hoe de wondzorg in Nederland georganiseerd is en gefinancierd wordt, welke verbandmaterialen gebruikt worden bij de behandeling van verschillende type wonden, welke wetenschappelijke onderbouwing er is voor de toepassing van verbandmaterialen en welke richtlijnen er zijn op het gebied van complexe wondzorg. Een laatste deelvraag betrof zalven en crèmes die gebruikt worden bij de behandeling van wonden. In dit artikel wordt hier niet verder op ingegaan.

## METHODE

Het onderzoek bestond uit drie onderdelen.

Deel één was een veldverkenning middels enquête, focusgroepen en interviews. Hiermee werd vastgesteld welke materialen bij de behandeling van de verschillende type complexe wonden in alle typen zorginstellingen worden gebruikt en werd de organisatie en financiering van de wondzorg in alle typen zorginstellingen in kaart gebracht.

Deel twee was een quick-scan literatuur- en bronnenonderzoek.

Hiermee werd een verheldering en definitie van het begrip 'complexe wond' opgesteld, werd de wetenschappelijke onderbouwing van de

diverse productgroepen in kaart gebracht en werden (inter)nationale richtlijnen op het gebied van wondzorg verzameld, beoordeeld en vergeleken.

Deel drie betrof een inventarisatie en kostenberekening van smeerbare wondzorgmiddelen (hier wordt in dit artikel niet verder op ingegaan).

## EXPERTGROEP

Bij de start van het onderzoek werd een expertgroep samengesteld met een doorsnede van voorschrijvers, gebruikers, leveranciers en zorgverzekeraars. De leden van de expertgroep werden via relevante organisaties en verenigingen geworven. De expertgroep fungeerde als klankbord en de leden beoordeelden methoden en werkwijzen van de verschillende onderdelen van het onderzoek, functioneerden als vraagbaak en als sleutelfiguren tussen het veld en de onderzoekers voor het verzamelen van informatie en lezen en beoordeelden concepten en (tussentijdse) rapportages.

## RESULTATEN

Organisatie en financiering van de wondzorg in Nederland  
Wondgenezing is doorgaans vanzelfsprekend en vindt plaats volgens een vast patroon van opeenvolgende en deels overlappende fasen: hemostase, inflammatie, proliferatie en remodelering met ieder een bepaalde duur. In de literatuur wordt geen duidelijke termijn gevonden wanneer een wond, bij ongecompliceerde genezing, geacht wordt gesloten te zijn. Het is de mening van de expertgroep dat deze periode twee tot vier weken in beslag mag nemen. Als een wond niet in die periode geneest

spreken we van een verstoorde wondgenezing.

Op grond van een verkennend literatuuronderzoek en consultaties van experts is een complexe wond gedefinieerd als een wond met een verstoorde genezingstendens ten gevolge van pathofysiologische factoren. Verder kunnen van invloed zijn:

- psychosociale verstoringen;
- onvoldoende kennis en/of vaardigheden ten aanzien van adequate wondzorg bij professionals;
- onvoldoende inbedding van adequate wondzorg in een zorginstelling.

Voorbeelden van veel voorkomende complexe wonden, waarbij de naamgeving vaak verwijst naar de onderliggende oorzaak, zijn: arteriële en/of veneuze beenulcera, decubituswonden en diabetische voetulcera. Minder frequent voorkomend zijn de oncologische ulcera, diepe brandwonden en bestralingswonden.

De behandeling van een patiënt met een complexe wond is niet slechts het bestrijden van een complicatie van behandeling of ziekte, maar vereist een op zichzelf staand primair proces waarvan anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek onmisbare onderdelen zijn. Deze onderdelen zijn noodzakelijk om tot een juiste diagnose en een adequaat behandelplan te kunnen komen.

Patiënten met een complexe wond zijn vaak al bekend in het gezondheidszorgsysteem, omdat de wond een gevolg is van onderliggend lijden of een complicatie van behandeling. Echter, een patiënt kan ook het systeem binnenkomen met als primaire klacht een complexe wond.

Voor de behandeling en verzorging van een complexe wond krijgt de patiënt met diverse professionals te maken. Afhankelijk van de oorzaak en ernst van de wond kunnen dit zijn: huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, wijk-/wondverpleegkundige, wondconsulent, paramedicus (ergotherapeut, huidtherapeut, podotherapeut, diëtist), dokters- of praktijkassistent, apotheker(sassistent) en/of verzorgende. Daarnaast komen patiënt en zorgprofessional voor de levering van materialen en vergoeding van kosten in aanraking met medewerkers van medisch speciaalzaken, producenten en zorgverzekeraars.

Voor de behandeling en zorg voor een patiënt met een complexe wond zijn specialistische kennis en vaardigheden nodig. Dit blijkt uit het gegeven dat er sinds een aantal jaren opleidingen zijn waar zorgprofessionals zich kunnen specialiseren op het gebied van de behandeling van patiënten met complexe wonden. Denk hierbij aan opleidingen tot wondconsulent of wondverpleegkundige, specialisatie van podotherapeuten op het gebied van de zorg voor patiënten met diabetische voetwonden en de HBO-opleiding tot huidtherapeut. Verder studeren er steeds meer verpleegkundig specialisten af die binnen het domein van de zorg voor patiënten met complexe wonden zijn opgeleid op masterniveau. Een enkele arts en een aantal verpleegkundigen hebben in Cardiff een universitaire opleiding (Wound Healing and Tissue Repair) gevolgd.

Artsen met een medische specialisatie op het gebied van de dermatologie, plastische-, vaat- en algemene chirurgie behandelen van oudsher al bepaalde patiëntengroepen. Hierbij gaat het vaak om diagnostiek en behandeling van onderliggend lijden. Voor de lokale behandeling van de wond verwijzen zij de patiënt meestal door naar een (gespecialiseerd) verpleegkundige.

Er is een algemene consensus onder artsen dat een medicus hoofdbehandelaar is en dus eindverantwoorde-

lijk is voor de behandeling. Uit de focusgroepbijeenkomsten blijkt dat de structuur waarlangs de wondzorg wordt verleend deels plaatsvindt langs reguliere verwijzingslijnen tussen en binnen de eerste en tweede lijn en AWBZ-instellingen. Kenmerkend is echter ook het bestaan van een informeel behandel- en verwijzingscircuit, waarin met name wondconsulenten of wondverpleegkundigen een prominente rol hebben en behandelingen initiëren en patiënten verwijzen. Opvallend is dat slechts 17% van de verpleegkundigen een specialistische opleiding heeft gevolgd op het terrein van de wondzorg. Er bestaat in deze situatie ook onduidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap. Gebrek aan regie en mandaat werken in deze situatie onveilige en ondoelmatige zorg in de hand. Op verschillende plaatsen in het veld heeft dit geleid tot succesvolle initiatieven om hier verandering in te brengen, zoals patiëntgebonden wondzorgdossier, samenwerkingsafspraken, geprotocolleerde zorg en een duidelijke verwijzingsstructuur.

Financiering van de wondzorg gebeurt uit de Zorgverzekeringswet of de AWBZ. Binnen het ziekenhuis of AWBZ-instelling is de financieringslijn duidelijk. Echter, als verwijzing en behandeling van de patiënt tussen de organisaties langs informele lijnen loopt, is onduidelijk wie de hoofdbehandelaar van de patiënt is en vanuit welke stroom de financiering geregeld is.

Het vergoeden van wondzorg-gerelateerde kosten is via verschillende financiële stromen geregeld. Materialen die kortdurend gebruikt worden bij de behandeling van wonden worden niet vergoed en moeten door de patiënt zelf betaald worden. In situaties waarbij er sprake is van behandeling en inzet van materiaal in de thuissituatie met een blijvende eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist, is er sprake van 'medisch specialistische zorg thuis', MSVT. Deze zorg en materialen kunnen, afhankelijk van de situatie en afspraken met zorgverzekeraars, voor rekening komen van het ziekenhuisbudget dan wel vallen onder separate

afspraken. Het werken met verschillende geldstromen is bij wet geregeld en niet door verzekeraars bedacht. De verschillende geldstromen maken het systeem van vergoeden echter onoverzichtelijk. Het systeem wordt in de praktijk door alle betrokkenen dan ook als belemmerend ervaren. Professionals zijn bang dat beleid van de overheid en verzekeraars alleen kostengedreven is en er geen oog is voor kwaliteit. Er wordt een overleg voorgesteld op het niveau van de koepelorganisaties om kwaliteit en toegankelijkheid van de wondzorg te waarborgen.

### VERBANDMATERIALEN

Uit een omvangrijke web-based enquête onder meer dan 1000 zorgprofessionals die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met complexe wonden, blijkt dat de grootste groep zorgprofessionals binnen de zorgdiscipline werkt. Het grootste deel is verpleegkundige zonder specifieke wondopleiding. Ongeveer 16% heeft een specialistische opleiding voor de behandeling van deze patiëntengroep gevolgd. Professionals hebben het meest frequent te maken met oudere patiënten en zien als meest voorkomende complexe wonden decubituswonden, beenulcera en diabetische voetulcera. De focus van deze enquête lag op het gebruik van verbandmaterialen die vallen binnen de WCS Productgroepen. Uit de resultaten blijkt dat in het algemeen 'alginaten' de meest gebruikte producten zijn, gevolgd door 'schuimverbanden' en 'absorberende, niet verklevende verbanden'. Op basis van type wondbed, volgens het WCS Classificatiemodel en afhankelijk van de vochtigheid, zijn de meest gebruikte productgroepen bij zwarte wonden 'enzymatische en andere necroseoplossers' en 'hydrogels'. Bij gele wonden zijn dit 'alginaten' en 'hydrogels' en bij rode wonden 'absorberende, niet verklevende verbanden', 'schuimverbanden' en 'vette gazen en wondcontactmaterialen'.

Uit een analyse van (inter)nationale richtlijnen op het gebied van de wondzorg blijkt dat er over de preventie en behandeling van complexe

wonden naast richtlijnen nog andere belangrijke documenten bestaan, zoals standaarden, consensus documenten en position documents. Inhoudelijk is gekeken naar aanbevelingen op het gebied van preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg. Ook hier blijkt uit de aanbevelingen in alle documenten dat de complexe wond als een aparte aandoening beschouwd moet worden. Het behandeltraject bij een complexe wond is een op zichzelf staand proces, waarbij aandacht besteed moet worden aan volledige diagnostiek, behandeling, monitoring en leefstijladviezen. De complexe wond is hiermee dus niet 'slechts' een complicatie van zorg of ziekte. Op het gebied van de WCS Productgroepen geven alle documenten algemene adviezen en doen generieke aanbevelingen over het gebruik van productgroepen. De mate van exsudaat is bepalend voor het te gebruiken verbandmateriaal. Nergens wordt het gebruik van bepaalde productgroepen of specifieke merken aanbevolen. Wel wordt specifiek aanbevolen:

- eerste keus bij necrose en debris is chirurgisch debridement;
- eerste keus bij geïnfecteerd ulcus cruris venosum is zilverulfadiazine/paraffine.

Verder wordt aangeraden om in transmuraal of regionaal verband afspraken te maken over de keuze van verbandmaterialen. Dit gaat verspilling tegen, maakt overdracht van zorg makkelijker en leidt tot eenduidige werkafspraken.

Op basis van de huidige kennis kan niet anders geconcludeerd worden, dan dat er geen wetenschappelijke basis is op grond waarvan een bepaald type verbandmateriaal ingezet dient te worden voor de genezing van een complexe wond. Er zijn nauwelijks aanwijzingen voor een betere effectiviteit van verbandmaterialen, ingedeeld in productgroepen volgens het WCS Wondenboek, op het aantal wonden of de gemiddelde tijd tot volledige genezing van een complexe wond. Deze uitspraak geldt voor verbandmaterialen binnen en tussen productgroepen als wel in vergelijking met traditionele verbandmaterialen. Een uitzondering hierop is een indicatie voor de superieure

werking van hydrogels in vergelijking met traditioneel wondverband. Ook op secundaire uitkomstmaten zijn er onvoldoende aanwijzingen om te stellen dat het gebruik van een product of productgroep tot betere resultaten leidt.

De expertgroep is van mening niet te lichtvoetig met deze vaststelling om te gaan. Op grond van waarnemingen in de praktijk, die vaak in vakbladen worden gepresenteerd zijn diverse situaties, gericht op comfort en welzijn van de patiënt, te omschrijven waarin de voorkeur uitgaat naar bepaalde productgroepen. Enkele voorbeelden:

- de keus om bij kleine kinderen of bij zeer pijnlijke verbandwissels een product te gebruiken dat langer kan blijven zitten en makkelijk te verwijderen is;
- speciale absorberende verbanden bij extreme productie van exsudaat.

Uit dit literatuuronderzoek bleek dat de indeling van verbandmaterialen in productgroepen niet eenduidig te interpreteren is. Er is veel overlap tussen de productgroepen en een product kan in meerdere groepen vallen. Een alternatief is om producten te classificeren op basis van hoofdfunctionaliteit, zoals hydreren, reguleren of absorberen. Hier kan dan een tweede of derde deeleigenschap aan gekoppeld worden op volgorde van belangrijkheid, waardoor een materialenclassificatie ontstaat met klassen die elkaar wederzijds uitsluiten.

#### CONCLUSIE

Het onderzoek 'Verkenning Wondbehandeling in Nederland' heeft veel opgeleverd. Veel resultaten waren al bekend in de wandelgangen. Belangrijk is dat het nu een keer goed uitgezocht en gedocumenteerd is. Het onderzoek heeft implicaties voor patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek.

#### AANBEVELINGEN

Op basis van de resultaten en conclusies zijn de volgende aanbevelingen gedaan om de veiligheid en doelmatigheid van de zorg voor patiënten met complexe wonden te

optimaliseren.

#### AANBEVELING 1

Er komt een koepelorganisatie voor wondbehandeling in Nederland. Hierin zijn alle betrokken partijen vertegenwoordigd: patiënten, beroepsverenigingen van professionals, opleiders, wetenschappers, producenten, leveranciers en zorgfinanciers. Deze koepelorganisatie heeft als algemene taakstelling het adviseren over en vaststellen van maatregelen die nodig zijn voor de organisatie van veilige, doelmatige en toegankelijke zorg voor patiënten met complexe wonden. Hierbij moet gedacht worden aan: formats voor regionale, transmurale en multidisciplinaire standaarden, opleidingseisen en competentieprofielen voor professionals, structureisen en kwaliteitscriteria voor wond(expertise)centra, productclassificaties etc. Het Wondplatform Nederland is in 2010 opgericht en heeft zich voor een belangrijk deel deze taakstelling opgelegd en wordt gevormd door bovengenoemde partijen met uitzondering van CVZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Aanbevolen wordt dat het CVZ en ZN aansluiten in dit Wondplatform. Verder kan door formalisering van opdracht, uitgewerkt in statuten en reglement, de (her)inrichting van het Wondplatform Nederland tot een sterke verbetering leiden van uniformiteit, veiligheid en professionaliteit in de behandeling van patiënten met complexe wonden.

#### AANBEVELING 2

Op alle niveaus van beroepsuitoefening (MBO-HBO-WO) en binnen alle disciplines dienen voldoende professionals opgeleid te zijn om veilige en doelmatige zorg voor patiënten met complexe wonden te bieden. Dit betekent een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen binnen de bestaande opleidingen in Rotterdam en Nijmegen en de inrichting van een samenhangend en volledig onderwijscontinuüm (van MBO-specialisaties tot en met masteropleiding, bij- en nascholing en cursorisch onderwijs) op basis van demografische kenmerken van de patiëntenpopulatie. Daarnaast moet

de status en titulatuur van professionals binnen de wondzorg formeel vastgelegd worden.

#### AANBEVELING 3

Gezien de fragmentatie, kwaliteit en kwantiteit van het huidige onderzoek naar (kosten)effectiviteit van verbandmaterialen en andere interventies voor de behandeling van patiënten met complexe wonden is er behoefte aan een kenniscentrum, waar standaarden en richtlijnen worden ontwikkeld, gevalideerd en vastgesteld.

Dit kenniscentrum dient tevens als onderzoekscentrum waarin onderzoeksprogramma's worden opgezet om de effectiviteit van interventies te ontwikkelen en te testen.

#### AANBEVELING 4

Via de beroepsverenigingen en het Wondplatform moet aandacht besteed worden aan welke professionals welke taken en bevoegdheden hebben bij complexe wondzorg. Een goed hulpmiddel is de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij Samenwerking in de Zorg'.

#### AANBEVELING 5

De uitvoering, coördinatie en overdracht van zorg wordt gekenmerkt door diversiteit en onduidelijkheid. Om hier verbetering in te krijgen, dient de patiënt met een complexe wond een patiëntgebonden wonddossier te krijgen. Hierin worden alle aspecten van de behandeling, het hoofdbehandelaarschap evenals de betrokken (geconsulteerde) disciplines vastgelegd. Ook is er ruimte voor de patiënt zelf om de voortgang te evalueren en vragen op te schrijven.

#### AANBEVELING 6

Verspilling van materialen en dus geld, dient voorkomen te worden. Recepten voor verbandmaterialen dienen voor een periode van maximaal twee tot drie weken dan wel voor de periode tot de volgende controle uitgeschreven te worden en levering dient overeenkomstig plaats te vinden. Men zou daarnaast de mogelijkheid moeten onderzoeken of materialen die volledig in tact zijn, teruggenomen kunnen worden. De betaling zou dan op basis van

nacalculatie herrekend moeten worden, zodat alleen dat wat verbruikt is betaald wordt.

#### AANBEVELING 7

Zorg aan patiënten met complexe wonden dient gegeven te worden in gespecialiseerde wondklinieken (wondexpertisecentra) door een multidisciplinair wondteam. Daarbij moet het voor de verwijzer en patiënt duidelijk zijn wat een wondexpertisecentrum doet en op welke manier de verwijzing moet verlopen. De indicatorenset 'kwaliteitscriteria voor wondexpertisecentra Nederland', ontwikkeld op initiatief van en door V&VN Wondconsulenten en WCS, kan hierbij gebruikt worden.

Snelle doorverwijzing en terugverwijzing van een patiënt met een complexe wond wordt beschouwd als een voorspeller voor de behandeling met de beste uitkomst voor een patiënt. Als een wond gedurende een bepaalde tijd en bij ingezette behandeling geen of te weinig genezings-tendens vertoont, moet een patiënt doorverwezen worden naar een wonddeskundige. Deze termijn ligt tussen de twee en drie weken.

Meer informatie over het onderzoek is terug te vinden op:  
[www.umcn.nl/wondbehandeling](http://www.umcn.nl/wondbehandeling)

**\* Patricia van Mierlo-van den Broek, M ANP, verpleegkundig specialist traumachirurgie en wondzorg, afdeling Heelkunde, UMC St Radboud, Nijmegen.**

**Dr. Erik de Laat, M ANP, verpleegkundig specialist wondzorg, afdeling Plastische Chirurgie, UMC St Radboud, Nijmegen, onderzoekers.**