



# Meer kwaliteit tegen lagere kosten

## Samen werken aan een Wond Expertise Centrum

N. van Haarlem\*

**Het opzetten van een Wond Expertise Centrum (WEC) is een kwestie van lange adem en het resultaat van samenwerking tussen wondverpleegkundigen, wondconsulenten, verpleegkundig specialisten, medisch specialisten, dokters-assistenten, thuiszorgorganisaties en huisartsen. Maar dan is de kwaliteit van zorg rond complexe wonden verbeterd tegen aantoonbaar lagere kosten.**

Het rapport Verkenning Wondbehandeling in Nederland uit 2012 (1), in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), toonde het haarscherp aan: de zorg van complexe wonden is te versnipperd.

Als het gaat om wondzorg van bijvoorbeeld geïnfecteerde wonden, decubitus, ulcus cruris, wonden na wondroos of een diabetische voet zonder verdere complicaties, lag de regie bij de huisarts. Maar door het ontbreken van samenwerking tussen huisarts, ziekenhuis en thuiszorg ontbrak de coördinatie van de dagelijkse wondzorg. Pas als er na weken of zelfs maanden geen genezingstendens zichtbaar was stuurde de huisarts de patiënt door naar het ziekenhuis. Het door de huisartsen ingeschatte onderliggend lijden van de patiënt bepaalde naar welke specialist dat was. Dat kon de chirurg zijn, maar net zo goed de dermatoloog. Die deed de diagnostiek en zag de patiënt totdat de wond zich had gesloten. Voor de behandeling van een open been onder regie van de huisarts stond dan ook gemiddeld twaalf weken. Vaak was dit nog langer als bijvoorbeeld van therapie of medisch hulpmiddel werd geswitcht. En daarna kwam de patiënt regelmatig terug in het ziekenhuis.

### Veel knelpunten

Geen afstemming tussen de zorgverleners, te hoge kosten en te veel herhaaldagen dus. Een doorn in het oog van de wondconsulent en verpleegkundig specialist, die in de praktijk de knelpunten tussen de eerste en de tweede lijn ervaren. Denk bijvoorbeeld aan de slechte onderlinge bereikbaarheid: ziekenhuizen konden de thuiszorg alleen bellen tussen 12 en 14 uur. Maar dan was juist die ene persoon niet te vinden. Die slechte bereikbaarheid gold ook omgekeerd, want probeer maar eens een specialist in een spreekuur te spreken te krijgen. Ook de overdracht was verre van optimaal: de ene zorgverlener deed dat op een briefje, de ander mondeling. Of over het gebruikte wondmateriaal: patiënten gingen met een recept van het

ziekenhuis naar de plaatselijke apotheek en kregen daar vaak andere producten mee dan in het ziekenhuis gebruikelijk was. Bovendien kon het ook zijn dat de apotheek het materiaal niet op voorraad had, zodat de patiënt dagen moest wachten. Tot slot was de kennis bij de betrokken zorgverleners over wondzorg niet overal gelijk. Sterker nog, het ontbrak veelal aan basiskennis. Wondconsulenten en verpleegkundig specialisten hadden moeite met deze situatie. Of zoals een wondverpleegkundige ooit eens zei: 'Er stond nooit een specialist achter me'. Niemand voelde zich verantwoordelijk voor patiënten met complexe wonden.

### Meteen aan de slag

Inmiddels is er veel gebeurd en zijn er diverse WEC's geopend. Het WEC van het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel kon na drie jaar overleg in maart de deuren openen. Verpleegkundig specialist Karin Timm stond aan de basis van dit centrum. Hoe heeft zij het voor elkaar gekregen? 'Voor het zover is moet er wel veel worden gepraat en afgestemd. Met specialisten, verpleegkundigen, huisartsen en thuiszorg. Dat kost tijd. En geduld, veel geduld. Zo moet je voorkomen dat de huisarts de patiënt verwijst naar de verkeerde specialist. Dat voorkom je als de huisarts

### Nieuwe standaard in de maak

Het Wondplatform Nederland ontwikkelt een kwaliteitsstandaard complexe wondzorg. In het wondplatform zijn alle partijen vertegenwoordigd die iets met wondzorg te maken hebben. Op dit moment zijn er tal van richtlijnen rondom de complexe wonden. Doel is om eind 2016 op basis van bestaande richtlijnen een nieuwe standaard te ontwikkelen waarbij de organisatie en de kwaliteit van complexe wondzorg beschreven zal worden.

altijd naar de centrale wondpoli verwijst. Dat is nog wel te organiseren. Maar dan moet je ook zorgen dat de specialist naar die wondpoli komt. Alleen al om logistieke problemen is het een hele uitdaging om de specialist uit zijn vertrouwde eigen poli naar de wondpoli te krijgen. Vaak liggen de diverse poli's simpelweg te ver van elkaar. Ik adviseer iedereen om een wondcommissie op te richten met alle intern betrokkenen. Benoem dan wel een wondconsulent of verpleegkundige specialist, en dus niet een specialist, tot trekker van het project. Het is immers jouw project. En zorg ervoor dat de raad van bestuur achter je plannen staat. Dat is niet zo'n probleem is mijn ervaring, want ieder ziekenhuis is verplicht de wondzorg goed te organiseren.'

### Externe partner

Voor de realisatie van het WEC heeft IJsselland ervoor gekozen samen te werken met een externe partner. De leverancier in medische hulpmiddelen heeft een speciaal programma ontwikkeld onder de naam TOP: Transmuraal Op Pad. Uitgangspunt van dit programma is om de kwaliteit van wondzorg binnen en buiten het ziekenhuis op hetzelfde niveau te houden. Dat betekende veel afstemmen tussen de interne en externe partijen, afspraken maken, protocollen ontwikkelen en het kennisniveau van alle betrokkenen verhogen. 'Door samen te werken met deze partner is dat gelukt en kon het WEC in maart de deuren openen', zo vertelt Timm.

In Capelle aan den IJssel en omgeving verwijzen de meeste huisartsen na drie weken zonder genezingstendens de patiënt door naar de wondpoli. Het doel is dat de wondconsulent of de verpleegkundig specialist de patiënt dan binnen 24 uur ziet. Die bepalen vervolgens welke specialist wordt geraadpleegd. De specialist komt dan naar het expertisecentrum waarna de definitieve diagnoses wordt gesteld. Onderzoeken kunnen nu sneller plaatsvinden en een behandelplan is sneller opgesteld. De huisarts krijgt hierover standaard bericht. Zo snel mogelijk krijgt de patiënt wondzorg in de eigen vertrouwde omgeving. De eerste en tweede lijn werken dus samen, zijn voor elkaar bereikbaar en hebben de patiënt centraal gesteld.

### Belangrijke rol thuiszorg

Een belangrijke rol daarbij is er voor de thuiszorg die onder supervisie van het wondcentrum de patiënt ziet en thuis behandelt. Het IJsselland Ziekenhuis heeft afspraken met vijf thuiszorgorganisaties gemaakt, ondersteund door het wondzorgprogramma TOP van Mediq CombiCare. Karin Timm bespreekt dan ook met die vijf vertegenwoordigers van die thuiszorgorganisaties de wondzorg van de patiënten.

De afspraken gaan onder meer over de voortgang, de kwaliteit van zorg en de te gebruiken hulpmiddelen. 'Willen we gezamenlijk de kwaliteit van zorg verbeteren, dan

moeten alle betrokken zorgverleners over dezelfde basis-kennis beschikken. Die afspraak hebben de raad van bestuur van het IJsselland Ziekenhuis en de directie van de thuiszorg gemaakt. Iedereen op de afdeling en in de thuiszorg is dan ook bijgeschoold middels e-learning van onze externe partner en twee terugkomdagen per jaar. Ook hebben we protocollen gemaakt met welke hulpmiddelen we standaard willen gebruiken. Een patiënt gebruikt nu dezelfde producten in het ziekenhuis als thuis. Zo hoeft de patiënt niet meer naar de apotheek voor de wondverzorgingsproducten. De medisch speciaalzaak zorgt dat de hulpmiddelen bij de patiënt thuis komen.'

### Verskil in kennis

Barbara den Boogert, wondconsulent in het wondexpertisecentrum van het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft, herkent het verschil in kennisniveau bij de zorgverleners. Zij geeft namens WCS Kenniscentrum Wondzorg les aan huisartsen in opleiding. Zij pakt de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) standaard *ulcus cruris* er nog maar eens bij. 'De huisarts heeft immers de regie', zo stelt Barbara. 'Daar staat toch echt dat als na twee maanden geen genezingstendens bij de patiënt is te zien het misschien tijd wordt voor doorverwijzing naar het ziekenhuis.' Zij besteedt dan ook veel tijd aan het geven van informatie over hoe de zorg rondom complexe wonden is te verbeteren. 'Natuurlijk staat de patiënt centraal. In ons WEC streven we ernaar dat diagnostiek binnen 24 uur rond is en er dan een behandelplan wordt gemaakt. Wij sluiten alleen samenwerkingsovereenkomsten met bijvoorbeeld de thuiszorg onder de voorwaarde dat iedereen, ook in het ziekenhuis, een gedegen opleiding heeft gevolgd. Met de e-learning van basiszorg wond van de externe partner kunnen we precies zien wie de opleiding heeft gevolgd. Na de e-learning over *ulcus cruris* en diabetische voet, die we zelf hebben ontwikkeld, organiseren we terugkomdagen en een jaarlijks symposium in ons ziekenhuis.' Meer regie levert besparingen op, in producten en herhaaldagen, daarvan is Barbara overtuigd. Hoeveel precies, dat weet ze nog niet. 'Ons elektronisch patiëntendossier laat zien hoeveel patiënten met complexe wonden genezen. Maar ik kan nog niet zien wat de besparing is. Ik adviseer patiënten wel om gebruik te maken van de producten en diensten van de leverancier van medische hulpmiddelen, maar ik laat ze vrij om ook naar de eigen apotheek te gaan. Maar komt een zorgverzekeraar bij ons met een duidelijke beleidsregel, dan wil ik best een afspraak maken: deze patiënt krijgt drie keer per week gedurende zoveel weken alleen dit type verbandmateriaal mee. Zover zijn zorgverzekeraars echter nog niet.'

### 30% minder kosten

Het IJsselland Ziekenhuis heeft al wel vaste protocollen over de hulpmiddelen. Dat levert nog een voordeel op: de

managementdata van de externe partner laten zien dat het ziekenhuis nu 30% bespaart in kosten. Karin Timm: 'Daarmee kan ik aantonen dat ons WEC werkt. Ook het aantal behandeldagen en herhaalbezoeken in het ziekenhuis is sterk terug gelopen. Of dat ook met 30% is? Ik verwacht het wel, maar moet dat nog verder onderzoeken.'

1 Mierlo van PAH, Laat de HEW. CVZ Eindrapportage Verkenning wondbehandeling in Nederland. Nijmegen, 2012.

\* *Niels van Haarlem is freelance journalist*