

DERMATOLOOG BRIGITTE VISCH OVER DE ORGANISATIE VAN DE WONDZORG

‘Een wond is geen diagnose’

Onlangs verscheen de Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland, met richtlijnen voor specifieke aandoeningen. Dr. Brigitte Visch, dermatoloog en voorzitter van de NVDV-richtlijnwerkgroep *Ulcer cruris venosum*, gaat in op de aanleiding voor die standaard.



Naar schatting zijn er in Nederland per jaar circa 500 duizend mensen met wonden waarbij sprake is van gecompliceerde genezing. Dermatoloog Brigitte Visch: ‘Voorheen werd gesproken over chronische wonden, maar omdat dit de lading niet helemaal dekt, koos men voor complexe wondzorg. Ook niet echt een gelukkige term. In het Engels spreekt men bij onvoldoende genezings-tendens over “*hard-to-heal*”, “*recalcitrant*”, “*chronic*” of “*non-healing*”. De zorg gaat over veel schijven en dat rechtvaardigt in ieder geval het woord ‘complex’. Een wond zelf is niet complex, maar de situatie kan uitgroeien tot complex als er geen genezing

optreedt, een wond dus met gecompliceerde genezing. Gecompliceerde wondgenezing ziet men vooral bij patiënten met onderliggende, complexe problematiek, zowel op medisch, als op sociaal en psychologisch gebied. Het onderliggend lijden kan uiteenlopen van: veneus vaatlijden, arteriële insufficiëntie, diabetes mellitus of juist een combinatie daarvan. Daarnaast is er sprake van comorbiditeit zoals artrose of dementie en veel medicatie. Veel wonden behandelt men in de eerste lijn. Vaak is er echter wel een deskundige blik nodig om – als de wond ondanks behandeling niet wil genezen – een goede diagnose te stellen en om andere oorzaken zoals maligniteit, infectie of automutilatie uit te sluiten, dan wel een andere behandeling te starten.’

Onduidelijkheid

‘De reden om met elkaar afspraken te maken over wondzorg, was onder andere de onduidelijkheid in het veld over vragen: Wanneer moet een patiënt verwezen worden? Wat is voor hem of haar het juiste adres om een wond goed te behandelen? En: Hoe vindt de overdracht van zorg plaats? Zo staat het tenminste in de kwaliteitsstandaard. Maar kostenbeheersing heeft zeker ook een belangrijke rol gespeeld, want het Zorginstituut is een van de financiers. Hoe dan ook, de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) deed hier graag aan mee, want wij vinden dat goede wondbehandeling pas kan plaatsvinden na het stellen van een goede diagnose. Dus hoe sneller een goede diagnose wordt gesteld, hoe sneller een adequate behandeling kan worden ingezet. Daar heb ik mij voor ingezet, uiteraard samen met de hele werkgroep. Aan de kwaliteitsstandaard hebben onder meer verpleegkundigen, dermatologen, vaatchirurgen, plastisch chirurgen, huisartsen, podotherapeuten en huidtherapeuten meegewerkt.’

Is er sprake van versplintering wat betreft wondzorg?

‘Er is inderdaad veel versplintering momenteel, zowel in eerste



HOLLANDE HOOGTE | FRANK MULLER / ZORGINBEELD

lijn, als soms ook in tweede lijn. Het basisprobleem is dat men veel wonden/defecten van de huid ziet als “wond” en dan een behandeling instelt. Maar een wond is geen diagnose, dat is iets wat veel mensen, ook in de gezondheidszorg, onderschatten. Dé wond bestaat niet.

Daarnaast is aangetoond dat hoe langer een wond bestaat, hoe langer het duurt tot deze geneest. Het is dan ook van groot belang dat in een zo vroeg mogelijk stadium de goede behandeling wordt ingesteld, die gericht is op de onderliggende oorzaak van de wond en op de factoren die de wondgenezing kunnen stagneren. Daarom zijn de aanbevelingen in deze kwaliteitsstandaard zo belangrijk.’

Het lijkt alsof er nogal wat mis is bij de behandeling van complexe wonden ...

‘Ik denk dat veel verzorgenden en behandelaars zich inzetten voor patiënten met wonden maar niet altijd met het gewenste resultaat. Het is niet dat de zorgverleners niet goed samenwerken, maar vaak kennen ze elkaars expertise onvoldoende. Zo vallen nu te veel patiënten tussen wal en schip, en ondervinden zij

daardoor een vertraagde wondgenezing. Het is voor iedereen duidelijk dat een patiënt met een arterieel ulcus primair bij de vaatchirurg thuis hoort, maar zo eenvoudig en duidelijk is het lang niet altijd. Eczeem aan de benen wordt nu soms bijvoorbeeld behandeld als een wond, met dure wondbedekkers. Dat is onzin, zo’n patiënt hoort bij een dermatoloog thuis en moet een adequate eczeembehandeling krijgen. Nog een instinker: huidkanker kan zich presenteren als een chronische wond aan het been en ... het kan ook in een chronische wond ontstaan. Daarvoor moet er wel een alarmbel afgaan. Nu – met de nieuwe kwaliteitsstandaard – is het advies heel duidelijk: als er binnen drie weken geen verbetering is: doorverwijzen.’

Routekaart

Wat is de winst voor de patiënt van deze kwaliteitsstandaard?

‘Er is een nieuwe indeling gemaakt, waardoor het duidelijk is of er sprake is van basiszorg of van complexe zorg. De winst voor de patiënt is dat hij voor behandeling op de juiste plek komt, optimale behandeling krijgt en zo snel mogelijk weer in de thuissituatie verdere behandeling krijgt. De lijnen zijn kort en er



HOLLANDE HOOGTE | FRANK MULLER / ZORGINBEELD

is in principe één aanspreekpunt: de regiebehandelaar. Diverse specialisten kijken, zo nodig, samen naar de wond. Het is een logische routekaart, met duidelijke kaders voor de behandelaars. Het centrale punt van die routekaart is het expertteam. Dit team bestaat uit ten minste een huisarts, een verpleegkundige en een medisch specialist. Gezamenlijk stellen zij de diagnose en maken een behandelplan. Doel van deze opzet is het waarborgen van goede communicatie, afspraken en samenwerking tussen de betrokken zorgverleners bij wondzorg op verschillende

zorgniveaus. Het expertteam kan onderdeel zijn van een ziekenhuis, maar kan ook daarbuiten opereren.

Als basis voor de kwaliteitsstandaard is het ggz-model van regiebehandelaar gebruikt. Hoe dat op de lange termijn gaat uitpakken, moet natuurlijk nog blijken. De richtlijnen over specifieke aandoeningen, zoals die over de diabetische voet of het veneus ulcus, zijn leidend in de kwaliteitsstandaard.'

Wie neemt het voortouw bij de herinrichting van de wondzorg?

'Het mooie van deze kwaliteitsstandaard is dat het ruimte laat voor regionale of lokale invulling. De specialisten, verpleegkundigen en huisartsen in de regio moeten samen het voortouw nemen. Zeker voor dermatologen een mooie uitdaging om hier initiatieven in te nemen.'

Wondbedekkers

Er zijn erg veel wondbedekkers op de markt, waarbij de gebruikers nauwelijks weten wat goed is en niet. Is daar meer duidelijkheid in gekomen?

Er volgt een gulle lach: 'Dat was zeker een vraag waar zorgverzekeraars én Zorginstituut Nederland een antwoord op wilden krijgen. Hoe begrijpelijk ook, was dat echter niet een van de uitgangsvragen omdat op voorhand al bekend was dat er geen studies zijn waarmee die vraag te beantwoorden is.'

Hoe komt dat?

'Een goede registratie van wonden ontbreekt in Nederland. Zodoende is er veel onduidelijkheid over het inzetten van juiste wondbedekkers. Bij veel behandelaars en verzorgenden is er onvoldoende kennis, met als gevolg het inzetten van onnodig dure producten. Sommige producten zijn specifiek ontwikkeld om bijvoorbeeld een week te blijven zitten, zodat het verband maar eenmaal per week hoeft te worden gewisseld. Voor dagelijks gebruik kan men vaak beter een eenvoudiger en goedkopere wondbedekker inzetten. Daarnaast gebruikt men ook vaak een merkwaardige en zelfs onzinnige combinatie van wondbedekkers. Een bijkomend probleem is dat onderzoek hiernaar tijdrovend en kostbaar is. Verder bestaat hiervoor maar weinig interesse en er is ook geen onderzoeksgeld voor beschikbaar. Omdat dé wond niet bestaat, is er ook geen perfecte wondbedekker. Uiteindelijk zijn er inderdaad heel veel wondbedekkers op de markt, waarbij er geen echt slechte producten bestaan. De meerwaarde van veel vergelijkbare producten lijkt echter beperkt. Het allerbelangrijkste voor de patiënt is een goede diagnose, op korte termijn gesteld, met de daarbij behorende behandeling van het onderliggend lijden, gedragen door een gekwalificeerd team en daar heeft de gehele werkgroep zich voor ingezet om dit te bereiken met deze standaard.' ■

contact

f.meulenberg@nvdv.nl

cc: redactie@medischcontact.nl