



Erna Sybrandy
Dermatoloog Slingeland Ziekenhuis

Wat zijn de problemen bij de behandeling van ulcus cruris?

Behandeling weinig succesvol door gebrek aan continuïteit:

- Versnipperde zorg
- Onvoldoende kennis



Binder B Zeitschrift für Gefäßmedizin 2010, 7 (5): 6-9 ©

Gevolg

- Hoog percentage recidief
- Hoge kosten
- Patiënt niet happy
- Zorgverlener niet happy



En zorgverzekeraar intussen ook niet meer happy...

De uitdaging

Behandeling van ulcus cruris verbeteren:

Stap 1 → In kaart brengen van de actuele situatie in de regio

Stap 2 → Samenstellen plan van aanpak

Stap 3 → Aan de slag



Het resultaat

7 tot 8 poli's per week, enthousiaste medewerkers konden veel ervaring opdoen, wat ze geleerd hadden in de praktijk toepassen en boekte resultaat.

Gevolg: heel veel belangstelling bij de patiënten, poli liep over.



De oplossing

Transmurale zorgketen ulcus cruris

Projectgroep Slingeland en Sensire Thuiszorg

Doel: werkdruk spreiden, kwaliteit behouden, optimaal gebruik maken van elkaars sterke punten

Dus: de multidisciplinaire structuur



Voorwaarde van het slagen van de keten is kwalitatief goede zorg

Om deze te waarborgen zijn gekwalificeerde mensen essentieel.

Slingelandziekenhuis is daarom in 2002 gestart met het opleiden van geselecteerde verpleegkundigen in de thuiszorg: aandachtsvelders

Zorgroute

- 1^e lijn → 2^e lijn (speciaal spreekuur)
- 1^e consult:
 - uitgebreide anamnese
 - onderzoek: aspect wond
 - veneus vaatstelsel
 - arterieel vaatstelsel (E/A index!)
 - aanvullend onderzoek: lab. onderzoek en zo nodig kweek, biopt, röntgen, duplex
 - behandelplan
 - start behandeling
 - uitleg zorgketen en leefregels
 - overdracht naar aandachtsvelders (1^e lijn)
- behandeling in 1^e lijn door aandachtsvelders
1x/maand controle in ziekenhuis
- bandagist
leefstijlbegeleiding

Voordelen van deze aanpak

- Competentie aandachtsvelders voldoet aan de kwaliteitsnorm, want zelf opgeleid
- Aandachtsvelders krijgen voldoende volume (patiënten) om vaardigheid op peil te houden
- Patiënten worden door vaste behandelaars gezien
- Meer grip op continuïteit en kwaliteit van zorg

Maar kunnen we nu ook hard maken
dat onze resultaten beter zijn?



Retrospectief onderzoek



Retrospectief onderzoek

- Patiënten met ulcus cruris behandeld in periode 2005-2009 in het Slingelandziekenhuis Doetinchem
- Op voor hand vastgestelde inclusie en exclusie criteria: 128 patiënten
- Genezingsduur en recidiefkans < 1 jaar

Recidief

De kans op recidief is het grootst gedurende het eerste jaar na genezing (Nelson 2006, Finlayson 2009, Korting 2000, Nicolaides 2000, Maessen-Visch 2005).

Criteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Ulcus cruris met een enkel/arm index van > 0.8 (ook patienten met niet comprimeerbare vaten)	- E/A index < 0.8
- Ulcus cruris venosum en met diabetes mellitus	- Vasculitis, maligniteiten, infecties of andere minder frequent voorkomende oorzaken van ulcus cruris, zoals Martorell ulcus, necrobiosis lipoidica, pyoderma gangrenosum
- Diagnose ulcus cruris venosum of een niet genezend traumatisch ulcus op basis van (o.a.) CVI	- Patienten die binnen een jaar na genezing van het ulcus waren overleden
- Ulcus cruris en oedeem op basis van CVI in combinatie met oedeem op basis van dependency, decompensatio cordis, lymfoedeem	

Literatuurgegevens

Schema 2.2 Gegevens over genezingsduur en kans op recidief uit de literatuur

Bron	Genezingsduur	Kans op recidief
1	Ulcus < 10 cm ² , minder dan 12 mnd oud, na 4 weken behandeling met verbetering: 75% geneest binnen 6 mnd. 20% van de veneuze ulcera geneest niet goed op behandeling binnen 3 maanden	10% per jaar Grootste kans op recidief eerste jaar na genezing
2	50% geneest binnen 4 maanden 20% na 2 jaar nog niet genezen 8% na 5 jaar nog niet genezen	Jaarlijks recidief tussen 6 en 15% Totale recidiefkans tussen 3 en 15 % Recidiefkans binnen het eerste jaar tussen 30 en 57 % Meerderheid ulcera recidiveert ten minste één keer.
3	Open benen van meer dan 60 jaar zijn gerapporteerd	Recidief 45% 35% van de patiënten had 4 of meer periodes met ulcus cruris
4	40% heeft een ulcus cruris één jaar of langer 20% had een ulcus cruris 5 jaar of langer	Recidief 45% binnen een jaar
5	76% na 24 weken	Recidief 17% binnen een jaar
6	Bij therapie binnen 24 weken: 30-60% Bij therapie binnen een jaar: 70-85%	
7	In het UK 42- 69% in 12 weken Gemiddelde genezingsduur in de studie: 20 maanden	Recidief 45-76%
8	50% genezen na 4 maanden 20% is nog open na 2 jaar 8% blijft open na 5 jaar. Het jaarlijks recidief varieert van 6 – 15%	
9	54% behandeld met een vierlaags zwachtelverband binnen 12 weken 34% binnen 12 weken behandeld in de controle groep	
10	45% heeft een open been van meer dan 10 jaar (Schotse studie)	Recidief varieert van 26-69% binnen 12 maanden

Bron=
1= Hof N. Van, Balak F.S.R., Apeldoorn L., Nooijer H.J. de, Vleesch Dubois V., Van Rijn-vanKortenhof., (2010) *NHG-Standaard Ulcus cruris venosum*. Huisarts & Wetenschap, 53(6):321-33
2= Richtlijn. (2005) *Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum*. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), Alphen aan den Rijn: Van Zuiden.
3= Hecke A. van, Grypdonck M., Defloor. (2008) *A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment*. Journal of Clinical Nursing 18, 337-349
4=Hecke A. van, Grypdonck M., Defloor. (2006) *Interventions to enhance patient compliance with leg ulcer treatment: a review of the literature*. Journal of Clinical Nursing 17, 29-39.
5=Cohel M.S., Taylor M., Earnshaw J.J., Heather B.P., Poskitt K.R., Whyman M.R. (2005) *Risk Factors for Delayed Healing and Recurrence of Chronic Venous Leg Ulcers- An Analysis of 1324 Legs*. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 29, 74-77
6=Margolis D.J., Berlin J.A., Strom B.L., *Risk factors associated with the failure of a venous leg ulcer to heal*. Arch Dermatol (1999) ; 135(8): 920-26
7= Lorimer K.R., Harrison M.B., Graham I.D., Friedberg E., Davies B., (2003). *Venous Leg Ulcer Care: How Evidence-Based Is Nursing Practice?*. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; 30: 132-142.
8= Nicolaidis A.N. (2000). *Investigation of Chronic Venous Insufficiency: A Consensus Statement*. Circulation, Journal of the American Heart Association 2000;102:e126-e163
9= O'Brien J.F., Grace P.C., Perry I.J., Hannigan A., Clarke Moloney M., Burke P.E., (2003). *Randomized clinical trial and economic analysis of four-layer compression bandaging for venous ulcers*. Wiley InterScience (www.bjs.co.uk)
10= Nelson E.A., Bell-Syer S.E.M., Cullum N.A., Webster J. (2010). *Compression for preventing recurrence of venous ulcers (Review)*.The Cochrane Collaboration. Issue 2.

Effect zorgketen ulcus cruris

	% genezen < 4 maanden	recidief binnen 1 jaar
richtlijn NVDV (2005)	50%	30-57%
zorgketen ulcus cruris Doetinchem	87,5%	6,25%

De gemiddelde genezingsduur = 8,9 weken

Wat is nodig om een goede zorgketen in het leven te roepen?

- Goed inzicht in de mogelijkheden van de regio
- Tijd en begrip: Je moet elkaar vinden en samen de tijd nemen om de juiste vorm te vinden waarmee deze samenwerking kan functioneren.



dreamstime.com

Hoe houden we de zorgketen ulcus cruris in leven?

- Operationeel op basis van gezamenlijk afgesproken en continu te toetsen protocollen en werkafspraken
- Goede communicatie naar betrokken zorgverleners: men moet weten dat deze structuur er is
- Gebruik maken van elkaars sterke punten, zoals bijvoorbeeld de feedback van de thuiszorg aan de hand waarvan bijvoorbeeld leefstijlbegeleiding kan worden ingezet of andere ondersteuning.
- Jaarlijkse evaluatie (prestatie indicatoren)
- Jaarlijkse scholing van alle aandachtsvelders, medewerkers poli dermatologie en poli chirurgie = kennis delen en daarmee vergroten

Winst voor de patiënt

- Betere behandeling
- Sneller resultaat
- Meer kwaliteit van leven

We worden er dus allemaal beter van!!

Wondcentrum: wond → wondcentrum!

- Een vast punt waar alle wonden binnenkomen
- Multidisciplinaire aanpak
- Vaste structuur binnen het wondcentrum voor specialistische behandeling van alle voorkomende wonden:
 - * ulcus cruris
 - * diabetische voet
 - * specialistische wondzorg

Bedankt voor uw aandacht!

