

WONDZORG OP DE POLITIEKE AGENDA. ACTIE NU VOOR KWALITEITSBEHOUD IN DE TOEKOMST

F. van Wijck*

De stelselherziening in de zorg leidt tot enorme veranderingen op beleidsniveau die ook doorsijpelen naar de werkvloer. Bijvoorbeeld op het gebied van de wondzorg. In de vorige editie van WCS Nieuws is uiteengezet wat dit kan betekenen voor de professionals die wondzorg verlenen. In dit tweede artikel gaan we in op de vraag welke actie nu in een tijd van bezuiniging nodig is om te zorgen dat wondzorg ook in de toekomst de plaats krijgt die zij verdient.

Iedereen die ooit als patiënt met een wond- of decubitusverpleegkundige te maken heeft gehad, kan een politicus glashelder uitleggen wat de enorme maatschappelijke meerwaarde is van innovatieve wondbehandeling. Die speelt immers een cruciale rol in de genezing van een gecompliceerde of chronische wond. En een gecompliceerde of chronische wond heeft maar al te vaak de nare eigenschap het leven van de patiënt volledig te overheersen. Bijvoorbeeld omdat ziekenhuisopname nodig is, zodat de patiënt niet kan werken of kan deelnemen aan andere doodnormale dagelijkse activiteiten. Maar ook omdat een wond pijnlijk kan zijn, kan stinken, schaamte en onzekerheid kan veroorzaken, of in meerdere of mindere mate invaliderend is.

BREED EN DIVERS

Het probleem is alleen: wondpatiënten spreken doorgaans niet met politici. En er bestaat ook niet zoiets als de Nederlandse Vereniging van Wondpatiënten met Gecompliceerde of Chronische Wonden, die dat namens hen kan doen. Want het probleem met wonden is dat zij niet één ding zijn, maar een verzameling van uiteenlopende aandoeningen die met elkaar gemeen hebben dat ze leed veroorzaken, intensieve zorg nodig maken en veel geld kosten, maar die verder van elkaar kunnen verschillen als dag en nacht. Bovendien kunnen aan die wonden de meest uiteenlopende oorzaken ten grondslag liggen. Het probleem “gecompliceerde of chronische wond” is hierdoor veelomvattend en moeilijk uit te leggen aan politici. Die wond vormt immers geen ziektebeeld op zich, maar is slechts een

onderdeel of een manifestatie van een ziektebeeld. Een postoperatieve wond bijvoorbeeld is een direct gevolg van een operatie, maar kan een moeilijk te behandelen wond worden als een postoperatieve wondinfectie optreedt of als de patiënt in een slechte algemene gezondheidstoestand verkeert. Een diabetische voet is het gevolg van de diabetes waarmee de patiënt behept is. Een ulcus cruris ontstaat – en blijft in stand – omdat iemands doorbloeding slecht is.

AANDACHT

Ziektebeelden als diabetes, decubitus of hart- en vaatziekten staan momenteel politiek erg in de belangstelling staan. Voor het voorkomen en gericht behandelen van decubitus is de laatste jaren zelfs veel geld vrijgemaakt. Op zich is dit een goede zaak en het past helemaal in het beleid van dit kabinet, dat zich sterk richt op preventie. Maar wie hieruit de conclusie trekt dat hiermee ook wondzorg momenteel politiek in de belangstelling staat en dus het tijd mee heeft in Den Haag, heeft het mis. Wondzorg is een afgeleid specialisme en heeft als zodanig helemaal niet de aandacht van de politici. Die kunnen zich bij heupimplantaten of pacemakers wel wat voorstellen, maar wondzorg speelt zich af over een zo breed spectrum dat ze daarop totaal geen zicht hebben. Bovendien is de overheid meer geïnteresseerd in het beheersbaar houden van de zorgkosten dan in het verkrijgen van inzicht in de zorg die hiervoor nodig is. Dit is een probleem waar de industrie en de wond- en decubitusverpleegkundigen steeds tegenaan lopen.

Dit betekent dat nog heel veel werk te verzetten is richting stakeholders. De overheid is een van die stakeholders, maar twee andere – zorgverzekeraars en het College voor Zorgverzekeringen – zijn minstens zo belangrijk. Aan alle drie deze partijen moet worden duidelijk gemaakt dat veel te besparen is in termen van geld en leed van patiënten en dat dus veel investering nodig is in kennis en in producten. Deze stakeholders moeten weten dat wondzorg meer is dan alleen pleisters en zwachtels, maar dat er een specialisme achter schuilgaat met innovatieve wondbehandelingsproducten voor alle indicaties en fasen van wondbehandeling. Dat de overheid – als wetgever en beleidsmaker – in dit kader belangrijk is, zal voor iedereen duidelijk zijn. Ook het belang van de zorgverzekeraar – die kan kiezen voor wel of niet vergoeden – is helder. Dat naast deze twee ook CVZ van belang is, komt omdat deze partij een directe rol speelt in de toelating van nieuwe producten tot het vergoedingspakket. En omdat CVZ steeds scherper wordt in het bepalen of een nieuw hulpmiddel wel of niet moet worden toegelaten, moet ze beschikken over heldere informatie die aangeeft dat een nieuw hulpmiddel meerwaarde heeft boven een product dat reeds bestaat of dat het kan worden ingezet voor een andere indicatie.

ONDERZOEK NODIG

Hierbij doet zich een praktisch probleem voor. Het is immers niet mogelijk om met een nieuw wondproduct een randomized clinical trial te doen. Zo'n trial voorziet immers in een controlegroep en het

is in wondzorg onmogelijk patiënten behandeling te onthouden. Daarom moet met een lager niveau aan bewijs genoeg worden genomen en daarin is ook het patiëntenperspectief van belang.

Onderzoek is dus nodig, en daarin spelen zowel de industrie als de wond- en decubitusverpleegkundigen een rol. Publicaties zijn er te over, in Nederland en ook internationaal. Nu is het zaak tot een goed register van de beschikbare gegevens te komen, zodat ze vergelijkbaar met elkaar kunnen worden gemaakt en kunnen worden geïnterpreteerd. Hoewel de industrie hierin een rol kan spelen, zijn het primair de wond- en decubitusverpleegkundigen die onderzoek moeten verrichten en die patiënten kunnen gebruiken om op basis van interviews gegeven van te verzamelen. Helaas bestaat in Nederland geen rijke traditie op dit gebied. Het was al geen eenvoudige opgave om de expertgroep voor de Rotterdamse opleiding bij elkaar te krijgen en tot eensluidende definities te laten komen. Er bestaan zoveel verschillende protocollen. De afgestudeerden van de opleiding in Rotterdam kunnen een rol spelen om hierin verandering te brengen. Niet alleen door onderzoek aan te jagen, maar ook door het voortouw te nemen in het komen tot meer eenduidigheid in behandeling, over de volle breedte van de wondzorg. De diversiteit is nu veel te groot. De industrie doet reeds veel aan opbouw van expertise en wil die graag delen. Eenduidigheid van behandeling zou de verdere versterking hiervan faciliteren. Het product dat de industrie levert, is immers niet het einddoel. Het is slechts een afgeleide van de elementen die de wond doen genezen.

De wondexperts moeten dus bij elkaar komen om consensus te bewerkstelligen. Deze experts zijn de wond- en decubitusverpleegkundigen (primair de afgestudeerden van de Rotterdamse opleiding en de nurse practitioners) en de medisch specialisten en verpleeghuisartsen die de wondzorg tot een bijzonder aandachtsgebied binnen hun specifieke domein hebben gemaakt. Samen kunnen zij lijn brengen in het

woud van de thans bestaande protocollen, die veelal gebaseerd zijn op persoonlijke ontwikkelingen en waarnemingen. Door hiervoor een oplossing te bieden, kunnen de wondexperts de wondzorg voor de patiënt op een hoger niveau tillen. En de Woundcare Consultancy Society kan hen faciliteren, door hen een publicatie- en discussieplatform te bieden. Ook de WCS heeft er immers belang bij dat in kennis en kunde wordt geïnvesteerd.

SAMENWERKEN

De kern van het verhaal is kortom samenwerking. Samen kunnen de experts en de industrie gegevens aandragen die de politiek ervan kunnen overtuigen hoe groot de waarde is van innovatieve wondzorg, zowel in termen van patiëntenzorg als van arbeidsbesparende mogelijkheden. Zoals het er nu voorstaat, weet de politiek bijvoorbeeld redelijk veel over de prevalentie van decubitus en diabetes, maar heeft ze niet of nauwelijks weet van de aantallen chronische wonden of amputaties die hiervan het gevolg kunnen zijn. Die gegevens moeten de partijen dus naar voren brengen. Als Klink het over de kwaliteit van zorg heeft, is het aan de industrie en de wondexperts om de vertaling te maken naar de wondzorg. Hetzelfde geldt voor infectiepreventie, dat momenteel ook duidelijk op de politieke agenda staat. Die belangstelling maakt dat het nu het juiste moment is om met inhoudelijke gegevens te komen over chirurgische wonden en postoperatieve wondinfecties. Dat gebeurt nu nog te weinig en bovendien onvoldoende gecoördineerd. De oplossing hiervoor loopt langs verschillende lijnen. Zoals gesteld kunnen de wond- en decubitusverpleegkundigen zelf actie ondernemen. Een goed voorbeeld hiervan zien we al sinds 1997 in Zeeuws Vlaanderen, waar een model van ketenzorg bestaat dat in discussies over dit onderwerp vaak als voorbeeld wordt aangehaald. En terecht. Zo'n keten kan kennis opbouwen en kan zorgen dat deze landelijk wordt verspreid. Ze kan bijvoorbeeld richtlijnen gaan aanbieden en kan in overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg

bepalen aan welke eisen deze moeten voldoen.

Daarnaast moet een platform wondzorg tot stand komen, waarin zowel WCS, V&VN en de medisch specialisten vertegenwoordigd moeten zijn. Nefemed is reeds bezig voorbereidingen hiervoor te treffen.

Zaak is het ijzer te smeden als het heet is, nu de discussie in politiek Den Haag wordt overheerst door het onderwerp bezuinigingen. Minister Klink van VWS moet iets doen om minister Bos van Financiën tevreden te stellen. Het is dus nú zaak hem van informatie te voorzien die hem hierbij kan helpen.

***Frank van Wijck**

Dit is het tweede in een serie van drie artikelen, geschreven op initiatief van WCS en Nefemed, over de gevolgen die de macro-economische ontwikkelingen in ons land kunnen hebben voor de wondzorg. Het eerste artikel "De wereld draait door. Discussies achter gesloten deuren met directe gevolgen voor u", werd gepubliceerd in de vorige editie van dit tijdschrift.