



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland

Inhoudsopgave

Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland	1
Inhoudsopgave	2
Inventarisatie van bestaande richtlijnen en standaarden voor wondzorg	3
Uitgangsvraag	3
Aanbeveling	3
Inleiding	3
Conclusies	3
Samenvatting literatuur	4
Zoeken en selecteren	6
Referenties	6
Overwegingen	6
Indeling van wondzorg	9
Uitgangsvraag	9
Aanbeveling	9
Inleiding	9
Referenties	9
Overwegingen	9
Basiswondzorg	14
Uitgangsvraag	14
Aanbeveling	14
Inleiding	14
Overwegingen	14
Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg	18
Uitgangsvraag	18
Aanbeveling	18
Inleiding	19
Referenties	19
Overwegingen	20
Competenties, opleiding en (na)scholing bij wondzorg	31
Uitgangsvraag	31
Aanbeveling	31
Inleiding	31
Referenties	32
Overwegingen	32
Meten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg	37
Uitgangsvraag	37
Aanbeveling	37
Inleiding	38
Zoeken en selecteren	38
Referenties	38
Overwegingen	39
Bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg	43
Uitgangsvraag	43
Aanbeveling	43
Inleiding	43
Referenties	43
Overwegingen	44

Inventarisatie van bestaande richtlijnen en standaarden voor wondzorg

Uitgangsvraag

Wat staat er in de Nederlandse medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden over (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg en de volgende onderdelen:

1. definities van wonden;
2. diagnostiek;
3. behandeling;
4. nazorg en preventie;
5. organisatie en implementatie van wondzorg.

Aanbeveling

Volg de aandoeningsspecifieke medisch-specialistische richtlijn(en) of NHG-standaard(en) voor de zorg voor een wond waarvan de diagnose of het onderliggend lijden bekend is.

Inleiding

Het uitgangspunt van de kwaliteitsstandaard is het patiëntenperspectief met als doel de patiënt met een wond zo snel als mogelijk de regie over zijn of haar leven terug te geven, kwaliteit van leven te verbeteren en de lijdensdruk te verminderen. Een goede organisatie van wondzorg ligt hieraan ten grondslag. Nederland kent vele medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden (hierna te noemen richtlijnen) waarin (onderdelen van) organisatie van zorg voor (specifieke) wonden wordt beschreven. In deze module worden deze richtlijnen geanalyseerd met als doel inzicht te krijgen in aanbevelingen, overeenkomsten, tegenstrijdigheden en lacunes op het gebied van organisatie van wondzorg. Dit overzicht dient als basis om overkoepelend de organisatie van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg te kunnen beschrijven. Hierbij wordt benadrukt dat voor details over (zorg voor) specifieke (wond)aandoeningen/diagnoses telkens wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen daar de kwaliteitsstandaard geldt als overkoepelend document voor het beschrijven van de organisatie van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. Onderstaand wordt een overzicht gegeven van de richtlijnen en standaarden.

Conclusies

Samengevat worden er drie punten duidelijk uit de inventarisatie van richtlijnen:

- GRADE	De expertise en organisatie rondom zorg voor wonden is versnipperd en voornamelijk aandoeningsspecifiek opgezet.
------------	--

- GRADE	Een duidelijke indeling van wondzorg ontbreekt.
------------	---

- GRADE	Voor aandoeningsspecifieke details over diagnose, behandeling, nazorg en preventie dienen medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden gevolgd te worden.
------------	---

Samenvatting literatuur

Diagnostiek

Diagnostiek bestaat uit een anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek. In iedere richtlijn waar wordt ingegaan op een specifieke aandoening wordt in meer of mindere mate toegelicht wat relevante onderdelen van de anamnese zijn, zoals leeftijd, geslacht, klachten, beloop, leefstijl, familieanamnese en voorgeschiedenis, duur, pijn, co-morbiditeit, tekenen van infectie, voedingstoestand, psychische en sociale situatie.

Bij beschrijving van het lichamelijk onderzoek worden de observatie, ofwel het klinisch beeld, en het bepalen van factoren die de wondgenezing beïnvloeden, veelvuldig beschreven. Daarnaast worden aandoeningsspecifieke factoren benoemd, bijvoorbeeld controle van het zitkussen, schoeisel of het matras bij preventie van decubitus, in relatie tot afwijkingen gevonden bij het lichamelijk onderzoek.

Nadat anamnese en lichamelijk onderzoek aan bod zijn geweest, kunnen enkele aanvullende onderzoeksmethoden worden toegepast om te discrimineren tussen het gros van aandoeningen die de genezing van een wond kunnen belemmeren. Hieronder wordt een aantal aanvullende onderzoeken genoemd welke veelvuldig in de richtlijnen aan bod komen:

- laboratoriumonderzoek;
- analyse perfusie wond (bijvoorbeeld enkel-armindex, duplex, angiografie)
- biopt (excisie);
- (diepe) wondkweek;
- contact allergologisch onderzoek.

De benodigheden voor het uitvoeren van deze veelgenoemde aanvullende onderzoeken dienen eenvoudig beschikbaar te zijn voor zorgverleners die betrokken zijn bij het diagnosticeren van wonden en onderliggende problematiek. Het gaat hierbij nadrukkelijk om het kunnen laten verrichten van aanvullend onderzoek en het kunnen duiden van de uitslag in relatie tot de wond. In de module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg' wordt hier dieper op in gegaan.

Behandeling

De behandeling van wonden zoals beschreven in richtlijnen richt zich op het behandelen van de desbetreffende gediagnosticeerde wond en eventuele onderliggende oorzaak. Voor details over specifieke behandelingen wordt daarom naar de aandoeningsspecifieke medisch-specialistische richtlijnen en/of NHG-standaarden verwezen (zie tabel 1). Er wordt in deze richtlijnen geen overkoepelende aanpak voor de behandeling van wonden beschreven. De kwaliteitsstandaard heeft nadrukkelijk niet tot doel specifieke wond(behandelingen) te beschrijven daar deze in richtlijnen tot in detail worden toegelicht. Op specifieke behandelmethoden voor specifieke wonden wordt dan ook niet verder ingegaan maar telkens verwezen naar richtlijnen.

Nazorg en preventie

Nazorg en preventie, waaronder leefstijladviezen, zijn belangrijke onderdelen in de organisatie van wondzorg. Per aandoening of gediagnosticeerde wond kan het verschillend zijn hoe nazorg georganiseerd dient te worden. Preventie en het voorkómen van recidieven behoren onder andere tot de nazorgfase bij wondzorg en zijn aandoeningsspecifieke aspecten. Voorlichting en goede communicatie tussen betrokkenen is hierin altijd, bij elke patiënt met een wond, van belang. Dit geldt niet alleen naar patiënten en zijn of haar naasten en/of mantelzorgers toe, maar ook onderling en met medebehandelaars zoals de huisarts, specialist Ouderengeneeskunde, huidtherapeut, podotherapeut, fysiotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog, apotheker, (wijk)verpleegkundige, et cetera die bij de (na)zorg betrokken zijn. Een goede communicatiestructuur dient daarom te worden gewaarborgd tussen de verschillende betrokken disciplines, op alle niveaus. Hierover dienen regionaal onderlinge afspraken te worden gemaakt.

Organisatie en implementatie van wondzorg

Vrijwel elke richtlijn bevat een onderdeel over de organisatie van zorg. De beschrijvingen wisselen echter in uitgebreidheid en gedetailleerdheid. Onderdelen die veelal benoemd worden zijn:

- afspraken tussen eerste en tweede lijn (onder andere over het aanspreekpunt voor de patiënt en de onderlinge samenwerking);
- consultatie van betrokken zorgprofessionals;
- overdracht van zorg.

Op hoe de specifieke wondzorg te implementeren is, wordt vaak niet in detail ingegaan. In de meer overkoepelende richtlijn Acute Wondzorg (NVVH, 2013) wordt een aantal knelpunten genoemd op het gebied van organisatie van zorg, zoals de vele verschillende betrokken disciplines, taakherschikking, onduidelijkheid over wie de verantwoordelijkheid heeft voor wondbehandeling, onduidelijkheden over ketenzorg, verschillende wijzen van communicatie en overdracht met de thuiszorg en tegenstrijdige adviezen (Feiter, 2012). In de richtlijn Veneuze pathologie (NVDV, NVVH, 2014) waarin de vier richtlijnen varices, diep veneuze ziekte, ulcus cruris venosum en compressietherapie zijn ondergebracht, worden

geen uitspraken gedaan over overkoepelende zorg bij deze aandoeningen en de organisatie daarvan, maar wordt benoemd dat meer ervaring moet worden opgedaan waarna regionale afspraken gemaakt kunnen worden. Dit geeft aan dat winst te behalen valt in het organiseren en beschrijven van een overkoepelende aanpak op het gebied van wondzorg.

Zoeken en selecteren

Voor deze uitgangsvraag zijn medisch-specialistische richtlijnen en NHG-standaarden op het gebied van wondzorg geïnterpreteerd en geanalyseerd aan de hand van de zes onderdelen genoemd in de uitgangsvraag.

Referenties

De Feiter, C. (2012). Transmuraal wondprotocol - Betere overdracht door duidelijke communicatie. V&VN Magazine; 4-6.

Øvretveit, J. (2009). Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: the Health Foundation.

Overwegingen

Inventarisatie richtlijnen en standaarden

Richtlijnen over wondzorg die zich richten op de volwassen patiënt zijn geïnterpreteerd en geanalyseerd om inzicht te krijgen in (de organisatie van) wondzorg. Richtlijnen die vóór 2018 beschikbaar waren, zijn in deze analyse meegenomen en opgenomen in tabel 1. Tevens zijn in deze tabel richtlijnen opgenomen die (naar verwachting) in 2018 en uitkwamen zodat er een overzicht ontstaat van richtlijnen die geraadpleegd kunnen worden voor details over wondzorg bij specifieke diagnoses/aandoeningen. Deze opsomming is niet uitputtend.

Bij het analyseren van de richtlijnen is gekeken naar de volgende onderdelen van (wond)zorg:

- definities van wonden;
- diagnostiek;
- behandeling;
- nazorg en preventie;
- organisatie en implementatie van wondzorg;
- competenties van betrokken zorgverleners.

Onderstaand wordt bij elk van deze onderdelen kort samengevat wat er in de richtlijnen over beschreven staat.

Tabel 1 Overzicht richtlijnen wondzorg meegenomen in de inventarisatie

Richtlijn	Wetenschappelijke Vereniging, jaartal
Acute wondzorg	NVVH, 2013
Amputatie en prothesiologie onderste extremiteiten	VRA, 2012
Cellulitis en erysipelas onderste extremiteiten	NVDV, 2013
Decubitus	NHG, 2015
Decubitus	V&VN, 2011
Diabetes Mellitus	NIV, 2014, i.o., verwacht 2018
Diabetes Mellitus type II	NHG, 2013
Diabetische voet	NIV, 2017
Dwarslaesierevalidatie	VRA, 2017
Eerste opvang brandwondpatiënten	NVVH, Ned. Brandwonden Stichting, 2014
Fasciitis necroticans	NVVH, i.o., verwacht 2018
Lymfoedeem	NVDV, 2014
Netwerkrichtlijn Diabetes Mellitus	NIV, 2013
Necrotiserende weke deleninfecties	NVVH, 2018
Oncologische ulcera	IKNL, 2010
Open cruris fractuur	NVVH, NVPC, 2016
Perifeer arterieel vaatlijden	NVVH, 2016
Perifeer arterieel vaatlijden	NHG, 2014
Ulcus cruris venosum	NHG, 2010
Veneuze pathologie - varices/ulcus cruris venosum/compressietherapie	NVDV, NVVH, 2014
Zorg voor patiënten met brandwonden	NVVH, Brandwondenzorg Nederland, 2017
Zorgstandaard Dwarslaesie	DON, 2013
Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP)	NHG, 2017

Definities

Richtlijnen geven vaak definities van de specifieke aandoeningen die ze beschrijven. Er worden echter geen overkoepelende definities van wondzorg gegeven, behalve in de richtlijn Acute wondzorg van de

NVH (2013) waarin een 'complexe wond' wordt gedefinieerd als:

Elke acute (na trauma of chirurgie) of chronische (door veneuze of arteriële insufficiëntie, decubitus, diabetes, of maligniteit) wond die langer dan verwacht nodig heeft om te genezen, dus bij infectie, ischemie, druk, oedeem, et cetera en daarom extra (specialistische) zorg nodig heeft.

Dit zegt nog niets over (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg. Omdat voor het waarborgen van een uniforme, kwalitatief goede, multidisciplinaire werkwijze binnen wondzorg van belang is dat het eenduidig is wat er onder multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg wordt verstaan en hoe dit zich verhoudt tot wondzorg in het algemeen, wordt hier in de module 'Indeling van wondzorg' dieper op in gegaan.

Indeling van wondzorg

Uitgangsvraag

Kan wondzorg naar complexiteit worden ingedeeld om zo als onderlegger te dienen voor het beschrijven van de organisatie van wondzorg?

Aanbeveling

Bepaal welke wondzorgcategorie van toepassing is op de patiënt die zich met een wond presenteert en leg dit vast in het patiëntendossier.

Verleen basiswondzorg met een passend beleid aan de patiënt met een wond zonder bekend onderliggend lijden en een te verwachten ongecompliceerde genezingstendens (aantoonbaar) gedurende maximaal drie weken*.

Volg de aandoeningsspecifieke medisch-specialistische richtlijn(en) of NHG-standaard(en) voor de zorg voor een wond waarvan de diagnose of het onderliggend lijden bekend is.

Verwijs de patiënt binnen maximaal drie weken* naar een expertteam indien de situatie verslechtert of de verwachte genezing(stendens) niet aantoonbaar is.

Inleiding

In deze module wordt wondzorg ingedeeld in vier wondzorgcategorieën met als doel wondzorg en inherent daaraan de behandeling, af te bakenen en optimaal te organiseren. Hiermee wordt een praktische leidraad gegeven die goed werkzaam moet zijn voor de dagelijkse praktijk en waaruit verwijscriteria logischerwijs volgen.

Referenties

Augustin, et al. (2012). Optimising wellbeing in people living with a wound. Londen: Wounds International Enterprise House.

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., et al. (2016). Towards a patient-centred operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6:e010091. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091.

Overwegingen

De indeling in vier wondzorgcategorieën beschrijft de aan- of afwezigheid van een spoedeisend karakter en de mate van zorg die noodzakelijk is om de wond te laten genezen of de doelstelling met betrekking tot de genezing te behalen. De meeste wonden behoeven uiteraard geen spoedeisende

behandeling en behoeven ook geen wondzorg door een multidisciplinair team; met adequate verzorging en de intrinsieke genezingstendens zullen veel wonden doorgaans vanzelf genezen binnen afzienbare tijd. Aan het andere uiterste van het spectrum bevinden zich wonden bij patiënten met complexe pathologie die ook spoedeisend zijn. Hier valt bijvoorbeeld te denken aan een patiënt met sepsis op basis van een ernstige infectie bij een diabetisch voetulcus of uitgebreide brandwonden. Van groot belang is dat de patiënt in deze situatie direct op de juiste manier behandeld wordt.

Basiswondzorg

In onderstaande tabel 1 is de indeling in vier wondzorgcategorieën weergegeven. Categorie I en II beschrijven de zorg die in de eerste lijn, op de spoedeisende hulp (SEH) of in de kliniek gegeven kan worden wanneer een nieuwe wond wordt geïdentificeerd. Deze zorg wordt aangeduid als basiswondzorg waarbij het gaat om vaak monodisciplinaire, lokale wondzorg en beperkt invasieve zorg zoals debridement, compressietherapie en drukontlasting. (beschreven in de module 'Basiswondzorg').

Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg

Wondzorgcategorie III en IV omvatten complexere, multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg die geleverd wordt door een expertteam dat beschikt over de benodigde middelen om deze zorg te kunnen leveren. De zorg bij deze wondzorgcategorieën is complex omdat het om patiënten gaat die te maken hebben met co-morbiditeit, polyfarmacie, en slecht genezende wonden, waarbij categorie IV zich van categorie III onderscheidt vanwege het spoedeisende karakter. In de module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg' wordt dieper in gegaan op deze wondzorgcategorieën.

De kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland lijkt te gaan over wondzorgcategorie III. Toch worden categorie I, II en IV ook benoemd en beschreven om zo de juiste context te bieden voor de multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. Bij iedere patiënt dient tevens bepaald te worden welke wondzorgcategorie van toepassing is en dit dient vastgelegd te worden in het patiëntendossier.

Tabel 1 Indeling wondzorgcategorieën

	Niet spoedeisend	Spoedeisend
Basiswondzorg	wondzorgcategorie I	wondzorgcategorie II
Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg	wondzorgcategorie III	wondzorgcategorie IV

Wondzorgcategorie I

Patiënten met een wond waarbij behandeling noodzakelijk maar niet spoedeisend is en met behulp van basiswondzorg moet kunnen genezen. In de module 'Basiswondzorg' wordt hier dieper op ingegaan.

Voorbeeld: Traumatische onderbeenwond met een goede genezingstendens.

Wondzorgcategorie II

Patiënten met een wond waarvoor behandeling snel gestart dient te worden (spoedeisend) maar waarbij de wond binnen drie weken moet kunnen genezen met behulp van basiswondzorg (zie onderstaande paragraaf 'verwijstermijn' en de module 'Basiswondzorg'). Voor behandeling en wondzorg dienen waar mogelijk bijbehorende (aandoeningsspecifieke) richtlijnen gevolgd te worden.

Voorbeeld: Een patiënt met een (oppervlakkige) brandwond of een skin tear (laceratie).

Wondzorgcategorie III

Patiënten met een wond (niet spoedeisend) die na drie weken, ondanks basiswondzorg (volgens geldende richtlijnen), onvoldoende genezing vertoont*. Bij deze categorie volstaat basiswondzorg niet en is multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg nodig (module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg').

Voorbeeld: Een patiënt met een niet genezende decubituswond of een niet genezend arterieel ulcus zonder complicerende factoren.

Wondzorgcategorie IV

Patiënten met een wond waarvoor behandeling spoedeisend is omdat de wond functie- of orgaanbedreigend is, of zelfs levensbedreigend. Doorgaans betreft het (traumatische) wonden waarbij diepere structuren dan de huid beschadigd kunnen zijn, of bestaande wonden met secundaire regionale of systemische infectieverschijnselen. Deze patiënten dienen direct gezien te worden op de SEH of door een expertteam (module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg').

Voorbeeld: Een patiënt met een uitgebreid/groot huiddefect na trauma, ernstige brandwonden.

Verwijstermijn

Indien na maximaal drie weken* geteld vanaf het moment dat de arts, waar mogelijk, bij de patiënt een diagnose heeft gesteld op basis waarvan de behandeling wordt gestart (basiswondzorg), de wond niet of onvoldoende aantoonbaar genezen is (de aantoonbare genezingstendens onvoldoende is), dient de arts te verwijzen naar een expertteam (module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg'). Een verwijstermijn van maximaal drie weken geldt alleen voor patiënten met een wond met een al dan niet acute zorgvraag, (dus met uitzondering van bijvoorbeeld kleine snijwondjes) die zich voor het eerst presenteren bij een zorgverlener, zonder bekend onderliggend lijden en waarbij de verwachting is dat de wond binnen enkele weken goed zal genezen met basiswondzorg. Het doel van het vastleggen van een maximale verwijstermijn is het voorkomen van additionele schade bij de patiënt door te laat

verwijzen. De keuze voor de termijn van drie weken is moeilijk wetenschappelijk te onderbouwen en gebaseerd op expert opinion. Onderzoek toont echter aan dat de meeste ongecompliceerde wonden doorgaans binnen 2 tot 4 weken genezen of een normale genezingstendens vertonen (Augustin, 2012). De werkgroep krijgt namelijk signalen uit het veld dat er een patiënt- en professionalsdelay is voordat de patiënt met een wond gezien wordt door een arts. De werkgroep hecht eraan dat dit verder onderzocht wordt en roept in de tussentijd op de patiënt met een wond te verwijzen naar de arts. Bij verwijzing dient gekeken te worden naar de mogelijkheden voor de patiënt en waar nodig kunnen e-health-toepassingen ingezet worden.

Bij wondzorgcategorie I en II dient in de eerste periode basiswondzorg verleend te worden aangezien het in deze categorie gaat om een te verwachten ongecompliceerde wondgenezing binnen enkele weken (module 'Basiswondzorg'). Indien het gaat om een complexe of verergerende situatie kan de patiënt uiteraard eerder worden verwezen, of bij bekende aandoeningen waarbij andere verwijstermijnen en -criteria worden gehanteerd, zoals bij diabetische voetulcera*.

Indien bekend onderliggend lijden met een langere genezingstendens bekend is, kunnen de daarvoor geldende verwijstermijnen gehanteerd worden. Bijvoorbeeld bij diabetische voetulcera waarbij na maximaal 2 weken verwezen dient te worden indien onvoldoende genezingstendens.

Verandering van wondzorgcategorie

Na verloop van tijd kan, afhankelijk van het al dan niet goed genezen van de wond, de benodigde wondzorg veranderen: van basiswondzorg naar multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg of andersom. Indien de situatie spoedeisend wordt, valt de wondzorg onder categorie II of IV. Categorie II volstaat met basiswondzorg indien direct toegepast. Voor categorie IV is directe verwijzing nodig.

Indien niet spoedeisend behoort de wondzorg tot categorie I of III. Voor wondzorgcategorie III dient hierbij verwezen te worden naar een expertteam. In de module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg' wordt hier dieper op ingegaan. Het doel van verwijzing naar een expertteam is ervoor te zorgen dat de complicerende factoren (zoals bovenstaand beschreven) bij een patiënt met een wond zo snel mogelijk (verder) in beeld gebracht worden zodat een adequate behandeling, gericht op deze factoren, gestart kan worden. Hierbij dienen de specifieke richtlijn(en) gevolgd te worden.

Bij sommige patiënten die voor wondzorgcategorie III of IV in aanmerking komen, gelden bovenstaande aanbevelingen voor verwijzen niet. Een voorbeeld hiervan is een terminale patiënt met een palliatief beleid. Het besluit om niet te verwijzen gaat in overleg met de patiënt, arts, familie, mantelzorger en eventueel andere betrokkenen. Uiteraard ontvangt de patiënt wel de benodigde basiswondzorg.

Het uitgangspunt van de indeling is niet de wond maar de wondzorg. De rationale hiertoe is dat het probleem van de niet-genezende wond zich veelal niet op het niveau van de wond zelf bevindt.

Belangrijke factoren die voor wondgenezing een rol spelen zijn bijvoorbeeld systeemziekten (zoals diabetes mellitus), leeftijd, voedingstoestand, perifere vaatlijden, infectie en psychosociale condities. De werkgroep realiseert zich dat de lijst met factoren veel langer is. De belangrijkste boodschap is echter dat wondzorg dus veel meer behelst dan alleen de zorg voor de wond. Dit vraagt in veel situaties om een multidisciplinaire benadering van de wondgenezing als die niet vordert zoals verwacht.

Op basis van een nieuw concept voor gezondheid, geïntroduceerd door Machteld Huber, kunnen in de klinische praktijk de volgende niveaus worden onderscheiden waarbij niet-genezende wonden een effect hebben op het dagelijks functioneren (Huber, 2016):

- Lichaamsfuncties: lichamelijk functioneren, pijn en energie.
- Mentale functies en -beleving: emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht.
- Spirituele/existentiële dimensie: zoals zingeving, toekomstperspectief, acceptatie;
- Kwaliteit van leven: geluk beleven, ervaren gezondheid.
- Sociaal-maatschappelijke participatie: maatschappelijke betrokkenheid.
- Dagelijks functioneren: Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), werkvermogen, health literacy.

Bij de behandeling van (niet-genezende) wonden dient ook hier voldoende aandacht voor te zijn.

De factoren van invloed op wondgenezing dienen goed gedocumenteerd te worden bij iedere patiënt. Daarnaast dient voor elke wond waar een zorgverlener bij betrokken is direct een diagnose gesteld te worden op basis van de anamnese en het klinisch beeld. Dit spreekt mogelijk voor zich, maar is essentieel bij het bepalen van de juiste behandeling en type zorg.

Bij wonden die niet spontaan genezen, spelen meestal problemen op verscheidene niveaus. Om goede wondzorg te kunnen bieden bij niet-genezende wonden moeten daarom complicerende factoren op al deze niveaus overwogen en (waar nodig) geanalyseerd worden. Daarna kan dan de juiste behandeling ingezet worden. Juiste diagnostiek en analyse zijn daarom essentiële onderdelen van goede multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. Voor details over diagnostiek en behandeling van specifieke aandoeningen wordt verwezen naar de betreffende aandoeningsspecifieke richtlijnen.

Basiswondzorg

Uitgangsvraag

Hoe wordt zorg georganiseerd voor patiënten die zich presenteren met een wond met een te verwachten ongecompliceerde genezing (binnen drie weken) of ten minste voldoende genezingstendens in de eerste weken?

Aanbeveling

Stel voor de eerste drie weken een diagnose en behandelplan op in overleg met de patiënt die zich presenteert met een wond, leg dit vast in het patiëntendossier en start met basiswondzorg.

Volg de aandoeningsspecifieke medisch-specialistische richtlijn(en) of NHG-standaard(en) voor het opstellen van een behandelplan indien onderliggend lijden bekend is maar de wond naar verwachting ongecompliceerd binnen drie weken geneest.

Beoordeel meetbaar en reproduceerbaar gedurende de eerste drie weken ten minste wekelijks of de wond met behulp van het behandelplan op basis van de diagnose volgens de verwachting geneest.

Verwijs naar een expertteam indien de aantoonbare genezingstendens onvoldoende is en de wond niet binnen drie weken* geneest.

Geef mondeling en/of schriftelijke informatie en adviezen aan de patiënt en duidelijke instructie aan diens directe verzorgers/verpleegkundigen over hoe om te gaan met de wond met als doel wondgenezing te bespoedigen.

Inleiding

Wanneer een patiënt met een wond zich presenteert bij een behandelaar zal deze moeten bepalen welke wondzorgcategorie bij de wond en de situatie van de patiënt past (zie de module 'Indeling van wondzorg'). In deze module wordt ingegaan op basiswondzorg, ofwel de wondzorg voor patiënten die zich tot een zorgverlener wenden met een wond waarvan de zorgverlener de verwachting heeft dat de wond binnen maximaal drie weken zonder complicaties zal genezen, of in ieder geval aantoonbaar voldoende genezingstendens vertoont. Dit kan zich op verschillende plekken zich voordoen, bijvoorbeeld bij de huisarts, op de spoedeisende hulp, in een verpleeghuis of tijdens het verblijf in een ziekenhuis.

Overwegingen

Informatievoorziening

De patiënt dient steeds goed geïnformeerd te worden over wat hij of zij zelf kan doen ter

bevordering van de genezing van de wond. Gezamenlijke besluitvorming is daarnaast een belangrijk aspect vanuit het perspectief van de patiënt, maar ook vanuit de zorgverlener en eventuele naasten van de patiënt. Hiertoe dient goede communicatie tussen betrokkenen tot stand te komen en het dient voor de patiënt helder te zijn wie wanneer het eerste aanspreekpunt is.

Wondzorg in de eerste weken (basiswondzorg)

Voor veel zorgverleners, met name in de huisartsenpraktijk, thuiszorg/wijkverpleging en verpleeghuiszorg, behoort wondzorg tot de dagelijkse praktijk. In veel gevallen betreft dit zorg voor patiënten met een wond behorende tot wondzorgcategorie I of II, waarop in deze module gericht wordt, zoals oppervlakkige decubituswonden, een ulcus cruris venosum met een goede genezingstendens of eenvoudige snij- of brandwonden. Patiënten met wonden uit wondzorgcategorie I en II genezen in principe (grotendeels) binnen drie weken met behulp van basiswondzorg en opvolging van richtlijnen indien en waar mogelijk, rekening houdend met persoonlijke factoren van de patiënt die de wondgenezing kunnen beïnvloeden, zoals roken of voeding.

Wanneer een patiënt een wond heeft, is het van belang dat helder wordt hoe de wond is ontstaan (spontaan, door trauma, et cetera), hoe lang de wond al bestaat, of de wond groter of kleiner wordt, wat het onderliggend lijden is en wat de patiënt zelf al gedaan heeft om de wond te behandelen. Belangrijke aspecten voor het beoordelen van de te verwachten genezing van de wond zijn de wond zelf, de omgeving van de wond en factoren op systemisch niveau.

De behandelaar dient een (intake)gesprek met de patiënt te voeren, inclusief anamnese en lichamelijk onderzoek, volgens geldende normen met aandacht voor de diverse richtlijnen. Het is belangrijk om samen met de patiënt een duidelijk behandeldoel op te stellen. In sommige situaties zal genezing van de wond niet het einddoel zijn. Het verzorgbaar houden van een wond en het beperken van extra leed, zoals pijn, kan bij patiënten met ernstige co-morbiditeit of in de palliatieve fase een goed behandeldoel zijn. In de module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg' wordt het expertteam dat multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg biedt, beschreven. Een behandelaar uit de eerste lijn kan ook hier informatie of advies inwinnen wanneer palliatie de beste behandeling is.

Wanneer het behandeldoel is besproken, dient een diagnose opgesteld te worden met een passend behandelplan in overleg met de patiënt. Dat wil zeggen dat uitgaande van de kenmerken van de wond, de omgeving van de wond en de individuele patiënt(kenmerken) een behandeling ingezet wordt die gericht is op de meest waarschijnlijke diagnose/onderliggend lijden. Met de diagnose wordt een inschatting gemaakt van het beloop van de wondgenezing. De geldende richtlijnen zijn leidend voor de ingestelde behandeling. De wondzorgcategorie, de mogelijkheden in de praktijk en kennis en deskundigheid van de behandelaar bepalen waar de patiënt het beste behandeld kan worden.

Er dient bepaald te worden of de wond met basiswondzorg in de daarop volgende periode van maximaal drie weken* (voldoende) zal genezen. De wond dient hiertoe minstens één keer per week beoordeeld te worden onder verantwoordelijkheid van de huisarts. De kenmerken van de wond (afmeting, kleur, hoeveelheid exsudaat, wondranden en omgeving) kunnen volgens ALTIS (aard, lokalisatie, tijd en tijdbeloop, intensiteit, samenhang) en TIME (tissue, infection, moisture, edge) beschreven en gedocumenteerd worden. In de loop van drie weken moet sprake zijn van een aantoonbare voldoende genezingstendens om de basiswondzorg te continueren voor het genezen van de wond. De genezingstendens moet aantoonbaar, meetbaar en reproduceerbaar zijn (bijvoorbeeld met behulp van foto's). Indien de genezingstendens onvoldoende is, dient direct verwezen te worden naar een expertteam (module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg'). Op dit moment verandert de wondzorg namelijk van categorie I of II naar categorie III (of IV): multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. Voor specifieke diagnoses moet individueel bepaald worden of snellere verwijzing aanbevolen wordt, gebaseerd op betreffende specifieke richtlijn(en), zoals bij een diabetisch voetulcus.

De werkgroep heeft ervan af gezien te spreken van een (volledige) genezing binnen drie weken zodat wonden met een goede genezingstendens die na drie weken nog niet geheel genezen zijn niet onnodig naar een expertteam verwezen worden. Goede definities van een normale genezingstendens staan slecht beschreven in de literatuur en hangen onder andere af van de grootte van de wond, leeftijd en andere patiëntgebonden factoren en onderliggend lijden. De werkgroep laat deze beoordeling dan ook over aan de behandelaars van de wond waarbij meetbare en reproduceerbare analyse van de genezingstendens essentieel is.

Als een wond binnen drie weken nog niet volledig genezen is maar wel een goede genezingstendens vertoont, zoals een goed genezend ulcus cruris, kan de patiënt in de eerste lijn behandeld (blijven) worden indien:

- de behandelaar op de hoogte is van de geldende richtlijnen voor zorg van de gediagnosticeerde wond;
- aantoonbaar sprake is van een wondgenezing(stendens);
- de behandelaar de patiënt verwijst naar een expertteam indien de wond onvoldoende geneest/genezen is conform het behandeldoel binnen deze drie weken;
- er een vast aanspreekpunt voor de patiënt is die voldoet aan de eisen gesteld in de module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg'.

Verwijzen

De eerste fase wondzorg duurt maximaal drie weken waarin duidelijk moet zijn of de gestelde diagnose en het verloop van de wondgenezing in lijn zijn met elkaar. Er moet sprake zijn van een

aantoonbare genezingstendens die goed gedocumenteerd dient te worden. Indien de wondgenezing anders verloopt dan verwacht, er bijkomende factoren zijn die de wondgenezing belemmeren, of twijfel bestaat over de diagnose zal de patiënt met de wond verwezen worden naar een expertteam (module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg'). Door het expertteam wordt aanvullende diagnostiek gedaan, de eerder gestelde diagnose wordt bevestigd of er wordt opnieuw een diagnose gesteld met een passende behandeling en bijbehorend behandelplan in overleg met de patiënt. Indien mogelijk wordt de patiënt met de wond in overleg daarna alsnog in de eerste lijn behandeld, maar in een aantal gevallen wordt verdere behandeling (tijdelijk) overgenomen door de tweede of derde lijn (wondzorgcategorie III of IV). In de module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg' wordt hier verder op in gegaan. In de eerste drie weken basiswondzorg is er dus nog geen sprake van een expertteam en regiebehandelaar.

Indien een wond na drie weken basiswondzorg aantoonbaar voldoende genezing blijkt te vertonen en de zorg voor de wond vervolgt blijft in de eerste lijn, dient nog steeds ten minste één keer per week een meetbare en reproduceerbare beoordeling van de wond(genezing) plaats te vinden tot dat de wond genezen is. Indien de genezing in deze opvolgende periode alsnog stagneert of de wond verslechtert, dient direct verwezen te worden naar het expertteam.

Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg

Uitgangsvraag

Hoe wordt multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg georganiseerd?

Aanbeveling

Richt een regionaal expertteam met een regiebehandelaar op.

Leg duidelijk de taken en verantwoordelijkheden vast, alsmede regionale afspraken over verwijzen.

Het expertteam dient te voldoen aan de volgende eisen:

- aanstellen van (een) regiebehandelaar(s);
- bestaande uit zorgverleners uit de eerste en tweede lijn waaronder minimaal een verpleegkundige en een arts uit de eerste lijn en een verpleegkundige en een arts uit de tweede lijn;
- heeft de mogelijkheden voor het stellen van een medische diagnose en indien nodig het herstellen van gestoorde perfusie;
- heeft de mogelijkheden tot het diagnosticeren van diepe infectie (zoals MRI, botbiopt) en chirurgische dan wel medicamenteuze behandelingen;
- heeft de mogelijkheden tot het verrichten van wondzorg, inclusief frequent (chirurgisch) debridement, met gebruik van wondproducten en -hulpmiddelen afhankelijk van de kenmerken van de wond en de patiënt;
- heeft de mogelijkheden tot behandeling van patiënten met afwijkende bloedwaarden, oedeem, cardiovasculaire en andere risicofactoren en co-morbiditeit die van invloed zijn op de wondgenezing;
- mogelijkheden tot het kunnen verrichten van operaties, inclusief amputaties, die noodzakelijk zijn en met zo min mogelijk weefselverlies een zo groot mogelijke kans op genezing hebben;
- educatie van de patiënt, eventuele naasten en/of mantelzorger(s).

De regiebehandelaar draagt zorg voor de volgende taken:

- stellen van de diagnose;
- opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen) samen met de patiënt;
- adviseren over leefstijlverbetering aan de patiënt;
- delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de patiënt en naasten;
- casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch specialisten en/of zorgverleners;
- coördineren van wondzorg in de keten;
- toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;

- toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
- toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;
- organiseren van multidisciplinair overleg;
- toezien op analyse van uitkomsten van wondzorg;
- toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Beschrijf, in de regio waar wondzorg wordt geleverd, duidelijk hoe reis voor de patiënt er concreet uitziet.

Indien sprake is van wondzorgcategorie IV: zorg voor een snelle analyse van het spoedeisende probleem en voor de juiste behandeling conform bestaande richtlijnen.

Neem (aandoeningsspecifieke) preventieve maatregelen ter voorkoming van een recidief en volg daarvoor de aandoeningsspecifieke richtlijnen.

Inleiding

Volgens de werkgroep kunnen de huidige knelpunten op het gebied van wondzorg zoals beschreven in de inleiding van deze kwaliteitsstandaard bij voorkeur aangepakt worden uitgaande van een ketenvisie. De wondzorgketen betreft primair medische aandoeningen en vraagt dus ook om medische inbreng en coördinatie. In de module 'Basiswondzorg' is ingegaan op basiswondzorg voor wondzorgcategorieën I en II. Wondzorgcategorie III en IV beslaan de complexere, multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg en worden in deze module verder toegelicht.

Idealiter zou een zorgketen rondom multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg bestaan uit een continuïteit van zorgverleners uit de eerste en tweede lijns met basale én specifieke kennis van wondzorg en onderliggende ziektebeelden waarbij de regie over deze zorg bij de patiënt en een regiebehandelaar ligt. Deze zorg vindt zoveel als mogelijk en verantwoord is plaats buiten het ziekenhuis en dichtbij de patiënt. De populatie die multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg nodig heeft, omvat namelijk vaak oudere en/of kwetsbare patiënten met de nodige co-morbiditeit. Goede diagnostiek van de onderliggende problematiek en het duiden van deze gegevens is noodzakelijk om een goede behandeling in te stellen. Hier is veelal (multiple) specialistische kennis voor nodig. Dit leidt er vaak toe dat op verscheidene plaatsen zorg aan de patiënt geleverd wordt. Hierbij dient er voor gezorgd te worden dat er een adequate overdracht is, inhoudelijk en tijdig, en dat relevante delen van het dossier tijdig mee gaan met de patiënt.

Referenties

Capgemini Consulting (2014). Innovatie van complexe wondzorg. Onderzoek naar potentiële besparingen en prestatieomschrijvingen. Referentienummer: 14.0209 G&H. Utrecht: Nederlandse

Zorgautoriteit.

GGZ Nederland (2016). Model Kwaliteitsstatuut GGZ. Amersfoort; GGZ Nederland.

KNMG (2010). Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG.

Lindholm, C., Bergsten, A., Berglund, E. (1999). Chronic Wounds and Nursing Care. J Wound care;8:1,5-10.

Overwegingen

Wondzorgcategorie III

Samenwerking tussen diverse disciplines levert grote voordelen op. In 1989 (Saint Vincent Declaration) werd al aangetoond dat als diabetische voetzorg door georganiseerde teams werd gegeven het aantal amputaties met 50% afnam. Als bijvoorbeeld decubituswonden of ulcera cruris op deze manier benaderd worden, zou dit tot vergelijkbare resultaten kunnen leiden (Lindholm, 1999). Tevens wordt in het rapport 'Innovatie van complexe wondzorg' (Capgemini Consulting, 2014) beschreven dat met het instellen van wondexpertisecentra per behandelde patiënt een besparing van zo'n €1300,- kan worden gerealiseerd.

Ondanks het feit dat goede samenwerking tussen de betrokken zorgverleners van groot belang is, roept dit ook vragen en problemen op. Er dient een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling te zijn en het is noodzakelijk dat de betreffende zorgverleners van elkaar weten welke kennis en competenties zij in huis hebben, met elkaar communiceren en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Dit zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg (Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling, KNMG, 2010).

Expertteam

Door het instellen van een regionaal expertteam wordt samenwerking tussen de verschillende disciplines betrokken bij wondzorg bevorderd en worden onderlinge afspraken door de keten heen gemaakt. Het expertteam dient te opereren als een netwerk van kennis, kunde en specialisatie die, afhankelijk van de soort complicerende genezingsfactor en/of de gewenste interventie kan worden ingezet voor advies, consultatie of behandeling. Om aan deze taak te voldoen moet het expertteam beschikken over een diversiteit aan medische, paramedische en verpleegkundige kennis en kunde. Kortom, voor een specifieke wond van een patiënt worden de voor deze patiënt benodigde zorgverleners uit het expertteam betrokken. Gezamenlijk wordt zorg gedragen voor een (uitvoerige) analyse van de onderliggende factoren indien na maximaal drie weken* basiswondzorg de wond nog niet of onvoldoende genezen is. Op basis daarvan wordt een behandelplan in overleg met de patiënt opgesteld.

De leden van het expertteam zijn allen even belangrijk, net als deelname en input van de patiënt. De eerste lijn brengt onder andere de benodigde kennis in over de thuissituatie, leefstijl, therapietrouw, (mantel)zorg et cetera en de samenwerking met de tweede lijn, waaraan de tweede lijn kennis en de benodigde vaardigheden voor specifieke medische diagnostiek en behandeling van medisch onderliggend lijden kan toevoegen. De exacte samenstelling van het expertteam kan echter per regio verschillen. Daarnaast wordt op basis van de specifieke zorgvraag van de patiënt per casus bepaald wie er uit het expertteam betrokken dienen te worden.

Vanuit de eerste lijn kan naar het expertteam verwezen worden. Het doel van deze opzet is het waarborgen van een goede communicatie, afspraken en samenwerking tussen betrokken zorgverleners bij wondzorg op verschillende zorgniveaus. Waar mogelijk kunnen e-health-toepassingen worden ingezet om dit te ondersteunen. Een regionaal expertteam betekent dus een regionaal samenwerkingsverband tussen verschillende disciplines betrokken bij wondzorg. Ook de plek waar een expertteam zich bevindt, of een andere invulling daarvan zoals digitaal overleg, e-health-toepassingen et cetera dient regionaal afgesproken te worden.

Samengevat dient een expertteam minimaal aan de volgende eisen te voldoen:

- aanstellen van (een) regiebehandelaar(s);
- bestaande uit zorgverleners uit de eerste en tweede lijn waaronder minimaal een verpleegkundige en een arts uit de eerste lijn en een verpleegkundige en een arts uit de tweede lijn;
- heeft de mogelijkheden voor het stellen van een medische diagnose en indien nodig het herstellen van gestoorde perfusie;
- heeft de mogelijkheden tot het diagnosticeren van diepe infectie (zoals MRI, botbiopt) en chirurgische dan wel medicamenteuze behandelingen;
- heeft de mogelijkheden tot het verrichten van wondzorg, inclusief frequent (chirurgisch) debridement, met gebruik van wondproducten en -hulpmiddelen afhankelijk van de kenmerken van de wond en de patiënt;
- heeft de mogelijkheden tot behandeling van patiënten met afwijkende bloedwaarden, oedeem, cardiovasculaire en andere risicofactoren en co-morbiditeit die van invloed zijn op de wondgenezing;
- mogelijkheden tot het kunnen verrichten van operaties, inclusief amputaties, die noodzakelijk zijn en met zo min mogelijk weefselverlies een zo groot mogelijke kans op genezing hebben;
- educatie van de patiënt, eventuele naasten en/of mantelzorger(s).

Een patiënt moet binnen enkele dagen bij het expertteam terecht kunnen voor een intake en het stellen van de juiste diagnose door een bevoegde en bekwame zorgverlener. De afspraken van het expertteam worden vastgelegd in een regionaal kwaliteitsstatuut. In de aanverwante producten is

hiervoor een format opgenomen, gebaseerd op het kwaliteitsstatuut van GGZ (GGZ Nederland, 2016).

Al bestaande teams op het gebied van wondzorg, zoals het multidisciplinair voetenteam bij diabetische voet (NIV, 2017), kunnen als expertteam fungeren, indien ze aan bovengenoemde gestelde voorwaarden voldoen. Waar de huisarts een diagnose stelt en basiswondzorg verleent, is het aan het expertteam om alle factoren die van invloed zijn op het genezen van de wond in kaart te brengen en zo nodig multidisciplinair (invasieve) behandelingen te bieden.

De concentratie van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg in expertteams biedt diverse voordelen. Wondzorg kan op deze manier multidisciplinair worden aangeboden waarbij specifieke kennis wordt gedeeld tussen betrokken zorgverleners (en de patiënt) om zo tot een gezamenlijk gedragen behandelplan te komen. Patiënten kunnen idealiter dichtbij huis zorg ontvangen mits een goede diagnose is gesteld waarna in overleg met de patiënt een behandelplan is opgesteld. Indien nodig bespoedigt dit enerzijds een noodzakelijke verwijzing naar het ziekenhuis en voorkomt anderzijds onnodige verwijzingen. Op deze manier kan op een zinvolle manier invulling gegeven worden aan substitutie van wondzorg.

Regiebehandelaar

Gezien de diversiteit aan patiënten met een wond, het grote aantal zorgverleners dat betrokken is bij multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg, en de situaties waarin de nodige zorg geboden wordt, verdient het de voorkeur om ten minste één of meerdere regiebehandelaar(s) aan te stellen binnen ieder expertteam, zodat er voor iedere patiënt een regiebehandelaar beschikbaar is. De regiebehandelaar voert de regie over het zorgproces en is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. De regiebehandelaar is ervoor verantwoordelijk dat voor het volgende wordt zorg gedragen:

- stellen van de diagnose;
- opstellen van een behandelplan en -doel (en zo nodig tussentijds bijstellen) samen met de patiënt;
- adviseren over leefstijlverbetering aan de patiënt;
- delen en verspreiden van kennis aan zorgprofessionals en de patiënt en naasten;
- casemanagement en triage en afstemming met (andere) medisch specialisten en/of zorgverleners;
- coördineren van wondzorg in de keten;
- toezien op bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in het expertteam;
- toezien op adequate dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier;
- toetsen of activiteiten van andere zorgverleners bijdragen aan de behandeling;
- organiseren van multidisciplinair overleg;
- toezien op analyse van uitkomsten van wondzorg;
- toezien op invulling van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

De regiebehandelaar kan taken delegeren aan andere zorgverleners mits passende bij bevoegdheid, bekwaamheid en deskundigheid.

De regiebehandelaar dient onder andere voldoende kennis en kunde te hebben passende bij het type wond en de wondzorg van de patiënt. Hierbij wordt verwezen naar de eerder gemaakte indeling in wondzorgcategorieën (module 'Indeling van wondzorg'). Continuïteit van regie is van groot belang. Echter, wanneer een patiënt een noodzakelijke behandeling ondergaat in het ziekenhuis, wordt in principe de regie overgedragen aan de hoofdbehandelaar binnen het ziekenhuis, tenzij deze daar anders in oordeelt. De aangewezen regiebehandelaar is er verantwoordelijk voor dat de patiënt door de keten heen een aanspreekpunt heeft en te allen tijde weet wie dat is (zie ook de module 'Basiswondzorg').

Het is belangrijk te benoemen dat iedere zorgverlener binnen de keten verantwoordelijk is voor het eigen handelen. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen en het in stand houden en bewaken van de zorgketen, en neemt daarbij de verantwoordelijkheid over het bevoegd en bekwaam zijn van de zorgverleners in het expertteam. De omschrijving van een regiebehandelaar biedt de mogelijkheid dat hier regionaal verdere invulling aan gegeven kan worden door zorgverleners. De profielschets van de regiebehandelaar wordt beschreven in de module 'Competenties, opleiding en (na)scholing'.

Na het stellen van de diagnose door een expertteam

Nadat de diagnose van het onderliggend lijden is gesteld door het expertteam, wordt de patiënt verwezen naar waar hij/zij de gewenste zorg kan ontvangen. Dit kan terug naar de eerste lijn zijn, of naar een specialist (aangesloten bij het expertteam), passend bij de diagnose (figuur 1). Te allen tijde, dus ook bij verwijzing naar de eerste lijn, dient de patiënt besproken te worden met de regiebehandelaar.

Ook kan het zijn dat de onderliggende diagnose in de eerste lijn al bekend wordt of is. Dan wordt de bijbehorende aandoeningsspecifieke richtlijn of NHG-standaard gevolgd voor behandeling. Indien genezing stagneert, wordt verwezen naar het expertteam voor aanvullende diagnostiek.

Registratie

Registratie en ondersteuning van de gehele wondzorgketen dient te gebeuren met een toereikend Elektronisch Patiëntendossier (EPD) en kennissysteem dat een werkwijze van zorgprofessionals buiten het ziekenhuis adequaat ondersteunt (Capgemini Consulting, 2014). Tevens kan hiermee een database van gegevens worden verkregen met evidence over multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. In de module 'Meten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg' wordt verder ingegaan op registratie.

Wondzorgcategorie IV

Wondzorgcategorie IV is ingericht voor patiënten met een wond waarvoor behandeling spoedeisend is omdat er functie-, ledemaat, orgaan- en/of zelfs levensbedreigende omstandigheden zijn. Het kan hierbij gaan om een patiënt met een langer bestaand wondprobleem maar het kan ook gaan om uitgebreid letsel na ongevallen, ernstige brandwonden of ernstige infectieuze beelden zoals fasciitis necroticans. Deze patiëntengroep hoeft niet eerst naar het expertteam verwezen te worden.

Daar waar het spoedeisende karakter van de situatie bij deze groep direct duidelijk is, is het echter net zo belangrijk om het spoedeisende karakter tijdig te onderkennen in het geval van een patiënt met een langer bestaande wond die onvoldoende of niet geneest. In principe betreft het hier patiënten waarvan al bekend is dat ze qua wondzorg tot categorie III behoren en die behandeld worden volgens bestaande richtlijnen passend bij de onderliggende diagnose. Gedacht kan worden aan een patiënt met een diabetische voet die sepsis uit de wond ontwikkelt, of een patiënt met een ulcus cruris die een erysipelas ontwikkelt. Patiënten uit wondzorgcategorie III kunnen dus tot wondzorgcategorie IV overgaan. Logischerwijs is deze overgang altijd acuut en spoedeisend.

In Nederland bestaat reeds een goede infrastructuur voor de behandeling en diagnostiek van complexe wondsituaties met een spoedeisend karakter. De problematiek is echter divers en is uitgewerkt in verschillende richtlijnen. Behandeling dient in het ziekenhuis plaats te vinden. De meeste van deze patiënten zijn al bekend in een ziekenhuis of komen op de SEH.

De essentie van het inrichten van wondzorgcategorie IV is dat de structuur van de zorg essentieel anders is vanwege het spoedeisende karakter. Wat het beste traject is voor de patiënt hangt af van het soort probleem. Voorbeelden hiervan zijn:

- een vasculair bedreigd been zal door een vaatchirurg behandeld moeten worden;
- patiënten met een toxische epidermale necrolysis worden door de dermatoloog behandeld, bij ernstige vormen zal medebehandeling intensive care nodig zijn;
- de defecten na chirurgische excisie van necrotiserend fasciitis kunnen behandeld worden door centra met ervaring op het gebied van het behandelen van uitgebreide huiddefecten;
- een acuut groot wekedelen letsel zal op de spoedeisende hulp getrieerd worden. Na triage zal verdere (acute) chirurgische behandeling plaatsvinden afhankelijk van de aard van het letsel door een plastisch chirurg en/of traumachirurg. Afhankelijk van de problematiek zullen ook andere specialismen betrokken worden bij de behandeling;
- uitgebreide brandwonden worden behandeld in een brandwondencentrum door een daarvoor ingericht multidisciplinair team. Hier kunnen ook andere grote wekedelen letsels behandeld worden.

Voor de meeste van dergelijke als bovengenoemde specifieke ziektebeelden behorend tot wondzorgcategorie IV is de (na)zorg beschreven in medisch-specialistische richtlijnen. Het is echter essentieel dat gezorgd wordt voor een snelle analyse van het spoedeisend probleem om de beste behandeling zo snel als mogelijk en nodig is toe te passen. Indien het genezen van de wond bij patiënten voor wondzorgcategorie IV voorspoedig verloopt, kan de patiënt verwezen worden, indien mogelijk zelfs naar de eerste lijn, voor passende verdere behandeling en genezing. Omdat wanneer wondzorgcategorie IV noodzakelijk is direct verwezen wordt naar een passende hoofdbehandelaar en niet eerst naar het expertteam, is in dit geval de hoofdbehandelaar ook de regiebehandelaar. De hoofdbehandelaar is daarom verantwoordelijk voor het verwijzen van de patiënt naar de juiste plek indien mogelijk. Voor een passend nazorgtraject bij wondzorgcategorie IV wordt wederom verwezen naar de betreffende aandoeningsspecifieke richtlijn(en).

Organisatie van wondzorg

In eerdere modules hebben we de organisatie van de wondzorg beschreven, onderverdeeld naar wondzorgcategorie en genezingstendens van de wond. Dit geheel wordt kort nog eens weer gegeven in figuur 1.

Patiëntreis

Naast algemene informatie over multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg dient de kwaliteitsstandaard (inclusief de aanverwante patiëntproducten) ook een handvat te bieden voor het nemen van eigen regie door patiënten (samen met mantelzorgers) en zorgverleners. Wij baseren ons hier op de patiëntreis zoals deze beschreven wordt in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ (GGZ, 2016).

De patiënt die in aanmerking komt voor multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg kan op diverse plekken belanden. Dit is weergegeven in het stroomdiagram (figuur 1). Voor een adequate continuïteit van zorg is goede communicatie hierbij essentieel. Voor de behandeling van elke wondzorgcategorie kan de patiënt steeds vijf fasen door lopen. Dit wordt ook wel de patiëntreis genoemd. Deze fasen dienen helder te zijn voor de patiënt zodat hij of zij eigen regie en betrokkenheid kan realiseren. De fasen van de patiëntreis kunnen zich dus op verschillende plekken in de ketenzorg voor doen, binnen verschillende lijnen. Daarom wordt voornamelijk gesproken over 'zorgverlener'. Veel van onderstaande taken liggen bij de regiebehandelaar wanneer sprake is van wondzorgcategorie III (zie eerder in deze module). Onderstaand worden de verschillende fasen in de wondzorgketen toegelicht.

Fase 1 Voortraject bij verwijzer

Wanneer een patiënt zich voor het eerst met een wond bij de huisarts of een andere zorgverlener in de eerste lijn (zoals de verpleeghuisarts, psychiater, arts verstandelijk gehandicapten (AVG)) presenteert, is er vaak nog geen sprake van een voortraject. De huisarts is voor de meeste (aandoeningen gerelateerd aan) wonden het eerste medisch aanspreekpunt. Indien nodig wordt de patiënt verwezen naar een

expertteam voor de noodzakelijke diagnostiek en zorg (wondzorgcategorie III). Voor verwijzing naar een expertteam geldt dat deze volgens vigerende wet- en regelgeving geschiedt waarbij naast de statusbeschrijving van de wond ten minste de wondkenmerken, beloop van de wondgenezing, patiëntkarakteristieken, diagnose- en behandelplan, de te bereiken doelen en de taken en verantwoordelijkheden van betrokken zorgverleners vastgelegd en overgedragen dienen te worden (richtlijn Acute wondzorg, NVVH, 2013). Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener dat de patiënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen.

Andersom kunnen patiënten vanuit een expertteam of ziekenhuis worden verwezen naar de eerste lijn. Het doel is steeds passende zorg op de juiste plaats, met andere woorden: in de eerste lijn wanneer dit kan en in het ziekenhuis wanneer het moet.

Indien de patiënt de benodigde wondzorg niet kan ontvangen binnen daarvoor gestelde normtijden dient de verwijzer of regiebehandelaar samen met de patiënt te kijken naar alternatieve zorgverleners voor de benodigde zorg. Tot het moment dat de intake (fase 2) bij de juiste zorgverlener heeft plaatsgevonden, is de verwijzer de eerstverantwoordelijke in de zorg voor de patiënt.

Fase 2 Intake bij het expertteam

De intake is een kennismaking tussen de regiebehandelaar en patiënt. Bij de intake wordt vastgelegd wie de regiebehandelaar is in deze fase. De regiebehandelaar voorziet de patiënt in deze periode van voldoende informatie over het zorgaanbod en maakt afspraken hoe te handelen bij onvoldoende genezing of verslechtering van de wond.

Zowel de patiënt als de regiebehandelaar gaat na of de aangeboden zorg (door het expertteam) voldoet aan de zorgvraag en zorgbehoefte en of hier wederzijds vertrouwen in is. Indien hier geen sprake van is, stuurt de regiebehandelaar de patiënt terug naar de verwijzende partij. Het is hierbij van belang dat in overleg met de verwijzer wordt bekeken waar en op welke manier wel passende zorg gerealiseerd kan worden.

Fase 3 Diagnostische fase

Het analyseren van factoren die wondgenezing belemmeren en het stellen van een onderliggende diagnose is essentieel in de multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. Het diagnosticeren (in de eerste lijn) en/of het analyseren van alle factoren die de wondgenezing beïnvloeden (door een expertteam of tweede lijn) valt onder de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar (zie eerder in deze module). Het is mogelijk dat delen van het diagnostisch proces door andere zorgverleners dan de regiebehandelaar worden verricht. Binnen de diagnostische fase heeft de patiënt te allen tijde het recht een andere zorgverlener te consulteren.

Uiteindelijke diagnose(n) en factoren die wondgenezing belemmeren, worden op een heldere en begrijpelijke manier door de zorgverlener besproken met de patiënt. Dit omvat onder andere uitleg over relevante behandelopties, risico's, neveneffecten van behandeling en patiëntervaringen. Ook wanneer niet direct een behandeling volgt, wordt in overleg met de patiënt en verwijzer besloten wie in het vervolgtraject het aanspreekpunt blijft voor de patiënt.

Fase 4 Behandeling

De zorgverlener stelt, nadat een diagnose is gesteld, op basis van passende richtlijn(en) samen met de patiënt en eventueel zijn of haar naasten, een behandelplan op. Het behandelplan bevat in ieder geval:

- de doelen met betrekking tot de wondzorg, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt;
- de wijze waarop de zorgverlener en de patiënt de gestelde doelen trachten te bereiken. Het gaat hierbij om een wederzijdse inzet;
- wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen de diverse zorgverleners en wie de patiënt op die afstemming kan aanspreken (de regiebehandelaar). De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast nadat instemming van de patiënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.

Daarnaast is het volgende essentieel:

- de verwijzer ontvangt een bericht van de regiebehandelaar zodra diagnostiek en behandelplan geformuleerd zijn;
- wanneer meer zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling, zeker in geval van meer onderliggende diagnoses die in het behandelplan opgenomen zijn, is multidisciplinaire samenwerking essentieel. Afspraken hierover worden, na instemming van de patiënt, vastgelegd in het behandelplan door de regiebehandelaar;
- de patiënt krijgt een kopie van het behandelplan;
- een essentieel onderdeel van het behandelplan is het maken van afspraken hoe te handelen bij verslechtering van de wondgenezing en wie de regiebehandelaar vervangt bij afwezigheid.

Er zijn afspraken over evaluatiemomenten van de wondgenezing en de patiënt wordt hier tijdig over geïnformeerd. Deze evaluatiemomenten dienen ook om een keuze te maken in het op- of af schalen van de zorg. Bij gebleken onvoldoende toegevoegde waarde van een behandeling kan besloten worden deze bij te stellen, over te dragen of te beëindigen.

Fase 5 Nazorg

De regiebehandelaar voorziet erin dat de resultaten van de behandeling, de eventueel nodige vervolgspraken dan wel aanvullende behandelingen besproken zijn met de patiënt. De verwijzer

wordt hierover bericht. In het geval van het beëindigen van het behandeltraject dient speciaal aandacht te zijn voor preventieve maatregelen om een recidief op wonden te verkleinen. In de richtlijn Diabetische voet (NIV, 2017) wordt dieper in gegaan op bijvoorbeeld preventieve voetzorg. Voor alle wonden geldt dat er aandacht dient te zijn voor preventieve maatregelen zoals verzorging, drukontlasting en leefstijladviezen. Communicatie tussen de verwijzer en de regiebehandelaar dient te voldoen aan de voorwaarden gesteld in de richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP), NHG, 2017).

Informatievoorziening

Net als bij basiswondzorg dient ook in het geval van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg de patiënt steeds goed geïnformeerd te worden over wat hij of zij zelf kan doen ter bevordering van de genezing van de wond. Gezamenlijke besluitvorming over het behandelplan is een belangrijk aspect vanuit het perspectief van de patiënt, maar ook vanuit de zorgverlener en eventuele naasten van de patiënt. Hiertoe dient goede communicatie tussen betrokkenen tot stand te komen en het dient voor de patiënt helder te zijn wie wanneer het eerste aanspreekpunt is.

De effecten van een moderne ketenvisie en ketenorganisatie kunnen daarnaast alleen goed worden beoordeeld als ook duidelijke eindpunten en uitkomsten worden gedefinieerd met de patiënt (dit wordt besproken in de module 'Meten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg').

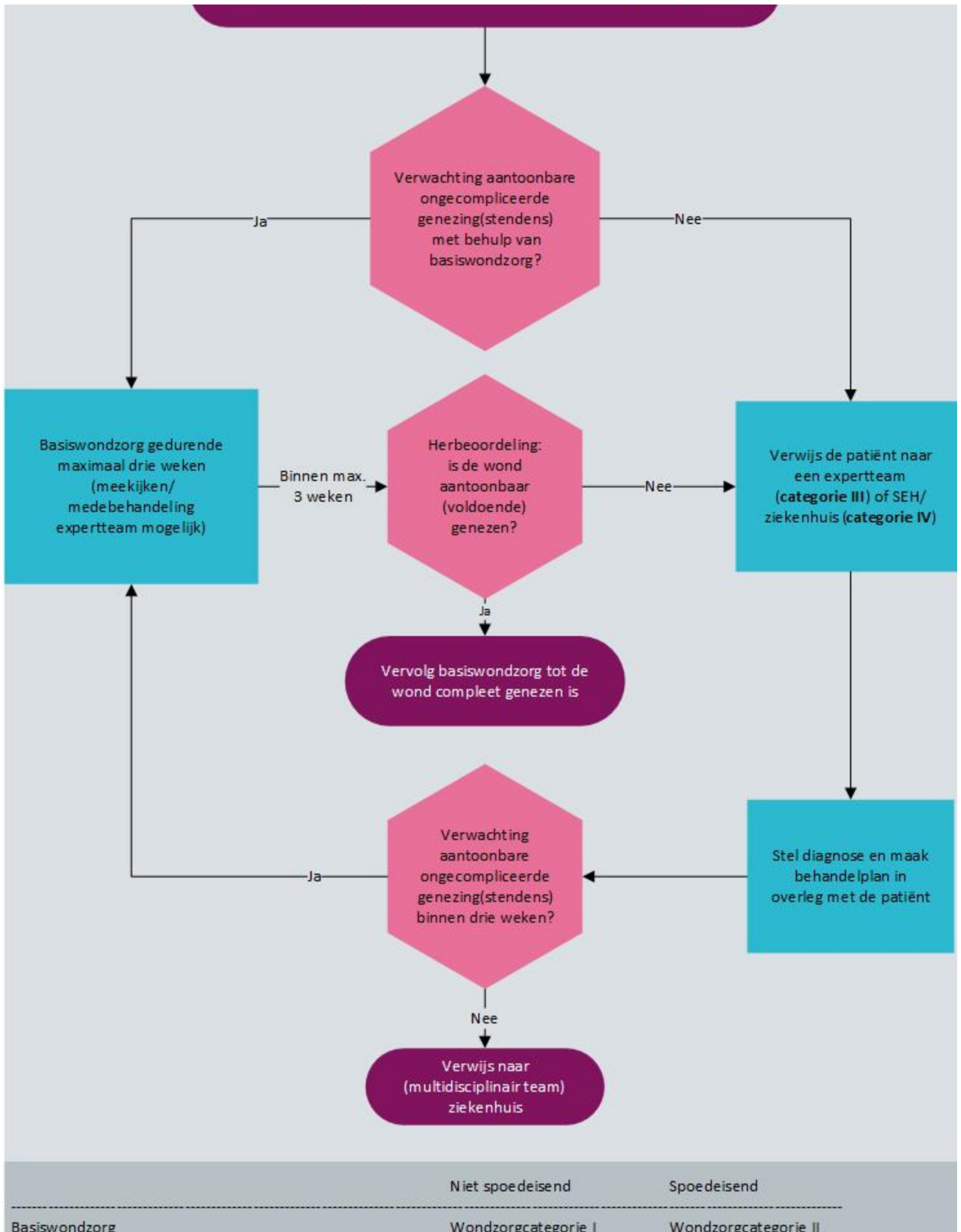
De volgende punten dienen in de communicatie met de patiënt aan bod te komen:

- wie de regiebehandelaar is;
- wat is de diagnose, wat kunnen mogelijke oorzaken zijn?
- wat zijn mogelijke risico's en complicaties van de behandeling/verzorging van de wond?
- wat is de effectiviteit/het verwachte resultaat van de behandeling op korte en lange termijn?
- hoe ziet het zorgpad er voor de patiënt uit (de organisatie van de wondzorg), met wie kan contact opgenomen worden bij spoedeisende vragen?
- hoe en door wie wordt de patiënt ondersteund in het zelfmanagement?
- hoe is nazorg geregeld en georganiseerd?

In samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland is een patiënterversie van de kwaliteitsstandaard ontwikkeld waarin voor de patiënt in begrijpelijke taal de inhoud van de kwaliteitsstandaard wordt toegelicht.

Figuur 1 Organisatie van wondzorg

Patiënt presenteert zich met een wond



Multidisciplinaire gespecialiseerde wondzorg

Wondzorgcategorie III

Wondzorgcategorie IV

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en
Venereologie

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlandse Vereniging voor Plastische
Chirurgie

NB1: Dit stroomdiagram hoort bij de kwaliteitsstandaard 'Organisatie van wondzorg in Nederland'. Lees altijd de overwegingen en aanbevelingen van de betreffende module voor nuances, eventuele afwijkende situaties en extra achtergrondinformatie.

NB2: Betrek de patiënt bij de besluitvorming.



Ontwikkeld i.s.m. het Kennisinstituut van de
Federatie Medisch Specialisten, ©2018
Versie 2 (26-06-2018)

Competenties, opleiding en (na)scholing bij wondzorg

Uitgangsvraag

Aan welke randvoorwaarden moeten zorgverleners voldoen om multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg te mogen verlenen op het gebied van:

- competenties;
- opleiding;
- (na)scholing.

Aanbeveling

Competenties regiebehandelaar

Waarborg dat de regiebehandelaar aan de volgende eisen voldoet:

- is een zorgverlener betrokken in het zorgproces (zie competenties);
- is passend bij het type wondzorg en behandeling en de patiënt;
- heeft inhoudelijke relevante kennis en kunde:
 - een in Nederland geaccrediteerde masteropleiding (HBO of universitair) met bijbehorende (her)registratie en accreditatie;
 - geldige BIG-registratie;
 - relevante werkervaring en scholing in wondzorg;
 - doet aan intervisie en intercollegiale toetsing;
 - heeft algehele basiskennis op het gebied van specialistische wondzorg en waar dit wordt gegeven zodat de patiënt indien nodig juist verwezen kan worden.
- heeft een wezenlijk aandeel wat betreft de inhoudelijke behandeling.

Competenties expertteam

Alle professionals betrokken bij wondzorg zijn opgenomen in de wet BIG, of werken onder directe supervisie van een in de wet BIG-opgenomen professional. De in de Wet BIG-opgenomen professionals voldoen aan genoemde competenties, bij- en nascholingseisen en praktijken.

Bij- en nascholingen

De wetenschappelijke en beroepsverenigingen wordt aanbevolen bij- en nascholingseisen op het gebied van wondzorg uit te werken. EWMA-curricula kunnen hierbij als basis dienen

Inleiding

Behandeling van patiënten die multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg behoeven, vergt bepaalde competenties en scholing. Sinds een aantal jaren zijn opleidingen ontwikkeld waardoor zorgverleners

zich kunnen specialiseren op het gebied van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. In deze module wordt toegelicht welke eisen gesteld worden aan de competenties van de zorgverlener, welke opleidingen er zijn en hoe de deskundigheid en competenties op het gebied van (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg geborgd kunnen worden. Ook de specifieke competenties die vereist zijn voor de regiebehandelaar en leden van het expertteam worden benoemd.

Referenties

Royal College of physicians and surgeons of Canada (2011). CanMEDS: Better standards, better physicians, better care. Geraadpleegd op 15-03-17 via:

<http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>. Ottawa: Royal College of physicians and surgeons of Canada.

Overwegingen

Competenties

Het beschrijven van de competenties van de diverse beroepsbeoefenaren in de wondzorg draagt bij aan het komen tot een goede beschrijving van de organisatie van wondzorg. CanMEDS is een raamwerk dat gebruikt kan worden om competenties of rollen te beschrijven van zorgprofessionals (Royal College of physicians and surgeons of Canada, 2011). In deze kwaliteitsstandaard is een indeling volgens de CanMEDS-rollen gemaakt, waarin is opgenomen welke competenties de regiebehandelaar en leden van het expertteam dienen te hebben. Daarnaast dienen alle professionals betrokken bij wondzorg geregistreerd te zijn in de wet BIG of te werken onder directe supervisie van een in de wet BIG-geregistreeerde professional. De komende jaren zal moeten worden bekeken hoe hier invulling aan wordt gegeven, gezien de ontwikkeling van de European Wound Management Association (EWMA)-curricula voor artsen en verpleegkundigen en de ontwikkelingen bij andere BIG-geregistreeerde professionals.

De regiebehandelaar

In de module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg' wordt toegelicht aan welke eisen de regiebehandelaarsfunctie dient te voldoen. In deze module wordt ingegaan op welke competenties hieraan ten grondslag liggen.

De profielschets van de regiebehandelaar is als volgt omschreven:

- is een zorgverlener betrokken in het zorgproces (zie competenties);
- is passend bij het type wondzorg en behandeling en de patiënt;
- heeft inhoudelijke relevante kennis en kunde:
 - een in Nederland geaccrediteerde masteropleiding (HBO of universitair) met bijbehorende (her)registratie en accreditatie;

- geldige BIG-registratie;
- relevante werkervaring en scholing in wondzorg;
- doet aan intervisie en intercollegiale toetsing;
- heeft algehele basiskennis op het gebied van specialistische wondzorg en waar dit wordt gegeven zodat de patiënt indien nodig juist verwezen kan worden.
- heeft een wezenlijk aandeel wat betreft de inhoudelijke behandeling.

De voorkeur van de patiënt speelt ook een voornamelijk rol in het toewijzen van de regiebehandelaar.

De regiebehandelaar kan taken aan andere disciplines overdragen. De competenties die nodig zijn voor de regiebehandelaar om patiënten met multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg te behandelen, zijn volgens de CanMEDS-rollen de volgende:

Medisch handelen: bezit adequate kennis en vaardigheid op het gebied van wondzorg. Past het diagnostisch/therapeutisch en preventief arsenaal van wondzorg goed en waar mogelijk evidence-based toe. Levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg. Vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe.

Communicatie: bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op, luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie. Stelt de patiënt en diens naasten in staat het evenwicht te vinden tussen enerzijds de gevolgen van de ziekte en de medische behandeling en anderzijds de eisen die hij of zij stelt aan eigen leven en levensstijl. Betreft de patiënt bij het opstellen van het behandelplan. Zorgt voor correcte verslaglegging in EPD en voor volledige en beveiligde (volgens de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)) overdracht naar andere zorgprofessionals of een andere regiebehandelaar (Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP), NHG, 2017).

Samenwerken: overlegt doelmatig met expertteam en andere zorgverleners. Verwijst adequaat, levert effectief intercollegiaal consult, draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg. Stemt met patiënt en collega professionals af wie regiebehandelaar is.

Kennis en wetenschap: beschouwt medische informatie kritisch, bevordert de verbreding van, en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis op het gebied van wondzorg. Zorgt dat nascholing in kader van vakkennis in orde is. Bevordert de deskundigheid van andere professionals in het expertteam en in de lokale situatie.

Maatschappelijk handelen: geeft op methodische wijze voorlichting, advies en instructie om de risico's ten gevolge van de wond en wondbehandeling bij de patiënt/cliënt zoveel mogelijk te beperken.

Organiseert en coördineert gezondheidsvoorlichting en preventieve zorgprogramma's. Handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en treedt adequaat op bij incidenten in de (wond)zorg.

Organisatie: werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie. Besteedt de beschikbare middelen voor de wondzorg verantwoord en gebruikt informatietechnologie voor optimale wondzorg en voor bij- en nascholing. Signaleert en participeert in beleid, trends en ontwikkelingen en vertaalt dit naar zorgprogramma's.

Professionaliteit: levert hoogstaande wondzorg op integere, oprechte en betrokken wijze, vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag. Kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen. Oefent het beroep uit naar de gebruikelijke ethische normen. Herkent ethische vraagstukken en morele dilemma's met betrekking tot het beroepsmatig handelen en maakt deze bespreekbaar binnen het expertteam of met de patiënt.

Expertteam

De competenties die nodig zijn voor alle zorgverleners om patiënten met multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg te behandelen (leden van een expertteam), zijn volgens de CanMEDS-rollen de volgende:

Vakinhoudelijk handelen: integreert vakinhoudelijke kennis, vaardigheden en professionele attitude ten behoeve van optimale patiëntenzorg.

Communicatie: communiceert effectief om patiëntgerichte zorg te verlenen, informeert en begeleidt patiënt en diens familie, mantelzorger. Zorgt voor correcte verslaglegging.

Samenwerken: werkt effectief samen met het (expert)team en andere professionals ten behoeve van optimale patiëntenzorg. Geeft relevante informatie door aan de regiebehandelaar.

Kennis en wetenschap: bevordert eigen deskundigheid en die van andere professionals om de kennis van wondzorg op peil te houden. Zorgt dat nascholing in kader van vakkennis in orde is. Past evidence based practice toe. Herkent en erkent grenzen van eigen deskundigheid.

Maatschappelijk handelen: geeft op methodische wijze voorlichting, advies en instructie. Beperkt risico's voor patiënt en diens omgeving. Handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en treedt adequaat op bij incidenten in de wondzorg.

Organisatie: levert een bijdrage aan continuïteit en effectiviteit van de organisatie. Besteedt de beschikbare middelen voor de wondzorg verantwoord.

Professionaliteit: werkt volgens professionele standaarden en beroepsethiek.

Wondopleidingen en cursussen

Er zijn vele erkende opleidingen van de basisberoepen als artsen, verpleegkundigen, huidtherapeuten, verpleegkundig specialisten, podotherapeuten, et cetera. Momenteel loopt er een traject voor de CZO-erkenning voor de vervolgopleiding tot wondverpleegkundige en wondconsulent. Artsen met een medische specialisatie op het gebied van de dermatologie, plastische, vaat- en algemene chirurgie behandelen van oudsher al bepaalde patiëntengroepen. Voor de lokale behandeling van de wond verwijzen zij de patiënt meestal naar een (gespecialiseerd) verpleegkundige (van Mierlo, 2012). De EWMA ontwikkelt opleidingseisen voor medici en verpleegkundigen. Volgens deze EWMA-curricula wondzorg (2014) zijn onderstaande competenties nodig voor een medisch specialist in opleiding om kwalitatief goede wondzorg te kunnen bieden:

- 80 uur theoretische instructie door middel van seminars;
- behandeling van ten minste 100 patiënten met complexe chronische wondproblemen;
- praktische training moet onder supervisie van een medisch specialist gebeuren.

De patiëntcases moeten tenminste 100 patiënten bevatten met de volgende typen chronische wonden:

- diabetische voetulcera;
- veneuze ulcera;
- arteriële ulcera;
- combinatie van veneuze en arteriële ziekte;
- drukulcera.

Deze curricula dienen verder te worden uitgewerkt door de wetenschappelijke en beroepsverenigingen. De werkgroep adviseert de wetenschappelijke verenigingen te analyseren of zij zich kunnen vinden in deze competenties en de naar hun mening relevante competenties voor wondzorg op te nemen in het opleidingsplan. Voor verpleegkundig specialisten en andere beroepsgroepen zijn de curricula nog niet vastgesteld.

Een opsomming van bestaande wondopleidingen staat op de website van het Wondplatform Nederland (www.wondplatform.nl/opleiding).

Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg staat in verband met een complexiteit aan zorgbehoefte en zorgvraag. Om hieraan te kunnen voldoen, zijn verscheidene disciplines direct en indirect bij wondzorg betrokken.

Zoveel mogelijk moet voorkomen worden dat inhoudelijke taken en verantwoordelijkheden aan verschillende zorgverleners zijn toebedeeld zonder dat één van hen het overzicht over het geheel heeft. Wie regiebehandelaar is, kan per regio verschillend worden ingevuld maar de verantwoordelijkheid moet expliciet zijn vastgelegd. Met de regiebehandelaar wordt in dit kader de zorgverlener bedoeld op wie de inhoudelijke verantwoordelijkheid rust (module 'Multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg'). In de regionale situatie moet onderling worden afgesproken wie de regiebehandelaar is en dit dient te allen tijde voor de patiënt duidelijk te zijn. Het uitgangspunt dient te zijn: welke professional kan de meest gepaste zorg aan de individuele patiënt bieden op dat betreffende moment, met verwijzingsbevoegdheid naar een expertteam of ziekenhuis indien nodig.

Metten van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg

Uitgangsvraag

Welke indicatoren en uitkomstmaten dienen geregistreerd te worden om multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg goed in kaart te kunnen brengen, te monitoren en te implementeren?

Aanbeveling

Aangeraden wordt te starten met een landelijk project voor het meten van kwaliteit van wondzorg waarbij onderzocht wordt of onderstaande indicatoren over wondzorg te registreren zijn op basis van al geregistreerde (declaratie)gegevens zodat dit niet leidt tot een verhoogde registratielast:

- bespreken met de patiënt en vastleggen wensen van de patiënt (qua behandeling en behandelaar) als ook het doel van de behandeling;
- na drie weken (of eerder volgens verwachting) basiswondzorg verwijst of overlegt de huisarts met het expertteam indien de wond onvoldoende aantoonbare genezingstendens vertoont;
- regionaal of lokaal vastgesteld expertteam met een regiebehandelaar (volgens de definities uit de kwaliteitsstandaard multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg);
- afspraken van expertteam, de eerste lijn en het ziekenhuis zijn vastgelegd;
- taken en competenties van zowel (leden van) het expertteam en de regiebehandelaar zijn beschreven en bekend binnen de ketenzorg;
- implementatie van de classificatie van wondzorg conform de module 'Indeling van wondzorg';
- vastgelegde waarschijnlijkheidsdiagnose(n) in de eerste drie weken en na deze periode een werkelijke diagnose(n) gesteld en vastgelegd waarom de wond niet geneest volgens de daarvoor geldende richtlijnen;
- volgen van de genezing van de wond en het optreden van complicaties middels een (waar mogelijk) transmuraal elektronisch patiëntendossier;
- meten van pijn.

Uitkomstindicatoren:

- duur tot behalen van het behandeldoel (ongeacht wat het doel van de individuele patiënt is);
- percentage recidief wond(en) binnen een jaar;
- percentage complicaties per onderliggende diagnose (bijvoorbeeld infectie);
- percentage tijdig verwezen wonden van 'basiswondzorg' naar 'multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg'.

Sluit aan bij bestaande landelijke kwaliteitsregistraties van onderliggende diagnoses.

Inleiding

In deze module wordt ingegaan op het meten van de geleverde kwaliteit van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. De werkgroep vindt het belangrijk de uitkomst van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg landelijk te evalueren omdat:

- De kwaliteit van Nederlandse (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg voor het grootste deel onbekend is. Ook in de internationale literatuur is de kwaliteit van deze zorg maar beperkt beschreven. Een aantal studies beschrijft dat na invoering van een transmuraal actief expertteam de wondgenezing sneller verliep, gepaard ging met een lager recidief risico, en een reductie in de kosten.
- Het meten van kwaliteit op zich kan al de kwaliteit van de geleverde zorg in de daarop volgende jaren verbeteren. Na invoering van de landelijke kwaliteitsregistratie voor darmkankeroperaties, met verplichte deelname van ziekenhuizen die deze zorg leveren, halveerde de daarop volgende jaren het aantal complicaties (<https://www.dica.nl/dsca>). Een vergelijkbare trend werd nadien gezien voor kwaliteitsregistraties voor andere aandoeningen. Verplichte deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties biedt de mogelijkheid te zien waarin men zorg kan verbeteren en door te benchmarken met best practices ziet men hoe dit verbeterd kan worden. Dit geldt waarschijnlijk ook voor multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg.
- Tot slot bieden procesindicatoren voor multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg een handvat aan de patiënt om te kunnen beoordelen in hoeverre de regionaal geleverde wondzorg voldoet aan de eisen zoals beschreven in de kwaliteitsstandaard.

Zoeken en selecteren

De werkgroep heeft zich gebaseerd op enige literatuur over indicatoren en uitkomstmaten op het gebied van wondzorg waarna op basis van expert opinion beschreven wordt welke indicatoren kwaliteit van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg en de keten in kaart kunnen brengen. Tevens is rekening gehouden met een projectaanvraag over het gebruik van geregistreerde gegevens om wondzorg in kaart te brengen. Aan het eind van deze module wordt daar dieper op in gegaan.

Referenties

Gottrup, F., Apelqvist, J., Price, P. (2012). Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. European Wound Management association Patient Outcome Group. *J Wound Care*. 2010;19:23768.

V&VN Wondconsulenten en Woundcare Consultant Society (2012). Indicatorenset WondExpertiseCentra Nederland. Terneuzen: V&VN Wondconsulenten.

Rijksoverheid (2018). Addendum 2018 onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m

2017. Geraadpleegd op 15 juni 2017 via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2017/06/08/addendum-2018-onderhandelaarsakkoord-medisch-specialistische-zorg-2018>. Den Haag: Rijksoverheid.

Overwegingen

Kwaliteitsindicatoren multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg

Onderliggende diagnose

Een belangrijke pijler in de kwaliteitsstandaard multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg is tijdige adequate diagnostiek van het onderliggend lijden dat aan een niet-genezende wond ten grondslag ligt. Specifieke aandacht voor deze relevante diagnoses impliceert dat de multidisciplinaire, gespecialiseerde wond niet bestaat, zoals reeds beschreven is in deze kwaliteitsstandaard. De werkgroep adviseert dan ook om niet een allesomvattende lijst met kwaliteitsindicatoren te gebruiken die het gehele palet aan multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg bestrijkt.

In het licht van de onderliggende diagnoses adviseert de werkgroep gebruik te maken van kwaliteitsindicatoren die reeds bestaan of ontwikkeld worden, zoals registraties van het Dutch Institute for Clinical Audit (DICA) waarin uitkomsten van specifieke aandoeningen worden geregistreerd, en Patient Reported Outcome/Experience Measurements (PROMS/PREMS) met betrekking tot patient empowerment.

Procesindicatoren

De tweede belangrijke pijler in de kwaliteitsstandaard multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg gaat over het leveren van wondzorg in ketens. Ketenzorg vraagt om specifieke indicatoren, die de kwaliteit van de organisatie van de keten in kaart kan brengen. De werkgroep adviseert de volgende procesindicatoren te registreren:

- bespreken met de patiënt en vastleggen wensen van de patiënt (qua behandeling en behandelaar) als ook het doel van de behandeling;
- na drie weken (of eerder volgens geldende richtlijnen) basiswondzorg verwijst of overlegt de huisarts met het expertteam indien de wond onvoldoende aantoonbare genezing vertoont;
- regionaal of lokaal vastgesteld expertteam met een regiebehandelaar (volgens de definities uit de kwaliteitsstandaard multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg);
- afspraken van expertteam, de eerste lijn en het ziekenhuis zijn vastgelegd;
- taken en competenties van zowel (leden van) het expertteam en de regiebehandelaar zijn beschreven en bekend binnen de ketenzorg;
- implementatie van de classificatie van wondzorg conform de module 'Indeling van wondzorg';
- vastgelegde waarschijnlijkheidsdiagnose(n) in de eerste drie weken en na deze periode een diagnose(n) gesteld en vastgelegd waarom de wond niet geneest volgens verwachting

(beschreven in richtlijnen);

- volgen van de genezing van de wond en het optreden van complicaties middels een (waar mogelijk) transmuraal elektronisch patiëntendossier;
- meten van pijn;
- kwaliteit van leven.

Uitkomstindicatoren

Naast deze procesindicatoren zijn er ook enkele uitkomstindicatoren die werkgroep noodzakelijk acht om de uitkomst van de geleverde multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg inzichtelijk te krijgen.

Het gaat hierbij om:

- duur tot behalen van het behandeldoel (ongeacht wat het doel van de individuele patiënt is);
- percentage recidief wond(en) binnen een jaar;
- percentage complicaties per onderliggende diagnose (bijvoorbeeld infectie);
- percentage tijdig verwezen wonden van 'basiswondzorg' naar 'multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg'.

Uitvoering

De werkgroep is van mening dat registratie van bovenstaande indicatoren niet moet leiden tot een toename in de registratielast die momenteel in de zorg wordt ervaren. Enkele wetenschappelijke verenigingen hebben de afgelopen jaren ervaring opgedaan met het meten van kwaliteit van zorg waarbij gebruik wordt gemaakt van data die reeds 'automatisch achter de schermen' wordt verzameld. In een project van de NVvH werd geanalyseerd of een textbook outcome gebaseerd op dergelijke data, zoals ligduur, heropname, operatieduur, gebruikt kan worden voor analyse kwaliteit van liesbreuk- en galblaaschirurgie. Dit lijkt goed mogelijk en zal door hen worden uitgebreid voor meerdere aandoeningen. Ook het analyseren van het behalen van door de patiënt geformuleerde behandeldoelen wordt hierin meegenomen. Op deze manier kan de kwaliteit van zorg inzichtelijk worden gemaakt zonder dat dit direct tot extra registratielast leidt bij de zorgverleners. De werkgroep is daarom voornemens om een dergelijk textbook outcome traject na afronding van deze kwaliteitsstandaard op te starten.

De effecten van een moderne ketenvisie en -organisatie kunnen alleen goed worden beoordeeld als ook duidelijk uitkomsten worden gedefinieerd en gemeten. Echter, (inter)nationaal ontbreekt het momenteel aan adviezen welke kwaliteitsindicatoren voor multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg gehanteerd dienen te worden. De Food and Drug Administration hanteert als uitkomstmaat voor studies naar wondverbandmiddelen de incidentie van volledige genezing van een wond binnen een bepaalde tijd. De EWMA heeft een groot aantal uitkomstmaten voor het meten van kwaliteit van zorg

in een literatuurstudie beschreven, zoals de reductie van wondgrootte, infectie, bacteriële contaminatie, pijn, welke verbandmiddelen gebruikt worden en de kosten. Middels deze studie werd echter geen aanbeveling gedaan welke set aan uitkomstmaten minimaal dient te worden geregistreerd. Daarnaast heeft ook V&VN een aantal indicatoren op het gebied van wondzorg ontwikkeld (Indicatorenset WondExpertiseCentra Nederland, 2012).

Om de vraag te beantwoorden welke uitkomstmaten van belang zijn om kwaliteit van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg in Nederland in kaart te brengen, is er in eerste instantie gekeken naar de resultaten van een consensusgroep van medisch specialisten betrokken bij wondzorg, de nationale vereniging van verpleegkundigen, voorzitters van wondnetwerken, het ministerie van volksgezondheid en de overkoepelende organisatie voor ziektekostenverzekeraars. Door middel van een Delphi-procedure is een set van uitkomsten vastgesteld welke geregistreerd dient te worden om multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg in kaart te brengen (Gottrup, Apelqvist, Price, 2010). Deze studie adviseerde de indicatoren, zoals beschreven in tabel 1, minimaal te gebruiken ter analyse van de kwaliteit multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. De werkgroep ziet echter beperkingen in deze lijst, omdat sommige indicatoren subjectief zijn (bijvoorbeeld accuraat omschrijven van de wond) of minder goed te toetsen (bijvoorbeeld compliance).

Tabel 1 Analyse kwaliteitsindicatoren wondzorg (Gottrup, Apelqvist, Price, 2010)

Analyse kwaliteitsindicatoren wondzorg
Accurate beschrijving wond
Afmeting wond
Pijnscore
Vasculaire status (duplex veneus)**
Enkel-armindex **
Bacteriologie*
Biopsie*
Allergiediagnostiek*;**
Compressietherapie*;**
Vasculaire behandeling*
Wonddebridement
Pijnbehandeling
Pijnbehandeling bij verzorging wond
Vochtige wondgenezing
Antiseptica bij infectie
Nazorg
Compliance
Patiënteninformatie

*= op indicatie

**= bij wonden aan het been/voet

Bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg

Uitgangsvraag

Hoe dient (multidisciplinaire, gespecialiseerde) wondzorg bekostigd te worden?

Aanbeveling

Geef invulling aan de bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg door relevante partijen hierover in gesprek te laten gaan en gezamenlijk tot een financieringsstructuur te komen. De werkgroep adviseert hierbij het integraal tarief in overweging te nemen.

Inleiding

Adequate financiering is een vereiste voor een goede implementatie van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. Bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg vindt momenteel plaats via separate afspraken met de diverse zorgverleners betrokken bij wondzorg. De werkgroep multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg heeft in deze kwaliteitsstandaard nadrukkelijk ingezet op ketenzorg voor wonden met speciale aandacht voor tijdige diagnostiek en het leveren van zorg waar dit het beste kan plaatsvinden, rekening houdende met kwaliteit en kosten. Kortom, zorg in het ziekenhuis wanneer dat moet/noodzakelijk is, en (zoveel mogelijk) in de eerste lijn wanneer dat kan/mogelijk is.

De werkgroep is zich ervan bewust dat zij een duidelijke visie kan neerzetten voor de organisatie en kwaliteit van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg en dat zij alleen een advies kan uitbrengen over hoe de bekostigingsstructuur gewenst is. Voor (de organisatie van) een adequate bekostiging zijn diverse andere partijen verantwoordelijk (zoals Zorgverzekeraars Nederland, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit). De werkgroep vindt het belangrijk om huidige knelpunten en problemen nader te benoemen. Bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg kan georganiseerd worden via integrale tarieven voor ketenzorg, maar mocht dit niet gerealiseerd kunnen worden in een bepaalde regio dan kan het ook via de huidige bekostigingssystematiek geïmplementeerd worden. Integrale ketenzorg bekostiging lijkt niet relevant voor wondzorgcategorie IV.

Referenties

De Bakker, D., Raams, J., Schut, E., et al. (2012). Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering. Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Den Haag: ZonMw.

Nederlandse Zorgautoriteit (2010). Rapport Ruimte voor Innovatie: De rol en voornemens van de NZa bij innovaties in de zorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Overwegingen

Het concept van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg zoals beschreven door de werkgroep in de kwaliteitsstandaard leidt aannemelijk tot:

- een hoger kwaliteitsniveau dat leidt tot een kortere behandelduur en sneller behalen van het behandeldoel (bijvoorbeeld genezing);
- alle handelingen en resultaten worden vastgelegd wat leidt tot meer transparantie, vergelijkbaarheid en stuurbaarheid van de resultaten binnen de eigen regio;
- indirecte besparingen van bijeffecten als gevolg van bijvoorbeeld minder complicaties, afname van de ernst van de complexe wonden, minder recidieven en substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Deze verbeteringen in kwaliteit leiden tot een vermindering in de kosten per patiënt. Dit maakt kwaliteitsbekostiging mogelijk zoals sommige verzekeraars reeds benoemen in hun huidige inkoopbeleid (regiefunctie complexe wondzorg).

De werkgroep is van mening dat eerst voldaan moet worden aan een aantal aspecten voordat over gegaan kan worden op uitkomstbekostiging:

- organisatie van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg zoals beschreven in deze kwaliteitsstandaard;
- bekostiging van de gehele ketenzorg in plaats van separate bekostiging van de betrokken zorgverleners;
- kwaliteitsregistratie waarbij gespiegeld kan worden aan best practices;
- leerperiode van best practices.

In het geval van een integraal tarief lijkt het de werkgroep verstandig om tarieven af te spreken op basis van het onderliggend lijden omdat de complexe wond niet bestaat en diagnostiek een centrale rol speelt bij multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg. Daarnaast adviseert de werkgroep om eerst regionaal in kaart te brengen welke kosten momenteel gemaakt worden voor multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg (nulmeting) waarbij onder andere een analyse plaatsvindt op basis van coderingen, zorgproducten en gebruik van hulpmiddelen.

Verder bouwend op het concept van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaard zou dit bijvoorbeeld kunnen betekenen dat een organisatie, het expertteam, belast is met de organisatie van de regionale multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg en de

betaling van de zorgverleners. Door gebruik te maken van het expertteam in de bekostiging kan beter invulling worden gegeven aan:

1. substitutie van zorg met behoud hoogwaardige kwaliteit;
2. preventie van nieuwe wonden.

Deze twee punten werden onder andere benoemd door de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging in 2012 (Bakker, 2012). Daarnaast kan integrale bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg belemmerd worden doordat het vooral chronische zieken betreft met verscheidene aandoeningen/ multi-morbiditeit waar ook reeds ketenzorgtrajecten voor georganiseerd zijn. Tot slot beschrijft de commissie dat contracteren vaak lastig verloopt omdat weinig inzichtelijk is welke kwaliteit geleverd wordt. Daarom vindt de werkgroep dat het inzichtelijk maken van geleverde kwaliteit prioriteit heeft.

Met name bekostiging en kwaliteitsanalyse van de gehele keten beschouwt de werkgroep als een essentieel punt omdat zowel kwaliteit als kosten sterk beïnvloed worden door ieders afzonderlijke inbreng binnen de keten. Een wond die slecht geneest en niet tijdig wordt aangeboden voor nadere diagnostiek en behandeling levert ook verder in het behandeltraject hoge kosten en mogelijk een slechtere uitkomst op. De werkgroep adviseert het veld hier de komende jaren verder invulling aan te geven door de opties van ketenzorg financiering nader te analyseren in samenspraak met zorgverzekeraars, VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Terecht schrijft de NZa in haar rapport 'Ruimte voor Innovatie' (2010): "In de zorg is het minder vanzelfsprekend dat veranderingen die de consument als verbetering ervaart voor de aanbieder rendabel zijn" (Nederlandse Zorgautoriteit, 2010). Onder andere bij procesinnovaties, zoals ketenzorg, kan het dan ontbreken aan extrinsieke prikkels tot participatie in innovaties. Adequate bekostiging van multidisciplinaire, gespecialiseerde wondzorg is volgens de werkgroep essentieel om deze kwaliteitstandaard ook in de dagelijkse praktijk te laten landen.